

*Le Projet PRIMA en Guinée Conakry.
Une expérience d'organisation de mutuelles de
santé en Afrique rurale.*

Edité par Bart Criel, Aïssatou Noumou Barry et Franz von Roenne

Juin 2002

Medicus Mundi Belgique, Bruxelles
Ministère de la Santé Publique, Conakry
Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit, Conakry
Directorat Général de la Coopération Internationale, Bruxelles
Institut de Médecine Tropicale, Anvers

Publié par

Medicus Mundi Belgium
Twekerkenstraat 64, 1210 Brussels, Belgium

ISBN 90-806340-2-6

Juin 2002

Dédicace

Ce livre est dédié au feu M. Sylla Moussa Bokar, assistant technique de *Medicus Mundi Belgique*, décédé à Kissidougou en Guinée Forestière, le 23 mai 2000.



Préface

Guy Kegels¹

On l'avait baptisé 'PRIMA', ce projet dont vous avez le rapport sous les yeux. PRIMA, un acronyme construit autour d'un titre officiel, quelque chose comme "Projet de recherche-action portant sur le développement de systèmes de partage de risque en matière de financement communautaire des soins de santé". Avouez que PRIMA est plus facile à retenir et à prononcer. Depuis sa naissance, en 1996, PRIMA a connu une vie mouvementée et bien remplie. Elle l'est encore à présent, même si officiellement le projet est terminé. Il fallait en partager l'histoire et les réalisations. Quelques pages n'y auraient pas suffi, d'où ce rapport volumineux. Je vous souhaite bon appétit.

Curieux projet. Très entouré, il a connu plusieurs parents -peut-être vaut-il mieux les appeler promoteurs. La GTZ et le gouvernement guinéen se sont penchés, avec MMB, sur son berceau. L'IMT d'Anvers les a rejoint pour faire bon ménage. Ce n'est pas étonnant, vu les liens intrinsèques existants entre MMB et IMT. Plus tard la coopération belge (la DGCI) a aussi pris sa part au parrainage. Survie plus facile, mais gestion bien sûr plus complexe. Bon an mal an, ces constructions organiques ont plutôt bien fonctionné, et le moment est venu de remercier tous ces intervenants institutionnels pour leurs contributions. Mais ce sont bien sûr aux acteurs sur le terrain que va notre plus grande reconnaissance. Pour l'un d'eux cette reconnaissance est posthume, malheureusement. Moussa Bokar Sylla, le consultant permanent pour MMB dans ce projet, y a donné tout son âme; il y a laissé sa vie également. Il restera vivant dans la mémoire de beaucoup.

Curieux projet disais-je. Le mot 'étonnant' est plus approprié. Spectateur bienveillant, je garderai de PRIMA le souvenir d'un projet qui évoluait par glissements successifs, d'hypothèse en hypothèse. Au début de l'exercice, l'idée qu'on se faisait de la problématique de base s'exprimait en termes

¹ Vice-Président du Département de Santé Publique de l'Institut de Médecine Tropicale à Anvers et Président de l'Organisation Non Gouvernementale *Medicus Mundi Belgique*.

d'*exclusion financière* (temporaire ou saisonnière), chose pour laquelle un système de prépayement (s'il est perçu au moment opportun) semblait une solution de bon sens. Ensuite il est devenu clair qu'en créant l'organisation nécessaire à ce système de pré-paiement (dans ce cas, "la mutuelle"), ce qui semblait changer en premier lieu c'étaient les relations de pouvoir – entre patients et prestataires de soins – et on pensait avoir sous la main un levier pour agir sur la qualité des soins et la satisfaction des usagers. Encore plus tard, il a fallu se rendre à l'évidence que les travailleurs de santé ne réagissaient pas vraiment comme prévu dans le 'modèle' (tout comme les clients-patients, d'ailleurs), et que les relations très pluri-angulaires entre patients, soignants, administration sanitaire, la mutuelle, ..., étaient sans doute telles qu'il fallait imaginer un autre cadre de compréhension et d'autres règles du jeu. Le 'partenariat' recherché entre populations et services de santé, mutuellement bénéfique, malgré des décennies de rhétorique sur la 'participation' et les Soins de Santé Primaires, eh bien, ce partenariat se révélait très coûteux, apparemment. Socialement parlant. Psychologiquement parlant. Même si les acteurs principaux de ce projet prenaient soin de prendre leur temps, les sentiments - attitudes - comportements prenaient encore plus de temps pour se modifier. On touchait à quelque chose de fondamental. Le modèle rationnel, nécessaire à tout travail de recherche ou de compréhension du monde, s'avérait incomplet car trop réducteur; il fallait donc le compléter, le complexifier, constamment. C'est dans cet exercice que s'est révélée la valeur ajoutée apportée par l'interdisciplinarité, l'interaction dynamique et productrice entre personnes de disciplines différentes, utilisant des cadres de référence et des outils heureusement complémentaires. Dans le cas de PRIMA, cette sauce a bien pris. L'équipe des acteurs dans cette recherche était pluridisciplinaire dès le départ, mais cela n'est pas en soi une condition suffisante pour arriver à cette fameuse *interdisciplinarité*. Il faut en plus une dynamique d'interaction positive, à son tour conditionnée par une base suffisamment commune, par des relations intelligentes de respect mutuel et par la présence d'objectifs communs et partagés. Et en grande partie, comme toujours, c'est une question de personnes et de personnalités. Et d'engagement. Et de... Bref, ce n'est pas évident, mais quand ça marche c'est très enrichissant. Et c'est ce qui s'est passé avec PRIMA.

PRIMA est tout de même arrivé à réaliser des choses inédites – pour ne pas dire révolutionnaires. Rarement, peut-être même jamais, auparavant, dans

ce pays, à ma connaissance, on n'était arrivé à une réelle *négociation* entre un groupement de patients (potentiels) et le système public de santé avec ses prestataires de soins. Rarement semblable négociation avait abouti à un réel *contrat* avec des droits et des obligations mutuelles et explicites. Jamais les populations ne s'étaient exprimées aussi clairement sur leur perception des choses et, le cas échéant, sur leurs déceptions. Nous touchons là à la notion d'émancipation (si dans notre monde on peut encore utiliser des mots aussi chargés de sens), et dans ce domaine, c'est bien évident, les résultats ne sont pas neutres. Reste à voir s'ils seront un tant soit peu durables.

Il y aurait tant à dire encore sur ce projet, mais une préface doit être courte et je ne veux pas couper l'herbe sous le pied des vrais témoins de cette histoire. Je remercie donc et félicite les auteurs et je prends congé de vous en vous souhaitant une bonne et agréable lecture. L'histoire n'est pas ordinaire.

Remerciements

Nous tenons à remercier les institutions et personnes suivantes pour leur appui au projet PRIMA :

Le Ministère de la Santé Publique à Conakry et en particulier les Drs Sékou Condé et Yéroboyé Camara,

La *Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit* (GTZ) et en particulier le Dr Michel Gody et Mr Jürgen Hohmann,

L'organisation non gouvernementale Medicus Mundi Belgique (MMB),

L'Institut de Médecine Tropicale à Anvers et en particulier le Dr Guy Kegels, Mr Jean Van der Vennet, Mr Bruno Meessen, Mme Monique Van Dormael et Dr Pierre Blaise,

La Direction Générale pour la Coopération Internationale (DGCI) à Bruxelles,

L'Equipe de Coordination de la Recherche composée de :

Mr Feu Sylla Moussa Bokar (Coordinateur)

Mme Aïssatou Noumou Barry (Vice-Coordinateur)

Dr Younoussa Diallo

Mme Marie Sia Yombouno

Mr Matthieu Bongono

Mr Aliou Keita

Mr Sékou Condé

Mlle Petra Scheuermann

Le personnel d'appui à Kissidougou qui n'a pas ménagé d'efforts pour faciliter la mise en oeuvre de la recherche : les chauffeurs Mohamed Lamine Kouroumah et Fodé Sylla, la secrétaire Mme Oumou Hawa Diallo, et Mr Bandjou Camara Planton – Gardien,

Les membres des deux Equipes Préfectorales pour la Promotion des Mu-

tuelles de Kissidougou et Guéckédou qui ont accompagné tout le système de négociation partenariale et de prise en charge des mutualistes:

Dr Sékou Ditinn Cissé
Mr Kotembédouno
Mr Séwa Lélano
Dr Mamady Keoulen Camara
Dr Celestin Kamane
Mr Fode Traoré,

Les chefs des centres de santé de Yendé (Mrs Zézé Guilavoguy et Lamine Keita) et de Tékoulo (Mr Camara) ainsi que leurs personnels,

Les services de santé de la zone du Projet Santé Rurale en Guinée Forestière,

Les services administratifs des préfectures de Kissidougou et Gueckédou,

Les sous-préfets de Yendé et Tékoulo,

Les membres des Communautés Rurales de Développement (CRD) de Yendé et Tékoulo,

Les responsables et les mutualistes des Mutuelles Communautaires d'Aire de Santé (MUCAS) de Maliando et Diompilo,

Et tous ceux qui, de près ou de loin, ont contribué au bon déroulement de la recherche.

Bart Criel, Aïssatou Noumou Barry et Franz von Roenne

Anvers, Juin 2002.

Introduction

Bart Criel², Aïssatou Noumou Barry³ et Franz von Roenne⁴

Le système de santé guinéen s'est transformé de façon remarquable depuis la moitié des années 80. Avec le support de la communauté internationale, et avec celui de l'UNICEF en particulier⁵, le secteur des services de santé publics a été revitalisé, surtout dans les parties rurales du pays. Le recouvrement des coûts a été introduit au niveau des services de santé de première ligne avec la mise en place de fonds de roulement. La prise de décision clinique a été rationalisée avec l'introduction d'arbres de décision standardisés. Des comités de santé ont été créés afin de faciliter la participation des communautés dans la co-gestion des services de santé. Dans un deuxième temps, les hôpitaux préctoraux furent réhabilités afin de leur permettre d'offrir l'appui nécessaire au réseau de centres de santé. Le développement des activités de santé a pris place dans le cadre d'un large effort national, planifié et géré de près par le Ministère de la Santé. L'extension considérable de la couverture sanitaire et l'augmentation des taux d'utilisation des services de santé sont des indicateurs du succès de cette politique. Cette 'renaissance' du système de santé guinéen est considérée par certains comme un des grands succès de la politique de l'Initiative de Bamako mise en place en Afrique par UNICEF et l'Organisation Mondiale de la Santé à la fin des années 80⁶.

Mais les limites d'une gestion presque exclusivement orientée du haut vers

² Département de Santé Publique de l'Institut de Médecine Tropicale à Anvers et responsable auprès de *Medicus Mundi Belgique* du suivi scientifique du projet PRIMA dans la période 1996-2000.

³ Vice-coordonnateur de l'Equipe de Coordination de la Recherche PRIMA.

⁴ Conseiller Technique Principal du Projet Santé Rurale, GTZ, Faranah.

⁵ Appui offert dans le cadre du programme PEV-SSP-ME (Programme Elargi de Vaccination - Soins de Santé Primaires - Médicaments Essentiels).

⁶ Levy-Bruhl, D., Soucat, A., Osseni, R., Ndiale, J-M., Dieng, B., de Bethune, X. et al. (1997). The Bamako Initiative in Benin and Guinea: Improving the effectiveness of Primary Health Care. *International Journal of Health Planning and Management* 12 (Suppl. 1), S49-S79.

le bas sont devenues progressivement apparentes. Cette gestion à partir du niveau central du système, justifiée dans les années 80, est allée de pair avec une standardisation et une uniformisation importantes. Ceci a contribué au développement d'une culture de gestion mécanique, conservatrice, voire rigide, avec peu de marge de manoeuvre aux niveaux périphériques du système de santé – caractéristique d'une organisation de type *mécaniste* dans la typologie de Mintzberg⁷. Le manque de créativité et de flexibilité ont freiné, entre autres, la réelle implication des utilisateurs et des communautés dans la gestion locale des services de santé, surtout au niveau des services de santé de premier échelon. Les patients, de plus en plus, exprimaient leur mécontentement et insatisfaction quant à la qualité de l'offre des services de santé publics Guinéens. La standardisation de la prise de décision clinique était perçue comme excessive et inadaptée à leurs besoins. Les gens se plaignaient aussi, et peut-être surtout, des comportements désagréables et irrespectueux des agents de santé vis-à-vis des utilisateurs des services de santé publics⁸. Les malades se dirigeaient de plus en plus vers le secteur privé pour y chercher des alternatives acceptables.

Une autre évolution importante a caractérisé le système de santé guinéen dès le début des années 90. Une partie grandissante de la population, surtout dans les parties rurales du pays, s'est vue progressivement confrontée à un problème d'accessibilité financière aux soins de santé. Ce problème d'accès reste particulièrement aigu à certaines périodes de l'année – la période de soudure allant de juillet à septembre - pendant lesquelles les populations paysannes font face à une véritable exclusion financière aux soins de santé⁹ (le problème d'accès étant encore aggravé par la pratique courante - et illicite - des travailleurs de santé de 'sur-tarififier' les malades au-delà des tarifs forfaitaires officiels en vigueur). La mise en place de systèmes de pré-paiement, dont les modalités précises restaient encore à déterminer, était déjà recommandée au début des années 90 afin de limiter les exclu-

⁷ Mintzberg H (1989). *Le Management. Voyage au centre des organisations*, 197-226, Editions d'Organisation, Paris.

⁸ Haddad, S., Fournier, P., Machouf, N. & Yatara, F. (1998). What does quality mean to lay people? Community perceptions of primary health care services in Guinea. *Social Science and Medicine* 47 (3), 381-394.

⁹ Au début des années 90, le Centre International de Développement et de Recherche (CIDR) a étudié en détail cette situation d'exclusion en Guinée Forestière afin d'objectiver et de quantifier son importance.

sions. Cette recommandation avait été bien accueillie par le Ministère de la Santé Publique.

C'est dans ce contexte qu'un projet de recherche sur les modalités de mise en place de systèmes de partage de risque maladie a été conçu. Le Ministère de la Santé Publique de Guinée, en collaboration avec son partenaire allemand la *Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit* (GTZ) à travers le *Projet Santé Rurale* (PSR) et le *Projet Conseiller Technique Ministère de la Santé* (CT-MS) lançait en septembre 1996 le projet PRIMA (Projet de Recherche sur le Partage de Risque Maladie).

L'opérationnalisation du projet dans les préfectures de Kissidougou et Guéckedou en Guinée Forestière, et son accompagnement scientifique, furent confiées à l'Organisation Non Gouvernementale belge *Medicus Mundi Belgique* (MMB) pour une période d'un peu plus de 4 ans (septembre 1996-décembre 2000). A partir de l'année 1998, le projet PRIMA a également bénéficié de l'appui financier de la coopération bilatérale belge, à travers l'Institut de Médecine Tropicale à Anvers en Belgique.

Le présent livre constitue le rapport final de MMB des résultats de la recherche PRIMA. Il est structuré en quatre chapitres.

Le premier chapitre contient le rapport d'avancement de PRIMA présenté par l'équipe locale de recherche au Ministre de la Santé Publique à Conakry au mois d'avril 2000. Le texte de ce rapport d'avancement est pratiquement repris tel quel dans ce chapitre, avec quelques modifications relativement mineures. Notre motivation pour intégrer ce rapport était double. D'une part, la conviction que ce rapport d'avancement donne un excellent aperçu des objectifs et des hypothèses de recherche, de la démarche méthodologique et des principaux résultats auxquels le projet a abouti (malgré le fait que le rapport présente seulement les résultats chiffrés de la première année de fonctionnement de la mutuelle mise en place). D'autre part, nous avons été motivés par le désir d'exprimer notre respect pour la personne de Sylla Moussa Bokar qui a été le moteur incontestable de la recherche PRIMA.

Ce premier chapitre comprend une série de neuf annexes. L'annexe 1 con-

tient un texte (en anglais) qui décrit en détail les résultats des investigations préparatoires que l'équipe PRIMA a mené dans la période 1996-1997 *avant* le lancement de la première mutuelle de santé : il s'agit particulièrement d'une enquête MARP (Méthodologie Accélérée de Recherche Participative) sur la perception populaire du système local de soins de santé, et d'une étude quantitative de l'impact de l'exclusion financière temporaire sur l'utilisation du centre de santé et de l'hôpital préfectoral. L'annexe 2 présente la liste des nouveaux médicaments ajoutés à la gamme déjà disponible au niveau du centre de santé. Cet élargissement se situe dans le cadre de la mise en place du 'Paquet Consensuel d'Activités' négocié entre la population et les services de santé. L'annexe 3 présente une copie de la convention de partenariat signée en juillet 1998 entre la mutuelle *Maliando* et l'hôpital préfectoral de Guéckédou. L'annexe 4 présente une copie de la convention de prestation de services, également signée en juillet 1998, entre *Maliando* et le centre de santé de Yendé. L'annexe 5 présente les résultats d'une étude faite dans le cadre du projet PRIMA sur le décalage entre l'aire *administrative* pour laquelle le centre de santé est officiellement en charge et l'aire *d'attraction* réelle du centre de santé. Cette étude a été conduite dans la période mai-juin 2000. L'annexe 6 présente une copie du contrat d'évacuation des malades signé en juillet 1998 entre *Maliando* et le Syndicat des Transporteurs de Yendé. L'annexe 7 présente les taux d'utilisation de la Consultation Primaire Curative (CPC) du centre de santé de Yendé dans la 2^{ième} campagne 1999-2000 – ce qui complète les données chiffrées présentées dans le corpus principal du chapitre 1. L'annexe 8 présente les résultats d'une étude faite au cours du 2^{ième} semestre de 1999 sur les recettes et les dépenses du centre de santé de Yendé, avec une attention particulière pour la quantification de la pratique de surtarification (illicite) des utilisateurs par les agents de santé. L'annexe 9 finalement, présente une copie de l'arrêté du 22 mars 2000 du Ministère de l'Administration du Territoire et de la Décentralisation de la République de Guinée confirmant la création de l'organisation non gouvernementale Guinéenne *Dynamic Mutualiste* ou *DynaM*.

Le chapitre 2 comprend le rapport détaillé de l'étude de la perception sociale du modèle mutualiste. Cette investigation qualitative – conduite à travers une douzaine de Groupes Focalisés (GF) – a été organisée dans la période mars-avril 2000. Les résultats de cette recherche semblent particulièrement importants parce qu'ils offrent plus de précisions sur les raisons

de la faible adhésion de la population cible au système mutualiste mis en place – le problème de la qualité médiocre de l'offre de soins au niveau du premier échelon étant flagrant. Mais cette recherche qualitative a aussi contribué à améliorer notre connaissance sur la compréhension de systèmes de partage de risque maladie dans des sociétés où ce modèle de financement est encore largement inconnu.

Dans les annexes (six au total) de ce 2^{ième} chapitre se trouvent les listes des questions et des thèmes débattus dans les différents groupes focalisés.

Le troisième chapitre présente les résultats de l'étude de la perception du modèle MUCAS par les professionnels de santé travaillant aux différents niveaux opérationnel et administratif-gestionnaire du système de santé. Cette étude a consisté en une série d'Interviews Semi-Structurés (ISS) auprès de 16 agents de santé. Ces interviews ont été faits au mois d'avril 2000 à Yendé, Kissidougou, Faranah et Conakry et ont permis d'une part de confirmer l'impact positif de la mutuelle sur l'accès aux soins. D'autre part, l'étude a mis en évidence le manque de compréhension, l'incertitude, et parfois même la résistance que le modèle MUCAS semble avoir suscité auprès de certains personnels. Elle illustre combien il est difficile d'arriver à une réelle approche partenariale entre population et professionnels de santé.

Dans les annexes 1 à 4 sont présentées les listes des questions adressées aux différents personnels de santé du système (respectivement : personnels du centre de santé de Yendé, personnels de l'hôpital de Kissidougou, personnels du niveau régional et central, et l'infirmier-chef du dispensaire privé de Mano). L'annexe 5 présente un résumé des discussions qui ont pris place lors de la conférence-débat sur PRIMA organisée dans le cadre du Cours International pour la Promotion de la Santé (CIPS) à l'Institut de Médecine Tropicale à Anvers en Belgique (le 16/11/2000).

Le chapitre 4 enfin présente une série de réflexions et de considérations finales sur le projet PRIMA et sur les nombreux enseignements auquel il a conduit.

*Chapitre 1 : Test du modèle de Mutuelle
Communautaire d'Aire de santé (MUCAS) en
Guinée Forestière dans la période 1996-2000
(Rapport avril 2000)*

L'Equipe de Coordination de la Recherche (ECR) du projet PRIMA

Mr. Feu Sylla Moussa Bokar, coordinateur
Mme. Aïssata Noumou Barry, vice-coordonateur

Dr. Younoussa Diallo

Mme. Marie Sia Yobouno

Mr. Matthieu Bongono

Mr. Aliou Keita

Mr. Sékou Condé

Sigles utilisés

AG	:	Assemblée Générale
AGCD	:	Agence Générale de Coopération pour le Développement
BE	:	Bureau Exécutif
CC	:	Commission de Contrôle
CIDR	:	Centre International de Développement et de Recherche
ComPS	:	Commission locale de Promotion de Solidarité Santé
CPC	:	Consultation Curative Primaire.
CPN	:	Consultation Prénatale
CRD	:	Communauté Rurale de Développement
CS	:	Centre de Santé.
CT-MS	:	Conseiller Technique - Ministère Santé, Coopération guinéo-allemande, GTZ
DH	:	Directeur d'Hôpital.
DMR	:	Direction (ou Directeur) des Micro-Réalisations.
DPS	:	Direction (ou Directeur) Préfectorale de la Santé.
DynaM	:	Dynamic Mutualiste
ECR	:	Equipe de Coordination de la Recherche.
EPPM	:	Equipe Préfectorale de Promotion de MUCAS.
ES	:	Etablissement de Soins
Fg :	:	Franc Guinéen
GTZ	:	Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit
HCR	:	Haut Commissariat pour les Réfugiés
HOP	:	Hôpital Préfectoral
IMT	:	Institut de Médecine Tropicale à Anvers
IRS	:	Inspection (ou Inspecteur) Régionale de la Santé.
MARP	:	Méthode Active de Recherche Participative.
MMB	:	Medicus Mundi Belgique
MSP	:	Ministère de la Santé Publique
MUCAS	:	Mutuelle Communautaire d'Aire de Santé.
nc/h/an	:	Nouveaux contacts par habitant et par an.
ONG	:	Organisation Non Gouvernementale
PMA	:	Paquet Minimum d'Activités
PMC	:	Paquet Minimum Consensuel.
PMS	:	Paquet Minimum Social
PRIMA	:	Projet de Recherche sur le Partage des Risques-Maladie.
PSR	:	Projet Santé Rurale, Coopération guinéo-allemande, GTZ.
UnEM	:	Unité d'Enregistrement et de Mobilisation

Introduction

En septembre 1996, le Ministère de la Santé de Guinée a entrepris un Projet de Recherche sur le partage du Risque Maladie (PRIMA), en collaboration avec son partenaire allemand la GTZ à travers le Projet Santé Rurale (PSR) et le Projet Conseiller Technique Ministère Santé (CT-MS). Si de septembre 1996 à 1998, PRIMA fut financé principalement par le PSR avec l'appui du projet CT-MS, à partir de 1998, le projet a aussi bénéficié d'un appui financier de l'Agence Générale de Coopération pour le Développement (AGCD) Belge, notamment pour appuyer le développement de compétences guinéennes en matière de promotion d'organisation de partage du risque maladie. L'appui de l'AGCD se fait à travers l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers (IMT).

PRIMA est exécuté par une Equipe de Coordination de la recherche composée de techniciens guinéens, avec l'Assistance Technique et le suivi scientifique de Medicus Mundi Belgique (MMB). Après presque quatre ans d'activités, l'Equipe de Coordination de PRIMA estime être en mesure de proposer des informations et de l'outillage par rapport aux trois principales attentes des commanditaires de la recherche:

- la conception d'un modèle théorique d'organisation de partage du risque maladie ;
- le test de ce modèle dans au moins deux aires de centre de santé ;
- la définition des conditions de pérennisation du modèle et de son extension dans d'autres régions du pays.

En effet depuis fin 1997 un modèle théorique d'organisation de partage du risque maladie a été conçu : il est baptisé "*MU*tuelle *Comm*unautaire d'*Aire de Santé*" (MUCAS). Ce modèle est en test dans deux aires de santé de la région forestière : Yendé Millimou (Préfecture de Kissidougou) et Tékoulo (Préfecture de Gueckédou).

Les informations livrées actuellement par ces deux sites ruraux donnent des indications intéressantes sur les possibilités et limites du modèle à affronter les problèmes ciblés par la recherche. Parallèlement à la conception et au test du modèle, PRIMA a collecté une grande masse d'informations et a élaboré et mis en test un outillage indispensable à la promotion du modèle.

Des techniciens guinéens ont été initiés pendant le processus, sur la problématique de l'organisation de partage du risque maladie et sont en train de s'organiser en une organisation non gouvernementale (ONG) de droit Guinéen¹⁰ pour garantir à l'avenir des compétences guinéennes de promotion de MUCAS. Ainsi donc, la masse d'informations dont PRIMA dispose concernant l'organisation de partage du risque maladie au niveau du district sanitaire est relativement importante.

Ces informations concernent:

- d'une part, le processus ainsi que les techniques d'organisation de partage du risque maladie proprement dite (création de mutuelles, budgétisation, gestion des ressources, gestion des effectifs d'adhérents, gestion du partenariat avec les services de santé...);
- d'autres part, les implications et effets systémiques de cette organisation sur les services de santé (en terme d'utilisation des services de santé, de motivation du personnel et du Comité de Gestion du CS, de financement de ces services, de gestion d'un partenariat avec les organisations mutualistes, ...).

Le présent chapitre est structuré comme suit :

1. Un rappel succinct sur le contexte de mise en œuvre et la mission de PRIMA ;
2. Une brève présentation des résultats acquis par rapport aux attentes ; notamment, la présentation du modèle MUCAS ;
3. Une description de la démarche méthodologique générale de PRIMA ;
4. Les principales remarques à formuler sur le modèle MUCAS : Le potentiel perçu du modèle après un an de test dans l'aire de santé de Yendé-Millimou (son efficacité face aux problèmes ciblés, la possibilité d'être intégré au système de santé de Guinée et d'être pérennisé par la population concernée...) ;
5. Et finalement, une discussion sur les perspectives de pérennisation et d'exploitation future du modèle en Guinée. Les argumentations des points 4 et 5 seront développées essentiellement à partir des observations faites sur la MUCAS-test *Maliando* dans l'aire de santé de Yendé-Millimou, cette organisation ayant presque deux années de prise en charge sanitaire de ses adhérents. Cependant, des informations issues

¹⁰ Il s'agit de l'ONG *DynaM* (Dynamique Mutualiste). Cette ONG a reçu l'agrément local en mars 1999.

de la mutuelle test *Diompilo* de Tékoulo et de la deuxième campagne de *Maliando* seront aussi rapportées chaque fois que cela sera jugé opportun.

Rappel sur la mission de PRIMA

Environ dix ans après la mise en œuvre de l'initiative de Bamako en Guinée les constats suivants ont été faits par les autorités sanitaires du pays et leurs partenaires au développement, notamment la GTZ à travers le Projet Santé Rurale (PSR) en Guinée forestière et le Projet Conseiller Technique Ministère santé (CT-MS). L'offre en matière de structures de soins de santé (construction et rénovation de centres de santé, de postes de santé et d'hôpitaux, formation du personnel, approvisionnement en médicaments essentiels...) a été notablement améliorée et l'implication communautaire dans la gestion du système de santé a été amorcée. Cela a donc abouti à une extension substantielle de la couverture sanitaire. Cependant, du fait de l'instauration d'un système de recouvrement d'une partie des coûts de fonctionnement des établissements de soins, d'autres problèmes sont apparus.

D'abord, la mise en évidence de problèmes d'accès de la population ciblée aux soins rendus disponibles. Ainsi, d'après deux études faites dans le cadre des programmes du Projet Santé Rurale (PSR) en 1991 et 1994, les constats suivants ont été faits. Pendant trois à quatre mois de l'année, environ 26 % des ménages enquêtés n'accèdent pas aux services rendus disponibles dans les aires des centres de santé et des hôpitaux préfectoraux. Et à tout moment de l'année, environ 4 % des ménages enquêtés (assimilés à des indigents) n'accèdent quasiment pas à ces services de santé.

D'autre part, se pose un problème de qualité des soins après l'amélioration de l'offre quantitative de soins. Il est redouté qu'un accroissement du degré d'inaccessibilité financière des ménages aux services de santé, ne provoque un cercle vicieux de - creusement du déficit budgétaire des établissements de soins - détérioration de la qualité des services - abandon progressif des services par la population. Ce qui pourrait à terme compromettre la pérennité de ces établissements et donc, la couverture sanitaire laborieusement acquise à partir de 1988. Aussi, près de dix ans après le démarrage du programme national de santé mettant en œuvre l'initiative de Bamako, la de-

mande de la population en matière de paquet de soins et ses exigences en matière de qualité des services de santé pourraient avoir sensiblement évolué. Et dans ce cas, il pourrait être nécessaire de développer des mécanismes d'adaptation des services à ces nouvelles exigences.

Autant de problèmes qui ont conduit les autorités sanitaires et leurs partenaires au développement à entreprendre la recherche de solutions. Parmi celles privilégiées figure en place de choix la stratégie de mutualisation des risques maladie. C'est donc en vue d'explorer les possibilités qu'offrent les organisations de partage du risque maladie sur le traitement de ces problèmes précités, que le *Projet de Recherche sur le Partage du Risque Maladie (PRIMA)* a été entrepris.

Question centrale de la recherche

Comment dans le contexte de la zone du PSR, procéder pour étendre efficacement et durablement la couverture sanitaire aux exclus, tout en assurant des ressources suffisantes et stables aux services de santé, avec la participation active et responsable des collectivités concernées ?

Hypothèses de la recherche

L'hypothèse principale est que l'implication réelle des communautés dans le financement et surtout dans la co-gestion des structures sanitaires, s'accompagnera d'une amélioration de la qualité des prestations et de leur adéquation. L'hypothèse secondaire est que la mise en œuvre d'un système de pré-paiement avec mutualisation du risque maladie permettra d'apporter une solution partielle aux problèmes de l'exclusion tant saisonnière que permanente.

Quant aux hypothèses de travail de PRIMA, l'atelier de lancement¹¹ et les réunions de définition du cadre de la recherche, ont posé que l'insertion d'organisations de pré-paiement des services de santé avec mutualisation du risque maladie est un instrument efficace pour:

- 1) Augmenter l'accès des collectivités à des soins utiles, au niveau adéquat du système et au moment opportun de l'évolution du problème de santé, par une diminution du phénomène d'exclusion temporaire et permanente;

¹¹ Atelier tenu à Kissidougou en octobre 1996.

- 2) Réduire les iniquités existantes dans le profil d'utilisation des soins, par des mécanismes de solidarité et de redistribution au sein des collectivités, entre population favorisée et population défavorisée;
- 3) Garantir aux services de santé, de ressources de fonctionnement suffisantes et stables;
- 4) Accroître la capacité d'auto-organisation, de responsabilisation et de négociation des collectivités locales dans le domaine de la santé en particulier.

Durée de PRIMA

Initialement PRIMA (phase PRIMA 1) avait été prévu pour deux à trois ans (Septembre 1996 à Août 1998 ou Août 1999). Mais constatant une sous-estimation du temps nécessaire pour obtenir des informations suffisantes pour apprécier les possibilités et limites d'une organisation de partage des risques maladie dans le contexte guinéen, ce temps a été prolongé de deux autres années dans le cadre de PRIMA 2 (jusqu'en décembre 2000).

Résultats attendus de PRIMA

Initialement trois principaux résultats étaient attendus :

- Un modèle théorique de participation communautaire effective des populations (organisation de promotion de partage du risque maladie), adapté aux réalités locales, est développé ;
- Ce modèle théorique est mis en œuvre dans au moins deux centres de santé ;
- Les conditions d'extension de l'approche et de sa pérennité sont définies et les moyens de financement locaux sont identifiés.

Dans le cadre de PRIMA 2 des nouveaux résultats attendus furent ajoutés :

- Développer et tester un modèle urbain de mutuelle ;
- Exécuter des *micro-études* supplémentaires ;
- Former des cadres guinéens pour poursuivre le développement du modèle de mutuelle retenu ;
- Aider au développement d'une organisation non gouvernementale (ONG) spécialisée en matière de conseils techniques pour la création de caisses mutuelles.

Présentation du modèle de MUtuelle Communautaire d'Aire de Santé (MUCAS)

Qu'est ce qu'une MUCAS ? C'est une association de ménages ayant pour mission de promouvoir par toutes stratégies adéquates et dans le respect de la légalité, l'accès de l'intégralité de la population de l'aire de son centre de santé (ou de son poste de santé) à un *Paquet Minimum Consensuel* (PMC) de soins de santé.

Le PMC pourrait être défini comme une gamme de services retenue par les établissements de soins environnants comme techniquement appropriée pour faire face à la pathologie courante du milieu, et qui prend en compte la demande sociale de la population concernée. Cette demande s'exprimera tant à travers la nature des services attendus par cette population, que par la perception qu'elle a de la qualité de ces services. Ces services comprendront des soins préventifs et des soins curatifs au premier échelon (centre de santé) et au second échelon (hôpital).

Le paquet de bénéfices de la mutuelle aux ayants droit est défini à chaque campagne par l'Assemblée Générale, en fonction des risques que l'organisation retient comme stratégiques à couvrir et du montant de cotisation annuelle jugé par la population concernée comme supportable à la quasi totalité de ses ménages. Pour être ayant droit, chaque personne du ménage membre devra payer sa cotisation de l'année, dont le montant est fixé en début de campagne par l'Assemblée générale.

La prévention de situation d'exclusion des couches défavorisées de la consommation de ce PMC sera une préoccupation permanente des acteurs concernés (responsables de la MUCAS et responsables des services de santé). Seront ciblés comme défavorisés, tant les ménages à faible revenu, que ceux résidant dans des localités enclavées ou jugées trop éloignées des établissements de santé environnants. Parmi les faibles revenus, le sort des indigents retiendra en permanence l'attention de l'organisation.

Les principes directeurs de la MUCAS sont repris dans l'encadré 1.

Encadré 1 : Principes directeurs de la MUCAS

- l'adhésion volontaire du ménage
- l'autogestion en vertu de laquelle, la MUCAS devra être gérée par ses adhérents élus. Cependant, l'Assemblée Générale (AG) peut décider de recruter du personnel salarié lorsque la taille de l'organisation l'exige et les moyens financiers le permettent
- le partenariat est le type de relation privilégiée par le modèle MUCAS entre l'organisation mutualiste et les établissements de soins, y compris les établissements privés accrédités par le Ministère de la Santé, susceptibles de fournir le PMC aux adhérents de l'organisation

L'administration sanitaire, c'est-à-dire la Direction Préfectorale de la Santé (DPS), pourrait envisager d'adopter ce modèle comme un de ses axes stratégiques de lutte contre l'exclusion et de garantie de ressources stables aux établissements de soins.

L'animation du système et l'appui technique à toutes les deux parties impliquées dans la promotion d'une MUCAS est un des rôles essentiels qui revient à la DPS.

Suite à cette animation, la promotion d'une MUCAS pourrait être entreprise soit par une collectivité locale (commune rurale ou urbaine...) soit par une association de santé reconnue par les collectivités locales de l'aire de santé concernée. L'animation de l'administration sanitaire pourrait aussi accompagner l'initiative première de ces collectivités à vouloir promouvoir une MUCAS.

Démarche méthodologique de PRIMA pour la création du modèle MUCAS

Le processus a été guidé pour les impératifs suivants :

- La nécessité d'aboutir à un modèle non seulement apte à participer significativement au traitement des problèmes ciblés (les imperfections de la stratégie de l'initiative de Bamako), mais aussi à s'intégrer dans le système de santé de Guinée ;
- La nécessité d'implication significative des principaux acteurs (popu-

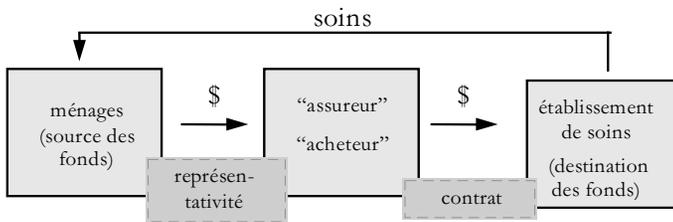
lation et services de santé) au choix du modèle et aux activités de test ; cela en vue de les amener à s'approprier le système et à acquérir les compétences de l'améliorer de façon continue.

Les différentes étapes dans la démarche suivie pour l'élaboration du modèle MUCAS étaient les suivants:

1. La tenue d'un atelier de définition du projet au mois d'octobre 1996 auquel ont participé :
 - Les différents agents des services de santé et de l'administration de santé des préfectures de Kissidougou et de Gueckédou (practiciens et gestionnaires);
 - Les responsables de l'Administration Préfectorale de Kissidougou et Gueckédou ;
 - Des représentants du niveau central du Ministère de la Santé ;
 - Les assistants techniques du partenaire extérieur (GTZ) co-commanditaire et co-financeur de la recherche;
 - l'Equipe de Coordination de la Recherche y compris le chargé du suivi scientifique de Medicus Mundi Belgique venant de Belgique.
2. La collecte et l'étude d'une documentation diverse sur le sujet de l'organisation de partage du risque maladie.
3. La tenue d'un atelier préfectoral de planification des activités de la recherche avec la Direction Préfectorale de la Santé de Kissidougou et avec la participation des Directeurs des Micro-Réalisations (DMR) de Kissidougou et de Gueckédou, des chefs des centres de santé susceptibles d'être retenus comme sites tests et des représentants du PSR. Cet atelier a abouti au choix de l'aire de santé de Yendé-Millimou comme premier site test. Deux critères ont été déterminants dans ce choix : i) la fonctionnalité du centre de santé, et ii) l'implication de son personnel dans les recherches antérieures faites avec le Centre International pour le Développement et la Recherche (CIDR).
4. Le dépouillement détaillé des supports d'information faisant partie du système d'information sanitaire des différents établissements de soins concernés par le programme de la recherche, c'est-à-dire le centre de santé de Yendé et les hôpitaux préfectoraux de Kissidougou et de Gueckédou (voir Annexe 1 à ce chapitre). Ces informations ont généré les données de base pour les évaluations futures et les données opérationnelles pour le calcul des taux d'utilisation des établissements de soins, des tarifs, des primes etc.

5. L'exécution d'une étude participative - Méthode Active de Recherche Participative ou MARP - dans l'aire de santé de Yendé. Cette étude avait pour but :
 - Obtenir une connaissance suffisante du milieu et de son système de santé actuel, ainsi que des barrières et handicaps empêchant l'accès de la population aux soins rendus disponibles;
 - Recueillir les propositions de cette population sur les stratégies qu'elles jugent efficaces pour améliorer leur couverture sanitaire et assurer l'accès des ménages à ces soins.
6. La tenue d'un atelier de restitution générale de tous les résultats des dépouillements et études du milieu au chef-lieu de sous-préfecture en vue de cerner un Paquet Minimum Consensuel (PMC) de soins de santé autour duquel tous ces acteurs sont susceptibles de s'organiser. Cet atelier fut une occasion d'intense dialogue entre services de santé et population. C'est également au cours de cet atelier que parmi les différentes alternatives possibles d'organisation d'un système de partage du risque maladie le modèle de la mutuelle de santé autogérée fut retenu (voir Figure 1). Une simulation financière fut présentée par l'Equipe PRIMA et adoptée par tous les participants comme pouvant faire l'objet de test.

Figure 1: Le modèle mutualiste – présence d'un organisme acheteur



7. Description par l'équipe de Coordination de PRIMA du modèle MUCAS intégrant les principales informations recueillies tout le long du processus, notamment les critiques, suggestions, craintes et attentes émises tant par les services de santé que par la population. Le draft fut ensuite ventilé à tous niveaux dès fin janvier 99 pour autres remarques et suggestions.

8. Pour la population, la retro-information a été assurée à travers une campagne d'information conduite par une 'Commission locale de Promotion de Solidarité santé' (dite ComPS) mise en place avant la clôture de l'atelier de restitution et formée de représentants désignés par les six districts administratifs de la sous-préfecture de Yendé.
9. L'Equipe de Coordination de PRIMA a également élaboré des projets de statuts et d'un règlement d'ordre intérieur destinés à guider ceux qui furent intéressés par la promotion de la MUCAS-test. De même, un outillage simple a été élaboré et mis à la disposition des promoteurs comme supports de gestion administrative et financière de l'organisation mutualiste.
10. Du côté des services de santé, la DPS de Kissidougou a constitué une équipe technique qui a procédé à la revue des ordinogrammes du Centre de Santé, en collaboration avec l'équipe du CS de Yendé, pour prendre en compte les améliorations suggérées par la population lors de l'atelier de restitution : ceci était la mise en pratique du concept de Paquet Minimum Consensuel (PMC). Cette revue a abouti à la prise en charge de nouveaux problèmes de santé par l'équipe du centre de santé et de l'élargissement de la gamme ordinaire des médicaments essentiels d'une vingtaine de nouvelles molécules (voir Annexe 2). Ces molécules ont été achetées au prix coûtant à la Pharmacie Centrale de Guinée (PCG) et à Laborex.
11. Enfin, une série de mesures ont été prises :
 - Formation du personnel centre de santé de Yendé sur les ordinogrammes corrigés ;
 - Un barème de primes proposé par le personnel du centre de santé et les membres du comité de gestion, et jugé par eux-mêmes comme étant suffisamment 'motivant', a été intégré au budget du centre de santé¹² ;
 - Les tarifs ordinaires du centre de santé ont été adaptés pour prendre en compte les nouvelles charges induites par les médicaments et les primes ajoutées ;

¹² Le montant des primes était de 30.000 Fg /mois pour le chef du centre de santé. Pour les autres personnels (catégorie 2, 3 et 4) la prime était respectivement 20.000, 10.000 et 5.000 Fg /mois. Au total il s'agissait de 13 agents avec un montant mensuel de primes de 180.000 Fg. Au taux de change de 1998, ce montant correspondait à environ 150\$US. Pour les 4 membres du comité de gestion, la prime mensuelle variait entre 7.500 et 15.000 Fg : au total, il s'agissait d'un montant mensuel de 52.500 Fg (approximativement 45\$US.)

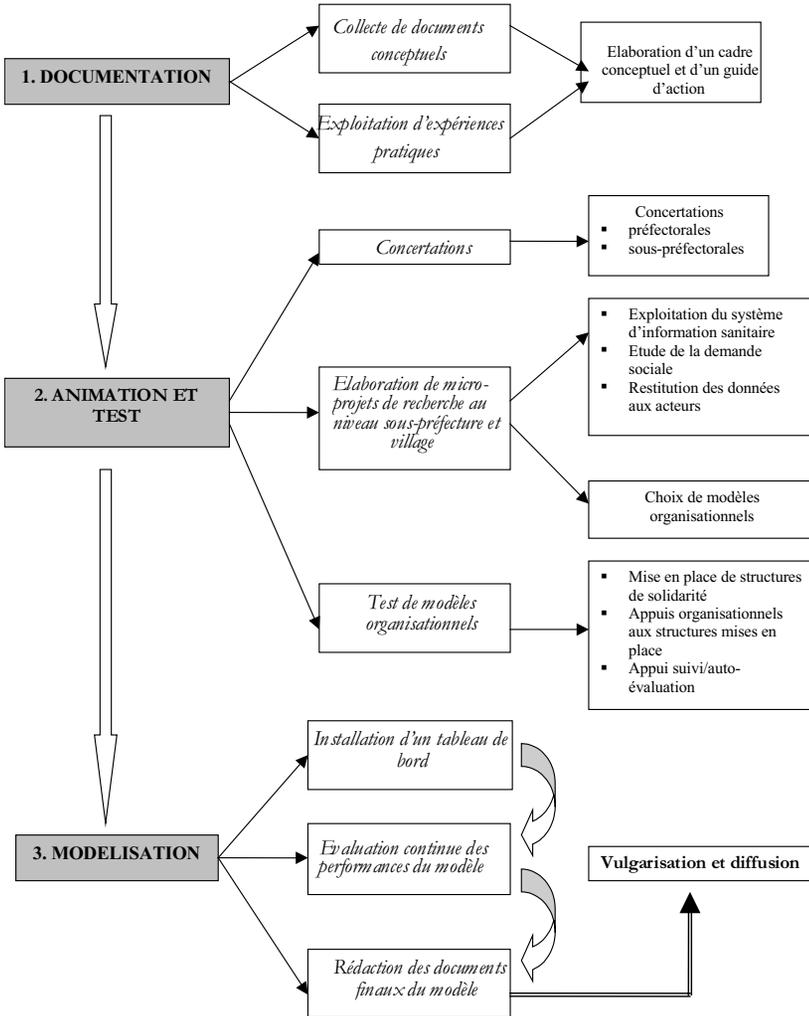
- La détermination du montant forfaitaire de la prime pour la mutuelle partant du budget corrigé du centre de santé et des rajustements de tarifs au niveau des hôpitaux ;
- Enfin, l'ECR PRIMA a mis à la disposition de la mutuelle et des établissements de soins (centre de santé et hôpitaux) des projets de conventions et de contrats devant servir de base à leur partenariat (voir respectivement Annexes 3 et 4 à ce chapitre).

La Figure 2 présente un résumé de la démarche méthodologique suivie par l'équipe de recherche. C'est à l'issue de ce processus et à travers ces outillages, que furent mises en place deux mutuelles-tests dont la description suivra:

- la MUCAS-test *Maliando* de l'aire de santé de Yendé-Millimou dans la Préfecture de Kissidougou à partir de mars 1998;
- la MUCAS-test *Diompilo* de l'aire de santé de Tékoulo dans la Préfecture de Gueckédou à partir de mars 1999.

Nous présenterons ces deux MUCAS-test, et surtout la MUCAS *Maliando* de Yendé qui a réalisé presque deux ans de fonctionnement. Ensuite nous aborderons l'examen du modèle MUCAS sous l'angle de son potentiel d'efficacité par rapport aux problèmes ciblés.

Figure 2: Démarche Méthodologique du projet PRIMA



La MUCAS test Maliando de Yendé-Millimou

GENERALITES SUR L'AIRE DE SANTE

Cette aire couvre environ un rayon de 15 Km autour du centre de santé publique de Yendé-Millimou. Les circonscriptions administratives concernées sont les suivantes : la sous-préfecture de Yendé-Millimou dans la Préfecture de Kissidougou, et les sous-préfectures Kassadou, Bolodou, Guendembou et Téméssadou dans la Préfecture de Gueckédou. En Annexe 5 à ce chapitre sont présentés les principaux résultats d'une analyse comparative de l'aire *administrative* du centre de santé de Yendé et de ce qui est supposé être l'aire *d'attraction* du centre.

Données sur la population de l'aire de santé :

- Population de l'aire de santé en 1998: 17.275 personnes (au lieu de 15.124)¹³
- Nombre de villages: 67
- Nombre de ménages: 2.326

Structures de soins ciblant la population :

Au niveau de la première ligne on compte :

- 1 centre de santé gouvernemental à Yendé ;
- 1 cabinet de soins privé dans le hameau de Mano situé à 1 km du CS de Yendé;
- 1 poste de santé gouvernemental à Boodou à environ 11 Km de Yendé;
- au moins 6 thérapeutes traditionnels reconnus par la population;
- trois points de soins informels;
- de nombreux points de ventes de médicaments les plus divers (points fixes et marchand ambulants).

Au niveau du deuxième échelon :

¹³ En nous référant d'abord aux données du recensement pour les législatives de 1994, nous avons estimé la population de l'aire de santé dans un premier temps à 15.124 habitants. Plus tard, une collecte d'information directement effectuée au niveau des supports de recensement administratif des villages nous a amené à corriger ces données et à estimer la population en 1998 à 17.275. Cette dernière estimation intègre en plus dans l'aire de santé 19 localités situées à plus de 15 km mais se déclarant utilisatrices du centre de santé de Yendé en tant qu'établissement le plus proche. Sur ces dix-neuf localités, sept ont des adhérents à *Maliando*.

L'aire de la MUCAS se situe à presque égale distance des deux hôpitaux préfectoraux de Kissidougou et de Gueckédou, c'est-à-dire à environ 42 km de l'un et de l'autre.

PRESENTATION DE LA MUCAS TEST MALIANDO

- Date d'installation : le 1^{er} mars 1998
- Nombre d'exercices : 2 campagnes (1998-1999 et 1999-2000)
- Date de démarrage de la prise en charge des adhérents : le 21 juillet 1998
- Organisation spatiale : division de l'aire de santé en trois *Unités d'Enregistrement et de Mobilisation*" (UnEM)
- Organes de gestion :
 - i) Une Assemblée Générale (AG) qui est l'organe de prise des décisions stratégiques, formées de délégués des villages adhérents (voir plus loin à la figure 3) ;
 - ii) Un Bureau Exécutif (BE) mettant en œuvre les décisions de l'AG ;
 - iii) Une Commission de Contrôle (CC) contrôlant la gestion des affaires de l'organisation par le BE.
- Le paquet de bénéfices offert aux adhérents:
 - i) Au premier échelon (niveau du centre de santé): tous les soins (curatifs et préventifs) prestés par le centre de santé ;
 - ii) Au deuxième échelon (niveau de l'hôpital préfectoral) : toutes les dystocias (pendant la 1^{ère} année seule la césarienne était couverte); les tumeurs abdominales opérables à Kissidougou (les hernies dans la 1^{ère} année) ; les soins en pédiatrie (enfants de moins de 15 ans) ;
 - iii) Dans le cadre d'un contrat établi avec un transporteur local (voir Annexe 6), les frais de transport lors d'une évacuation urgente sur l'hôpital était couverts (15.000 Fg par évacuation).
- Contribution des membres actifs: pendant la première campagne (1998-1999) la cotisation était de 2.200 Fg par personne et par an avec un ticket modérateur de 300 Fg par premier contact curatif au centre de santé pour les adhérents habitant Yendé-ville et 200 Fg pour les adhérents de la 'périphérie' (voir la carte des prestations en Figure 4). Le nombre d'adhérents en 1998 était de 276 ménages pour 1.398 personnes, soit 8 % de la population totale de l'aire de santé de

Yendé-Millimou.

- Dans la deuxième campagne (1999-2000) la cotisation était de 3.400 Fg par personne et par an et le ticket modérateur était de 500 Fg par premier contact curatif pour les adhérents résidant dans un rayon de 5 Km et de 300 Fg pour ceux hors de ce rayon. Le nombre 'adhérents était : 223 ménages pour 1.038 personnes, soit 6 % de la population de l'aire de santé.

Au moment de l'écriture de ce rapport (Avril 2000), *Maliando* n'en était encore qu'à sa deuxième année de prise en charge des adhérents (commencée le 21 juillet 1998). Le recul était donc encore fort court pour tirer des conclusions définitives concernant les possibilités et les limites du modèle MUCAS¹⁴.

Cependant, en nous fondant sur ce temps d'expériences de *Maliando* renforcées aussi par les indices observés au niveau de la MUCAS test *Diompilo*, des tendances semblent se dégager en terme de potentiel de forces et de faiblesses.

¹⁴ Note: pour la 3^{ème} campagne (2000-2001) le nombre d'adhérents stagnait autour de 1000 personnes, c'est-à-dire environ 6 % de la population de l'aire de santé). Les problèmes d'insécurité et de violence qu'a connue la Guinée forestière pendant le 2^{ème} semestre de 2000 ont compromis la continuation de l'expérience *Maliando*. Au moment de la parution de ce rapport, il n'y avait pas de données disponibles pour la 4^{ème} campagne (2001-2002).

Le potentiel du modèle MUCAS partant de la MUCAS-test Maliando : l'adaptabilité du modèle au système de santé de district

Les données utilisées pour traiter ce point sont principalement celles des dix premiers mois de fonctionnement de *Maliando* pendant sa première campagne (1^{er} août 1998 - 31 mai 1999), extrapolés à 12 mois pour tous les calculs d'utilisation, d'hospitalisation et de budget. Les données du premier semestre pour la deuxième campagne de fonctionnement de *Maliando* (juin 1999 - novembre 1999) extrapolées à 12 mois également. En nous fondant sur un an et demi d'expériences de fonctionnement de la MUCAS *Maliando* dans l'aire de santé de Yendé, renforcées par les indices observés au niveau de la 2^{ème} MUCAS test *Diompilo*, les tendances suivantes semblent se dégager.

Le modèle MUCAS pourrait être développé autour de chaque aire de santé et promouvoir un partenariat avec les différents services de santé (publics et/ou privés accrédités). Ensuite les différentes MUCAS pourraient constituer une fédération de mutuelles pour non seulement assurer la couverture de tout le district sanitaire, mais aussi acquérir des capacités à couvrir à moindre frais, des risques plus coûteux. Par ailleurs le modèle MUCAS pourrait être promu par l'équipe cadre de DPS à condition de bénéficier de financement pour l'animation et les premiers soutiens à chaque nouvelle MUCAS.

L'ADHESION A LA MUTUELLE

Sur un effectif total de 1.398 personnes dans 276 ménages, la mutuelle a identifié, selon ses propres critères, 6 ménages de 10 indigents qu'elle a pris en charge (voir Tableau 1).

Les cotisants sont donc au nombre de 1.388 personnes distribués dans 270 ménages. Le pourcentage d'indigents identifiés et pris en charge par les mutualistes est donc de 10/10.934 (environ un pour mille).

Tableau 1: Adhésion à la mutuelle Maliando (1998-1999)

UnEM ⁽¹⁾	Population ⁽²⁾	Nombre de secteurs (ou villages)	Adhésions	
			Nbre ménages	Nbre personnes
Mata ⁽³⁾	2.812	15	80	357
Touffoudou ⁽⁴⁾	1.058	11	71	398
Yendé centre	6.317	15	117	600
Indigents			6	10
Total	10.934	41	276	1.398

⁽¹⁾ UnEM : Unité d'Enregistrement et de Mobilisation (découpage spatial de *Maliando*)

⁽²⁾ Les 10.934 habitants constituant la population des villages ayant au moins un ménage adhérent dans la MUCAS *Maliando*

⁽³⁾ l'UnEM de Mata regroupe tous les villages de l'aire de santé appartenant à la Préfecture de Gueckédou

⁽⁴⁾ Tous les villages de cette UnEM sont situés à plus 5 km du centre de santé

Le taux d'adhésion global dans l'aire de Santé est resté limité à 8% (1.398 adhérents sur 17.275 personnes). Cinq principales causes ont été mentionnées lors d'une AG de la mutuelle comme pouvant expliquer cette situation. Par ordre d'importance, il s'agit des éléments suivants:

- 1) La qualité des soins offerts (notamment la gamme de médicaments, les résultats des recours au centre de santé, l'accueil des usagers par le personnel de santé) est jugée non satisfaisante par la population;
- 2) L'application du principe d'adhésion par ménage et de paiement par individu fait ressentir aux chefs de grandes familles (de plus de 5 personnes), un poids collectif assez lourd de la cotisation annuelle ;
- 3) La population déjà abusée dans le passé par des organisations similaires n'est pas suffisamment rassurée que la MUCAS sera mieux gérée avec *Maliando* ;
- 4) La période utilisée pour la collecte des cotisations (de mars à mai) n'est pas le meilleur moment où il fallait le faire (décembre à février serait à préférer);
- 5) L'ampleur des tâches de collecte des cotisations (nécessité de déplacement de village en village) sur les responsables élus – et bénévoles - de la mutuelle.

L'UTILISATION DU CENTRE DE SANTE PAR MUTUALISTES ET NON MUTUALISTES

L'utilisation des différents services de santé nous donne une indication de l'efficacité du modèle par rapport au problème d'accès aux soins ciblé par la recherche.

Le Tableau 2 reprend l'utilisation par les adhérents de la consultation curative au niveau du centre de santé. Le taux d'utilisation moyen pour la population mutualiste est de 1,8 nouveaux cas par habitant et par an alors qu'il était de 0,6 nc/h/an au niveau du centre de santé en 1997. En début de test le taux d'utilisation anticipé par l'ECR dans les calculs préparatoires était de 1,2 nc/h/an.

Tableau 2: Utilisation de la consultation curative au centre de santé de Yendé par les mutualistes (période du 1/08/1998 au 31/05/1999 extrapolée à 12 mois)

Localité	Population		Adhérents	Utilisation		Taux d'utilisation
	1998	1999		Réelle pdt 10 mois	Extrapolée à 12 mois	
UnEM Mata	2 738	2 800	325	544	653	2
UnEM Touffoudou	1 758	1 798	400	360	432	1,1
UnEM Yendé	6 151	6 289	598	1 073	1 288	2,1
Total Maliando	10 647	10 887	1 323	1 977	2 372	1,8

Note : les numérateurs des taux d'utilisation ont été obtenus en dépouillant le registre de la consultation curative primaire (CPC) pour tous les utilisateurs - mutualistes et non-mutualistes, mais seulement pour les villages et hameaux ayant *au moins un ménage adhérent* à Maliando. Ensuite ces chiffres ont été extrapolés sur 12 mois.

Le Tableau 3 présente le taux d'utilisation dans la population non mutualiste. Ce tableau indique également que l'utilisation de la consultation curative par cette sous-population non mutualisée est près de 4 fois plus faible que celui de la sous-population mutualiste : respectivement 0,5 nc/hab/an contre 1,8 nc/hab/an.

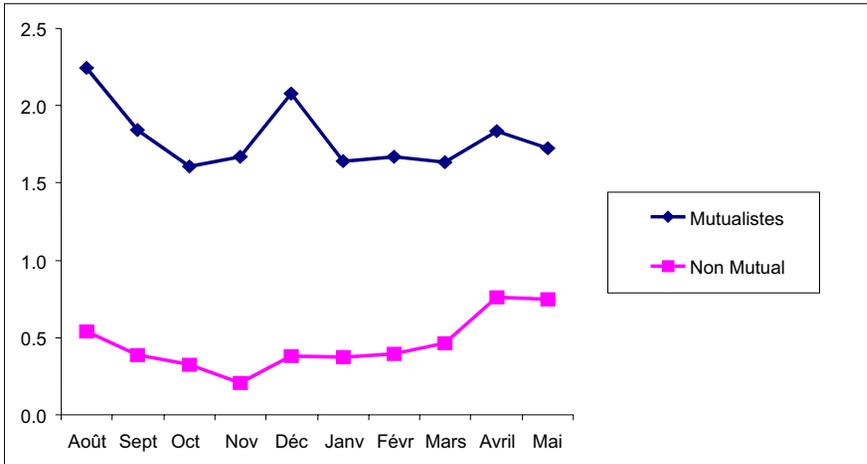
Tableau 3: Utilisation de la consultation curative au centre de santé par les non mutualistes (période du 1/08/1998 au 31/05/1999 extrapolée à 12 mois)

Localité	Non adhé- rents en 1999	Utilisation		Taux d'utilisation (TxUt)	Rapport TxUt mut/ non mut
		Réelle pdt 10 mois	Extrapolée à 12 mois		
UnEM Mata	2 475	208	250	0,1	20
UnEM Touffoudou	1 398	234	281	0,2	5.4
UnEM Yendé	5 691	3 215	3 858	0,7	3.2
Total Maliando	9 564	3 657	4 388	0,5	3.9

Les non mutualistes de l'UnEM Mata n'utilisent pratiquement pas le centre de santé de Yendé (0,10 nc/hab/an), tandis que les mutualistes de cette UnEM l'utilisent beaucoup (2 nc/h/an, soit près de 20 fois le taux des non-mutalistes. Cette situation démontre un phénomène de *fidélisation* des mutualistes envers les structures avec lesquelles la MUCAS a signé un contrat de prestation de services.

La Figure 5 reprend l'utilisation de la CPC par mois pour la période de 10 mois allant du 1/08/1998 au 31/05/1999. Pour les mutualistes il y a certes des fluctuations au cours de l'année et la tendance générale est à la baisse, mais le taux d'utilisation ne descend pas en dessous de 1,6 nc/hab/an. Il y a deux pics dans la consultation pendant les mois d'août et de décembre. Pour les non-mutualistes, le taux d'utilisation maximal a été d'environ 0,8 nc/hab/an, avec un creux de 0,2 nc/hab/an au mois de novembre.

Figure 5: Taux d'utilisation de la CPC par mois (1/08/1998 au 31/05/1999)



Il est raisonnable de conclure que la mutuelle permet d'agir sur les phénomènes saisonniers qui constituaient une barrière à l'utilisation du centre de santé.

Le Tableau 4 présente les taux d'utilisation en fonction de la distance. Le rapport entre le taux d'utilisation de la population mutualisée de la zone 1 et celui de la zone 2 est de l'ordre de 1.6.

Le Tableau 5 présente la même information pour la population non-mutualisée dans les deux zones. Ici le gradient d'utilisation en fonction de la distance est bien plus prononcé ; l'utilisation est 3.6 fois plus élevée dans la population habitant dans un rayon de moins de 5 km que dans les populations vivant au-delà de 5 km du centre de santé. Le croisement des informations de ces 2 tableaux semble suggérer que la MUCAS agit significativement en faveur de la réduction de la barrière distance à l'accès du centre de santé.

Tableau 4: Utilisation CPC dans la sous-population mutualisée en fonction de la distance (1/08/1998 – 31/05/1999)

Zone	Population		Adhérents <i>Maliando</i>	Utilisation		Tx d'util.
	1998	1999		Réelle pdt 10 mois	Extrapol à 12 mois	
Zone 1 : 0 à 4 Km	7 250	7 413	791	1 404	1 685	2,1
Zone 2 : >=5 km	3 397	3 473	532	573	688	1,3
Total	10 647	10 887	1 323	1 977	2 372	1,8

Tableau 5: Utilisation CPC dans la sous-population non mutualisée en fonction de la distance (1/08/1998 – 31/05/1999)

Zone	Population		Non adhé- rents	Utilisation		Tx d'util.
	1998	1999		Réelle pdt 10 mois	Extrapol à 12 mois	
Zone 1 : 0 à 4 Km	7 250	7 413	6 590	3 265	3 918	0,6
Zone 2 : >=5km	3 397	3 473	2 899	395	474	0,2
Total	10 647	10 887	9 489	3 660	4 392	0,5

Dans l'Annexe 7 à ce chapitre sont présentées les données d'utilisation pour la 2^{ième} année (1/06/1999 au 31/05/2000).

MALIANDO ET L'ECONOMIE DU CENTRE DE SANTE

Dans la section suivante, nous analysons quelques aspects des effets de la MUCAS sur l'économie du centre de santé. Le Tableau 6 indique que pendant la période allant du 1^{er} semestre 1996 au 1^{er} semestre 1998 on constate une diminution continue de l'utilisation de la CPC du centre de santé. Les charges de fonctionnement cependant sont demeurées quasi stationnaires. Avec la mise en fonction de *Maliando* au 2^{ième} semestre de 1998 (indiqué en gras dans le tableau 6), la chute de l'utilisation de la CPC semble s'être arrêtée.

Par ailleurs, au cours de la période qui a suivi la mise en fonction de *Maliando* il y eut une élévation sensible du niveau des charges de fonctionnement du centre de santé.

Tableau 6: Utilisation et frais de fonctionnement du centre de santé de Yendé (1996-1999)

Période	Nombre de Nouveaux Cas à la CPC	Charges de fonct. du CS en Fg *	Charge moyenne par épisode CPC en Fg
1er sem 1996	6 885	4 667 300	678
2ième sem 1996	5 486	4 719 800	860
1er sem 1997	5 558	4 922 449	886
2ième sem 1997	4 098	3 836 850	936
1er sem 1998	4 517	4 669 100	1 034
2ième sem 1998 **	5 663	7 245 900	1 280
1er sem 1999	6 095	7 026 234	1 153
2e sem 1999***	5 475	5 950 254	1 087

* SOURCE : monitorages semestriels

** *Maliando* a commencé la prise en charge de ses adhérents fin juillet 1998.

*** Extrapolation à 6 mois de données de 4 mois.

Dans un premier temps (Juin à Décembre 1998), cette augmentation des frais de fonctionnement est due aux deux facteurs suivants :

- i) L'inclusion d'un additif de médicaments essentiels : cette proposition cadrerait dans l'introduction du concept de *Paquet Minimum Consensuel* (PMC). Ces nouveaux médicaments – une trentaine de molécules – étaient achetés au prix du marché.
- ii) L'attribution de primes au personnel du centre de santé et aux membres du Comité de Gestion du centre de santé. Le niveau des primes était compris entre 30.000 Fg et 7.500 Fg par agent et par mois.

Dans un second temps (décembre 1998 à juin 1999) cette élévation est attribuable à un dérapage enregistré dans la gestion des médicaments au niveau du centre de santé.

Après le démarrage de *Maliando*, les charges de fonctionnement par nouveau contact CPC sont passées de 1.034 Fg à 1.280 Fg avant d'amorcer une descente de décembre 98 à juin 1999. Une extrapolation des résultats des 4 premiers mois du semestre donne 1.087 Fg comme charge moyenne

par nouveau contact CPC. C'est presque le niveau de juin 1998 (avant *Maliando*) malgré le maintien de la gamme des médicaments ajoutés et le paiement du nouveau barème de primes au personnel du CS et au comité de gestion évoqué ci-dessus.

Le Tableau 7 présente la part relative de *Maliando* dans les recettes globales du centre de santé de Yendé. Malgré le nombre restreint d'adhérents (1.388 adhérents, soit 8 % de la population de l'aire de santé) la part de *Maliando* dans les recettes du centre de santé pendant les 10 mois de sa première campagne a été de près du quart.

Tableau 7: Part de *Maliando* dans les recettes du centre de santé

Type d'utilisateur	Recettes (Fg)		% du total des recettes
	10 mois réels (juillet 1998 à mai 1999)	extrapolés à 1 an	
Mutualistes	2 931 600	3 517 920	24.2
Autochtones non mutualistes	6 434 600	7 721 520	53
Réfugiés (HCR)*	2 764 800	3 317 760	22.8
Totaux	12 131 000	14 557 200	100 %

* Les réfugiés Sierra-Léonais et Libériens résidant dans la zone du Projet Santé Rurale étant entièrement pris en charge pour leurs soins de santé par le Haut Commissariat pour les Réfugiés (HCR).

Le tarif forfaitaire retenu dans le contrat *Maliando*-centre de santé était de 1.400 Fg par unité de nouveau contact CPC pour les deux campagnes 1998 et 1999. Ce tarif couvre tous les soins au premier échelon pour les mutualisés (soins curatifs, préventifs et accouchements). Ainsi, 100 nouveaux cas mutualistes à la CPC en un mois signifie que *Maliando* doit payer $1.400 \times 100 = 140.000$ Fg au centre de santé à la fin du mois.

L'UTILISATION DE L'HOPITAL

Le Tableau 8 résume la situation des recours des mutualistes de *Maliando* aux deux hôpitaux de Kissidougou et de Gueckédou dans la période allant de juillet 1998 à mai 1999.

Tableau 8: Hospitalisations de la population mutualiste dans les hôpitaux préfectoraux de Kissidougou et Guéckédou (juillet 1998 à mai 1999)

Services hospitaliers	Population « à risque »	Hospit. en 10 mois	Extrapol. à 12 mois	Tx hosp obtenu (1)	Tx hosp prévu (2)	Rapport Tx1 / Tx2
Chirurgie	662*	3	3,6	0,00272	0,002	1.4
Maternité	60**	3	3,6	0,06047	0,025	2.4
Pédiatrie (0-14ans)	662*	4	4,8	0,00726	0,01	0.7
Total		10	12			

* Moitié de la population totale (Note : il y avait 1323 personnes affiliées en 1998)

** Calculé à partir du taux de natalité (40 pour mille)

L'écart entre les taux d'hospitalisation anticipés et ceux réellement observés concernant les recours des mutualistes à l'hôpital n'est pas, à notre avis, imputable à un jugement erroné. Une analyse rigoureuse des taux (réels) d'utilisation de l'hôpital dans la période précédant le lancement de la mutuelle (période 1994-1996) a servi de base à l'estimation des taux d'hospitalisation à 'prévoir' lors du fonctionnement de la mutuelle. Ces taux réels établis sur base de la population totale de la sous-préfecture de Yendé ont systématiquement été revus à la hausse (x 2 à 2,5) puisqu'une augmentation de l'utilisation de l'hôpital était en effet à prévoir.

L'élément principal expliquant cet écart est le fait que la population mutualisée - le dénominateur dans le calcul des taux d'hospitalisation - reste très petite. En effet, il s'agit seulement de 1.323 personnes, alors que les taux d'hospitalisation pour la période précédant la mutuelle ont été calculés pour la population totale de la sous-préfecture, c'est-à-dire environ 150.000 personnes.

En 1998, le tarif forfaitaire retenu dans le contrat *Maliando*-hôpitaux préfectoraux était de 35.500 Fg pour une hospitalisation en chirurgie, 26.700 Fg pour une hospitalisation en maternité et 8.600 Fg pour une hospitalisation en pédiatrie.

ASPECTS FINANCIERS DU SYSTEME MALIANDO

Le premier compte d'exploitation de la mutuelle (résultat pour 10 mois extrapolé à 1 an) s'établit comme indiqué dans le Tableau 9. Rappelons que pour la première campagne en 1998, la MUCAS *Maliando* avait adopté un montant de cotisation annuelle de 2.200 Fg par personne du ménage adhérent.

Tableau 9: Résultats d'exploitation de la MUCAS *Maliando* (exercice 1998-1999)

Charges		Produits		
Installation bureau (mobilier et matériel)	899 835	Cotisations et cartes de membre	3 122 500	52%
Factures de soins	3 172 300	Tickets modérateur	516 000	9%
Frais d'évacuation	93 500	Cartes d'honneur*	1 077 500	18%
Outils de gestion	430 065	Subventions (équipement/ outils de gestion)	1 329 900	22%
Amortissement équipement durable	263 000			
Frais administratifs	925 200			
Total charges	5 783 900			
Excédent	262 000			
Total	6 045 900		6 045 900	100%

* Voir en Figure 6 un exemplaire de la carte d'honneur de *Maliando*

Ainsi, le résultat d'exploitation de la première campagne a dégagé un excédent de 262.000 Fg. Il convient cependant de fortement relativiser ce résultat. En effet :

- A mi-parcours, la mutuelle, constatant un taux d'utilisation du centre de santé supérieur à ce qu'elle escomptait pour ses adhérents a prévu un déficit de deux mois sur l'année. Par anticipation donc, l'Assemblée Générale (AG) en février 1999 a décidé d'écourter la période de prise en charge des ayants droit de 12 mois à 10 mois. En réalité la campagne aurait été déficitaire d'un mois. Ce déficit peut être évalué à l'équivalent de la moyenne mensuelle des factures payées au centre de santé au cours des dix mois d'exercice (environ 300.000 Fg par mois);
- 40% du total des produits sont des subventions : en effet, cartes d'honneur et autres subventions pour équipements et outils de gestion constituent respectivement 18 et 22% du total des produits générés;
- Des charges telles que photocopies, les contributions du projet PRIMA

à certaines AG et aux tenues de réunions extraordinaires du Bureau Exécutif de la Mutuelle, n'ont pas été valorisées dans le compte d'exploitation.

Ces éléments indiquent clairement que le compte d'exploitation de la première campagne n'était pas en équilibre. Il en était de même la 2^{ème} année où le taux d'adhésion avait baissé (le compte d'exploitation de *Maliando* pour l'exercice 1999-2000 accusait un déficit de presque 400.000 Fg).

Ce déséquilibre s'explique essentiellement par la faible adhérence de la population au système. En outre, il y a le fait que l'équipe de coordination du projet PRIMA (et donc *Maliando*), pour le calcul du montant des primes et l'élaboration du budget de la mutuelle, ne disposait pas au départ d'informations suffisantes sur des paramètres tels que le comportement d'utilisation des établissements de soins par les mutualistes, les besoins de fonctionnement courant de la mutuelle dans le contexte de Yendé, etc.

Le projet PRIMA, progressivement, a développé plus d'indices pour l'établissement d'un budget réaliste de MUCAS :

- Une meilleure idée sur le profil d'utilisation (notamment au premier échelon) des mutualistes;
- Une meilleure idée sur les différentes charges de la MUCAS pour organiser une campagne (y incluant les frais d'équipement et les frais administratifs);
- Une meilleure connaissance des contraintes budgétaires des établissements de soins;
- La disponibilité d'une méthode plus sophistiquée pour le calcul des tarifs forfaitaires et des primes pour le personnel du centre de santé.

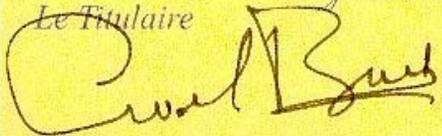
Figure 6 : Carte d'honneur de Maliando

MUTUELLE Maliando
entraide - Solidarité
Aire de Santé de YENDE



CARTE D'HONNEUR N° 001

Titulaire:
Nom: **CRIEL**
Prénoms: **BART**
Année: **1998**

Le Titulaire *Signatures*


Le Président


Prix de la Carte: 50'000.- C.F.

EFFETS DE LA MUCAS SUR LA SUR-TARIFICATION

L'expérience de Yendé a prouvé que les risques de sur-tarification de mutualistes sont extrêmement faibles. En effet, presque toutes les tentatives de faire payer aux mutualistes des montants autres que le ticket modérateur au centre de santé paraissent être contrées par les responsables mutualistes, suite aux réclamations des victimes. Plusieurs cas de sur-tarification (ou de réclamation de frais contraires aux dispositions du contrat entre la MUCAS et les établissements de soins) ont été rapidement redressés en amenant les agents en faute (ou parfois en erreur) à rembourser les montants indûment perçus, tant au centre de santé qu'à l'hôpital.

En Annexe 8 à ce chapitre sont présentés les résultats d'une investigation de l'économie du centre de santé pour l'année 1999, avec plus particulièrement une tentative de quantifier la sur-tarification auxquels les non mutualistes font face.

ASPECTS RELEVANT DE LA CAPACITE PARTENARIALE DES MUTUALISTES

L'expérience de *Maliando* a montré que les responsables mutualistes ont un bon potentiel d'attitude partenariale. Ainsi, la mutuelle a signé avec le centre de santé de Yendé et les hôpitaux de Kissidougou et de Gueckédou des conventions de partenariat de trois ans. Sur la base de ces conventions, des contrats de prestation de services santé sont signés chaque année.

Pour le suivi de ces contrats, et afin de garantir la bonne circulation de l'information entre la mutuelle et ses prestataires des services de santé, la MUCAS a élu deux responsables chargés des relations avec les établissements de soins. Ceux-ci, et surtout celui qui réside au chef-lieu du centre de santé, ont fonctionné de façon assez satisfaisante. Ils traitent avec le personnel de santé et les autorités sanitaires, gèrent les informations ainsi que tous les problèmes nés de l'exécution des contrats. Ceci se fait avec courtoisie mais aussi avec la fermeté nécessaire lorsque la situation l'exige.

REFLEXIONS GENERALES

Les possibilités de faire fonctionner de façon pérenne la MUCAS semblent être à la portée de la population de l'aire de santé. Le fonctionnement d'une MUCAS est relativement complexe et coûteux. Cependant, l'expérience de Yendé montre que potentiellement, la population est en mesure de maîtriser cette organisation tant sur le plan administratif que

financier. Les efforts administratifs et les charges financières ne sont pas hors de la portée des populations organisées. Ainsi, un montant de cotisation annuel d'environ 3.000 Fg semble être à la portée de la quasi totalité des ménages de l'aire de santé, même en ce qui concerne les faibles revenus (hors mis les "vrais indigents").

Rappelons que lors des études de préparation, la population des sites enquêtés dans l'aire de santé de Yendé a soutenu qu'un tarif (à l'épisode de maladie) entre 2.000 Fg et 8.000 Fg (en moyenne 5.000 Fg) est supportable par la quasi-totalité des ménages de l'aire de santé. Or les 3.000 Fg de cotisation ne seront payés à la mutuelle qu'une seule fois dans l'année indépendamment de l'utilisation du centre de santé et de l'hôpital par les adhérents.

La gestion d'une MUCAS s'avère relativement complexe et les principales difficultés portent sur les aspects suivants :

- La gestion administrative des différentes cohortes d'adhérents (enregistrement des nouveaux et mise à jour des effectifs d'ayants droit);
- La saisie et l'exploitation des données sanitaires indispensables au calcul des taux d'utilisation actuels et des projections d'utilisation future;
- Les techniques de calcul des montants de cotisations ;
- L'élaboration, la négociation et le suivi des contrats avec les établissements de soins.

Relever le défi de maîtriser cette gestion ne semble pas être hors de portée de la population concernée. En effet, la première année de fonctionnement de *Maliando* montre que les mutualistes sont potentiellement capables de piloter ce genre de gestion.

Cependant, la technicité de certains de ces domaines, ainsi que le temps relativement grand qu'il faut y consacrer, demanderont à la MUCAS de recruter au moins deux types de salariés professionnels :

- Un professionnel de la comptabilité (de niveau CAP), avec des compétences dans le domaine de la gestion d'effectifs tels que les cohortes annuelles de mutualistes ;
- Un professionnel de la santé, niveau "Agent Technique Santé" (ATS).

Ces salariés professionnels seront alors responsables de la tenue des docu-

ments administratifs et comptables, de la recherche et l'analyse des informations techniques ainsi que du suivi de l'exécution des contrats. Par contre, les prises de décisions stratégiques et l'ordination des dépenses relèveront des élus de la mutuelle. Des simulations budgétaires faites par PRIMA ont montré que les charges induites par ces deux agents sont supportables par le budget de la MUCAS si le taux d'adhésion atteint 3.000 cotisants.

Les faiblesses du modèle MUCAS

Les principales limites et faiblesses qui semblent caractériser le modèle MUCAS peuvent être résumées comme suit :

EFFETS LIMITES DE LA MUCAS SUR LE TRAITEMENT DE L'EXCLUSION GEOGRAPHIQUE

Nous avons vu plus haut que l'utilisation des mutualistes résidant dans un rayon de 5 km du centre de santé (2,1 nc/h/an) est 'seulement' 1,6 fois celle des mutualistes résidant au-delà de 5 km (1,3 nc/h/an) tandis que pour l'utilisation des non-mutualistes ce rapport est d'environ 3. Cette même observation se retrouve tant pour le premier trimestre de la deuxième campagne de *Maliando* (1999) que pour la première campagne de *Diompilo* (également 1999). Ceci suggère que la MUCAS agit significativement en faveur de la réduction de la barrière 'distance' à l'accès du CS.

Cependant, la MUCAS ne cible que les ménages situés dans un rayon d'environ 15 km du centre ou du poste de santé; cela, partant de l'hypothèse qu'elle n'est susceptible d'attirer durablement que des ménages pouvant effectivement accéder aux établissements de soins censés leur fournir les prestations envisagées. Nous constatons en effet que *Maliando* a enregistré l'adhésion de (seulement) 12 ménages totalisant 42 personnes, dans 7 villages situés entre 16 et 20 km de la structure de santé. Il serait intéressant de suivre le comportement de ces ménages dans les années à venir pour vérifier cette hypothèse.

LES MUCAS ONT TENDANCE A FIXER LES LIMITES DE LA SOLIDARITE A 'LEURS' PROPRES MENAGES DEFAVORISES

Si le principe de solidarité est formellement accepté par les deux MUCAS test, la prise en charge des indigents semble être soumise à une extrême rigueur. Ainsi seuls les individus recensés et reconnus comme indigents par les mutualistes eux-mêmes, ont été pris en charge par *Maliando*. Quant à *Diompilo*, lors de sa première campagne, elle n'a pas pris des indigents en charge. Elle est encore à la phase de recensement de ces indigents dans son aire de santé. Ce recensement se limite aux localités ayant au moins une famille adhérant à la MUCAS. Ainsi, même s'il existe des indigents dans d'autres localités de l'aire de santé dont aucun ménage n'a adhéré, ces indigents ne sont pas pris en charge. Autrement dit, les ménages adhérents de chaque village étendent le système de solidarité de la MUCAS seulement aux indigents reconnus par le village.

On peut, dans une large mesure, qualifier cette attitude des mutualistes comme étant rationnelle. En effet, connaissant bien leur population, ils sont à mesure de savoir qui peut et qui ne peut pas payer la cotisation annuelle - ce qui est essentiel pour éviter des dérapages préjudiciables aux finances et compromettant ainsi la survie de l'organisation. Sur le plan moral, il est aussi tout aussi rationnel que les mutualistes perçoivent d'abord leur devoir envers leurs propres co-résidents défavorisés avant de penser à d'autres. On peut s'attendre à ce que cette limite dans la prise en charge des indigents soit considérablement amoindrie si le taux d'adhésion augmente.

LE DEVELOPPEMENT DE MECANISMES D'EQUITE DEVRA ETRE ENVISAGE DANS LE CADRE D'UN PROCESSUS PATIENT

Le concept d'équité est juste en train de prendre forme pour les mutualistes de *Maliando* et de *Diompilo*. Le principe que seuls ceux qui ont la capacité de payer la cotisation doivent la payer et que ceux qui ne peuvent la payer seront pris en charge gratuitement est adopté par les AG des deux mutuelles.

Les AG ont aussi adopté le principe de moduler le 'ticket modérateur' à payer au niveau des centres de santé en fonction de la distance : ceux qui habitent dans un rayon de moins de 5 km payent 500 Fg tandis que ceux habitant au-delà ne payent que 300 Fg par contact. Les indigents sont exempts de ce paiement.

Cependant, ces mêmes AG n'ont pas encore accepté de pousser l'expression de cet élan d'équité jusqu'à la modulation des montants de cotisation en fonction des revenus des ménages (en admettant que ceci serait administrativement faisable). Ainsi, la cotisation que le ménage paye est forfaitaire - qu'il soit aisé ou tout juste autosuffisant.

LA MUCAS NE SEMBLE PAS ETRE VIABLE EN DESSOUS D'UN EFFECTIF DE PLUSIEURS MILLIERS DE COTISANTS

Les simulations faites par PRIMA ont montré que, vu les charges de fonctionnement de la mutuelle et la nécessité de ne pas trop élever le montant annuel de cotisation, la taille minimale pour un fonctionnement optimum de la MUCAS semble être d'au moins 3.000 membres cotisants. C'est à partir de ce niveau d'adhésion que l'organisation semble, d'une part, pouvoir assurer les principales conditions de sa survie et, d'autre part, pouvoir prendre en charge les indigents de l'aire de santé.

Ces conditions consistent à :

- Pouvoir supporter des taux d'utilisation fortement accrus ;
- Disposer d'au moins deux agents salariés professionnels permanents;
- Maintenir le montant de cotisation par adhérent et par an autour de 3.000 Fg (et au-delà de 4.000 Fg) pour ne pas exclure les ménages à faibles revenus.

En conséquence nous pouvons craindre que les aires de santé dont la population n'atteint pas 3.000 habitants ne puissent pas bénéficier de cette organisation, à moins qu'elles ne reçoivent une subvention continue de tiers organismes. Cependant, pour les préfectures abritant en majorité des MUCAS assez grandes, un système de solidarité entre MUCAS favorisées et MUCAS défavorisées pourrait être organisé par la Communauté Rurale de Développement (CRD) ou par la Préfecture afin de remédier à ce genre de faiblesse.

LA SURVIE DE L'ORGANISATION DEPEND FORTEMENT DE LA 'VOLONTE INDIVIDUELLE' DES MENAGES ET DES RESPONSABLES GESTIONNAIRES DE L'ORGANISATION

D'une part il y a le fait que l'adhésion est aléatoire et est conditionnée par des calculs personnels de chaque ménage. Cet aléa dans l'adhésion pourrait

se traduire par de fortes fluctuations d'une année à l'autre en fonction de la perception du système par les ménages, de la qualité des soins offerts par les établissements de soins, de l'attitude de ces ménages vis-à-vis de la notion de prévoyance, de la confiance accordée par les ménages aux gestionnaires de la MUCAS, et finalement par le revenu des ménages soumis à un arbitrage souvent serré pour la satisfaction de divers besoins prioritaires.

Comme le montre d'ailleurs la situation des adhésions en deuxième campagne de *Maliando*, au grès de ces aléas, le taux d'adhésion pourrait descendre. Et s'il atteint un niveau qui ne permettra pas une couverture suffisante des charges de la MUCAS, le système évoluera vers la mise en faillite.

Cette faiblesse due à une liberté absolue du ménage à adhérer, pourrait être corrigée par l'obtention d'un engagement plus collectif des villages et de la CRD à privilégier la MUCAS comme élément stratégique de leur *projet de société* ; cela en vue de garantir en permanence l'accès de tous les ménages (y compris ceux à faible revenu) à des soins de santé de qualité.

D'autre part, il y a une (trop ?) grande part du travail qui se fait grâce au bénévolat dans les principes de gestion de la MUCAS. Les activités nécessaires à un fonctionnement satisfaisant de la MUCAS paraissent trop intenses pour être assurées seulement à travers une gestion bénévole. Les principales activités contraignantes sont les suivantes :

- 2 à 3 mois de collecte de cotisations à assurer par trois élus au niveau de chaque UnEM;
- 1 à 2 mois d'activités d'enregistrement des ayant droits et la préparation de leur prise en charge sanitaire par les responsables d'UnEM et le secrétariat général de la mutuelle;
- Préparation par le secrétariat de 3 Assemblées Générales et de différentes réunions ordinaires du Bureau Exécutif;
- Préparation des rapports d'activités et financiers (compte d'exploitation, bilan, etc.);
- Nécessité d'une quasi-permanence au secrétariat général pour recevoir les adhérents confrontés à des problèmes de contact avec les établissements de soins ou pour diverses réclamations.

Par ailleurs, certaines des tâches nécessaires pour la gestion de l'organisation tels que le traitement des données sanitaires, la passation des écritures comptables, l'établissement des comptes d'exploitation et des bilans, la rédaction des rapports d'activités et des rapports financiers, etc. semblent

être trop techniques pour la plupart des responsables actuels de la MUCAS (pourtant tous scolarisés).

Ainsi, pour un départ, et avec l'appui de PRIMA, la plupart des responsables semblent tenir, même si c'est avec des murmures contre le temps que la Mutuelle prend au détriment de leurs propres affaires et de leur vie familiale. Des désaffections ont même été enregistrées de la part de certains responsables de la Mutuelle - dont le Président actif ! Il est donc à peu près certain que cette grande et bénévole disponibilité des élus en fonction ne pourra pas perdurer.

Mais, comme suggéré plus haut, le recrutement de deux agents professionnels salariés pourrait palier l'insuffisance induite par le bénévolat. Ainsi, à terme, il pourrait être envisagé à ce que la permanence des activités intenses, techniques et quotidiennes sera assurée par les agents salariés, tandis que les prises de décisions stratégiques et les tâches ponctuelles de suivi et contrôle seront assurées par les responsables élus.

Conditions de pérennisation et d'extension du modèle

CONDITIONS DE PERENNISATION

Certaines conditions paraissent nécessaires pour pérenniser la MUCAS. Ces conditions sont de quatre ordres : i) celles liées à l'organisation mutualiste elle-même ; ii) celles liées aux établissements de soins ; iii) celles liées à l'administration du district sanitaire - c'est-à-dire la Direction Préfectorale de la Santé (DPS) ; et finalement iv) celles liées au niveau central de l'administration sanitaire et à ses partenaires au développement.

i) Conditions liées à l'organisation mutualiste elle-même

- Atténuer la gestion bénévole par l'intégration de deux salariés;
- Renforcer la capacité gestionnaire des élus à travers des modules de formation bien adaptés au niveau scolaire de ces responsables;
- Améliorer le choix des délégués villageois pour une représentativité plus significative afin de garantir une meilleure expression des réactions et des propositions des ménages pour l'amélioration du système de santé ;
- Atténuer le principe de la libre adhésion individuelle des ménages par

l'obtention d'un engagement 'moral' plus collectif. Il s'agit d'amener les instances de décision des villages concernés, sous l'égide de la CRD, à décider elles-mêmes de faire de la MUCAS un projet collectif de société pour lutter contre l'exclusion ;

- Améliorer les garde-fous contre la mauvaise gestion des ressources mobilisées afin de renforcer la confiance naissante des ménages dans l'organisation - entre autres, obtenir que la Commission de Contrôle de la MUCAS soit suffisamment compétente et fonctionnelle;
- Améliorer le système de collecte des cotisations et d'enregistrement des adhérents à travers, par exemple, l'instauration de 'caisses primaires' au niveau des villages. Ceci contribuerait à diminuer la charge de travail des différents secrétaires d'UneM et d'implanter la démarche d'adhésion des ménages dans leurs lieux de résidence.

ii) Conditions liées aux établissements de soins

Améliorer considérablement la qualité des soins de santé.

Les observations faites sur les deux premières campagnes des deux MUCAS-test *Maliando* et *Diompilo*¹⁵ ont révélé que la condition la plus essentielle du point de vue des adhérents pour (continuer à) adhérer à la mutuelle est que cette organisation leur permette d'accéder à des soins de santé de qualité.

Les principaux critères de qualité énoncés par la population sont :

- Un bon accueil : c'est-à-dire une réception joviale des patients à leur arrivée au centre de santé, une bonne communication entre les usagers et le personnel de santé, et un comportement respectueux de la part de ce personnel ;
- La disponibilité permanente d'une gamme de médicaments plus large et des formes plus variées - notamment, plus de formes injectables et de sirops ;
- Un taux de guérison élevé et cela dès le premier contact ;
- Des cotisations raisonnables.

Or, les mutualistes estiment actuellement que la qualité des soins, au ni-

¹⁵ Informations recueillies au cours des Assemblées Générales des deux mutuelles-test et lors de l'enquête 'sociologique' commanditée par PRIMA sur la perception de la MUCAS par la population et les services de santé en mars-avril 2000 (voir chapitre 2).

veau des centres de santé publics notamment, est actuellement médiocre et le taux de guérison très faible. Ainsi, au niveau des deux mutuelles, des avertissements fermes ont été faits tant pendant les dernières assemblées générales qu'au cours de l'enquête sur la perception de la MUCAS par la population : *si la qualité des soins ne changent pas, nous n'allons plus adhérer à la mutuelle*. Tel est le principal *leitmotiv* des mutualistes interrogés.

Cet avertissement est d'autant plus crédible que les offres alternatives informelles livrent actuellement aux services de santé réguliers une concurrence sans merci tout en répondant mieux à la demande (parfois irrationnelle) de la population.

Améliorer sensiblement la qualité des soins paraît donc être la condition de base à la pérennisation du modèle MUCAS. Et cette condition doit être remplie en tenant compte de la conception de la qualité telle que perçue par les usagers. La notion d'un 'paquet minimum consensuel de services' acquiert ici tout son sens.

Définir le statut des établissements de soins de façon à ce qu'ils soient perçus par les organisations mutualistes comme des partenaires crédibles

L'un des principaux fondements du modèle MUCAS est que les relations entre services de santé et population soient de type partenariales et donc fondées sur un contrat mutuellement agréé (par opposition à des relations de type administratives fondées sur une relation hiérarchique).

Or, être un partenaire contractuel suppose d'abord d'avoir la qualification nécessaire pour signer des contrats et d'en assumer devant ses partenaires toutes les conséquences, y compris des éventuelles poursuites judiciaires en cas de non-respect des clauses de ces contrats. Ceci implique une personnalité juridique - ceci n'est actuellement pas le cas des établissements de soins en Guinée.

En effet dans une très large mesure, les responsables des centres de santé doivent se référer à la voie hiérarchique de l'administration sanitaire (niveau préfectoral, régional et national) pour la prise de décisions essentielles au fonctionnement de ces établissements (dépenses à engager, fixation de tarifs, instauration de système de primes etc.). Or certaines de ces décisions

touchent aussi à la gestion courante d'un vrai partenariat avec tiers. Un partenariat implique inévitablement des négociations et donc des concessions de part et d'autre.

La pérennisation du modèle MUCAS ne semble donc possible que dans un environnement de décentralisation où la responsabilité première du personnel local est formellement engagée pour la gestion des établissements de soins. En conséquence, les prises de décisions stratégiques et tactiques relèveront d'eux. L'administration sanitaire par contre assurera les fonctions d'orientation, d'appui technique, d'aide à la décision, de suivi, monitoring et contrôle.

L'impressionnant système de monitoring dont dispose le système de santé Guinéen devrait permettre au Ministère de la Santé d'évoluer vers cet état de décentralisation, non seulement susceptible de rendre crédible aux yeux de la population le partenariat avec ses services, mais aussi et surtout de promouvoir de façon optimale les initiatives et énergies locales.

iii) Conditions liées à l'administration du district sanitaire - la Direction Préfectorale de Santé

Afin d'assurer un développement du modèle MUCAS la DPS devrait en faire une option formelle et une des priorités dans ses programmes. L'évolution des relations entre services de santé et population vers un partenariat, demande des efforts de rajustement du statut et des rôles de la DPS qui devront, d'une part, s'axer essentiellement sur l'appui aux mutuelles, et, d'autre part, investir dans un rôle d'animation partenariale.

Le rôle d'appui consisterait, entre autres, à développer:

- L'accréditation des établissements de soins: il s'agira de veiller à ce que tout établissement de soins devant fonctionner sur le territoire de la préfecture – que cet établissement soit public ou privé - ait un agrément l'obligeant à rendre disponible en quantité et en qualité le PMA défini par le Ministère. Ceci signifie que l'établissement agréé ne peut fournir moins que le PMA convenu - au risque de voir son agrément suspendu, voire retiré - mais peut fournir plus de services et plus de qualité, à ses frais, avec la collaboration des usagers ou avec l'appui de ses propres partenaires au développement.
- La promotion de formations et de recyclages correspondant aux besoins des agents avec l'appui des structures du Ministère de la Santé ou négociés auprès de partenaires au développement.

Sans une tenue correcte de ces rôles d'orientation des acteurs, d'animation partenariale et d'appui technique par les DPS, le modèle aura beaucoup de mal à se développer et à libérer son potentiel.

Le rôle d'animation partenariale consisterait à :

- Informer et sensibiliser les différents acteurs - la population et les établissements de soins - sur la problématique de la promotion de MUCAS ;
Susciter et appuyer l'organisation des concertations et des négociations partenariales ;
- Appuyer la passation de conventions partenariales et de contrats de prestation de services entre organisations mutualistes et établissements de soins ;
- Aider les deux parties à identifier des sources de financement pour la promotion de MUCAS ;
- Aider les deux parties à évaluer les résultats de l'organisation et à exploiter judicieusement ces résultats.

L'acceptation de ce rôle implique aussi la nécessité de développer des compétences en animation communautaire et partenariale à travers une organisation de type *Equipe Préfectorale de Promotion de MUCAS* (EPPM) et se situer à égale distance des agents de santé et de la population pour mieux animer leur partenariat.

iv) Conditions liées au niveau central de l'administration sanitaire et à ses partenaires au développement

Afin de rendre possible l'état de responsabilisation envisagé ci-dessus pour les établissements de soins, aussi bien que pour la DPS, il paraît nécessaire de la part du niveau central d'octroyer une plus grande autonomie gestionnaire au district sanitaire.

Ainsi, il s'agira au moins de :

- Donner aux établissements de soins le statut de 'personne morale' dont les organes de gestion seront principalement responsables des prises de décisions gestionnaires - la négociation concernant les prestations à garantir et les tarifs des soins, la passation de contrats, l'élaboration de système de primes - et des conséquences éventuelles qui en découleront ;
- Formaliser les rôles et responsabilités de la DPS en matière d'orientation, d'animation partenariale et d'appuis techniques aux acteurs du district sanitaire ;
- Créer un cadre permettant d'appuyer opportunément les différents acteurs du district sanitaire, tant à travers les ressources du Ministère de la Santé que par la promotion d'un partenariat direct là où cela est possible avec les partenaires au développement.

Le principal défi stratégique pour le système de santé guinéen, qu'il convient d'aider les établissements de soins à relever au cours de la présente décennie, est l'amélioration de la qualité des soins. Pour l'essentiel il s'agira de :

- Garantir sur le plan national et régional, une disponibilité permanente en médicaments essentiels, avec une gamme plus variée que celle actuellement disponible;
- Recycler le personnel de santé, notamment en matière d'organisation des services de santé et de techniques de communication avec les usagers ;
- Appuyer ce personnel à instaurer des mécanismes d'amélioration continue de leurs compétences à faire face aux paquets minimum de services de santé tels que convenus de commun accord avec leurs partenaires.

CONDITIONS D'EXTENSION DU MODELE

Deux principales conditions semblent prévaloir.

La nécessité de faire prévaloir les résultats actuels de PRIMA à travers un test plus large dans le pays

Jusqu'à présent, les efforts de PRIMA ont essentiellement porté sur la conception du modèle MUCAS. En conséquence, les activités de mise en œuvre exécutées dans les deux aires de santé sont plutôt des 'pré-tests' que des tests effectifs. La conduite de ces pré-tests a été émaillée de nombreux biais dont les principaux sont :

- La diversité des perceptions initiales des acteurs concernés (population et services de santé) de ce que c'est une organisation mutualiste ;
- La résistance des acteurs aux changements nécessités par le test, e.a. la réticence des autorités sanitaires à accorder des dérogations formelles à certains règlements en vigueur concernant le fonctionnement et le financement des services de santé;
- L'insuffisance d'expérience en matière d'animation communautaire et de promotion partenariale pour la plupart des membres de l'équipe de coordination de la recherche de PRIMA.

Deuxièmement, les deux MUCAS développées dans le cadre de ces pré-tests se situent toutes en zone forestière. Il serait, à priori, hasardeux de conclure que les résultats enregistrés dans les aires de santé de Yendé et de Tékoulo sont également valides en Haute Guinée, en Moyenne Guinée ou en Basse Côte.

Par ailleurs, il faut signaler que le modèle de MUCAS actuellement en test est une organisation essentiellement rurale. Bien que PRIMA ait envisagé d'étendre la recherche à une variante de modèle urbain, ce dernier objectif n'a pu être atteint du fait de la complexité du milieu urbain et du calendrier fort chargé de l'ECR. Or, dans des préfectures telles que Kissidougou, la population urbaine représente environ le 1/3 des la population totale. Il paraît donc stratégique de poursuivre la recherche pour un modèle urbain de mutuelle communautaire.

Troisièmement, la définition des conditions d'extension du modèle serait

incomplète sans des informations indicatives sur les coûts de son développement tant au niveau du district sanitaire qu'à l'échelle nationale. Or les informations dont dispose actuellement PRIMA sont celles de la création d'un prototype. En conséquence, les coûts des MUCAS-tests actuelles sont aussi grevés de charges liées à la recherche, comme par exemple les coûts de vulgarisation devant s'amoinrir au fur et à mesure que les MUCAS se multiplient.

Ainsi, les premières informations issues de ces 'pré-tests' nous paraissent plutôt comme devant guider les rajustements nécessaires, tant de la version initiale du modèle, que des outils conçus pour sa gestion. Il nous paraît donc raisonnable d'envisager un projet de 'test effectif' du modèle MUCAS dans les autres régions naturelles du pays.

A cet effet, la démarche suivante pourrait être suivie.

D'abord conclure la phase actuelle de la recherche par l'élaboration d'un document d'avant-projet de 'test effectif' du modèle dans trois districts sanitaires des autres régions de la Guinée (Haute Guinée, Moyenne Guinée et Basse Côte), à raison d'une à deux MUCAS par Préfecture de Santé.

Ensuite, faire fonctionner dès juin 2000, sous la responsabilité du Ministère de la Santé, une cellule nationale d'exploitation des résultats de PRIMA impliquant entre autres, des responsables de la Coordination du PEV-SSP-ME, avec l'appui du PSR, du Projet CT-MS et de tous autres partenaires intéressés.

Les tâches de cette cellule pourraient être envisagées comme suit :

- Œuvrer en collaboration avec l'ECR à l'élaboration de la version finale du projet de 'test effectif' et à la définition des conditions préalables à remplir avant le démarrage - y compris les dérogations indispensables;
- Négocier le financement de ce projet auprès des partenaires au développement sanitaire à commencer par ceux qui financent actuellement PRIMA;
- Identifier trois DPS intéressés à accueillir ce test, sur la base de critères bien précis. Un de ces critères sera la motivation manifestée par l'équipe cadre de la DPS candidate à conduire en toute responsabilité le test;

- Les DPS choisies devront à leur tour entreprendre les démarches nécessaires au niveau des différentes CRD de leurs préfectures en vue d'identifier celles qui seront significativement motivées à participer au test, comme « projet de société pour rendre durablement disponible des soins de santé de qualité et lutter contre l'exclusion de ces soins ».
- Procéder à la planification opérationnelle de la mise en œuvre du projet, intégrant les actions des DPS et de l'ECR.

Investir dans le développement de compétences guinéennes pour la promotion de MUCAS

Etendre le modèle à l'échelon du pays nécessite une connaissance suffisante de la problématique d'organisation du partage du risque et des compétences spécifiques en matière d'animation communautaire et partenariale.

Rappelons que cette première phase de la recherche, a permis l'initiation et la formation des différents cadres guinéens de l'ECR qui se sont constitués en une ONG de promotion de MUCAS dénommée Dynamique Mutualiste (DynaM) ensemble avec quelques-uns des responsables préfectoraux ayant accueilli le programme de recherche (voir en Annexe 9 à ce chapitre l'arrêté confirmant la création de DynaM). Si dans une large mesure ce personnel initié pouvait servir de support à la conduite du projet de « test effectif » tel que suggéré plus haut, il sera certainement insuffisant pour l'extension du modèle à l'échelon nationale.

Le Ministère de Santé et ses partenaires au développement devront donc envisager d'investir dans l'ONG DynaM non seulement pour empêcher la dispersion des agents après la fin du projet PRIMA, mais surtout pour consolider la formation de compétences guinéennes en matière d'animation associative et mutualiste pouvant aider à développer des MUCAS à une échelle plus large que celle du projet PRIMA.

Envisager la généralisation du modèle dans le cadre d'un programme national

Il paraît essentiel d'assurer les orientations ainsi que les premières implantations de MUCAS à travers un Programme National de Promotion de MUCAS. Ceci permettrait de réduire les aléas pouvant être liés aux jeux

d'intérêts personnels des acteurs et aux difficultés techniques et financières de départ. Les orientations concernant ce programme national devront aussi être contenues dans le rapport final du 'test effectif'.

Il paraît tout aussi essentiel que les partenaires au développement acceptent de participer au cofinancement de ce programme national selon un principe de tripartisme : population promotrice - Etat - partenaires au développement.

Annexes au chapitre 1

Annexe 1 : La 'MARP' (**M**éthodologie **A**ccélérée de **R**echerche **P**artici-
pative) et l'investigation du Système (préfectoral) d'Information Sanitaire

Annexe 2 : Elargissement de la gamme de médicaments au niveau du
centre de santé dans le cadre de la mise en place du 'Paquet Minimum
Consensuel'

Annexe 3 : Contrat de prestation de services entre Maliando et l'Hôpital
Préfectoral de Gueckédou

Annexe 4 : Copie du contrat de prestation de services établi entre *Malian-
do* et le centre de santé de Yendé

Annexe 5 : Aire de santé administrative *versus* aire de santé d'attraction

Annexe 6 : Copie du contrat d'évacuation de malades entre *Maliando* et le
Syndicat des Transporteurs de Yendé

Annexe 7 : Utilisation de la CPC du centre de santé de Yende dans la
2ième campagne (1/06/1999 – 31/05/2000)

Annexe 8 : L'économie du centre de santé de Yende

Annexe 9 : Copie de l'arrêté confirmant l'association *Dynamic Mutua-
liste* ou *DynaM*

ANNEXE 1: LA 'MARP' (METHODOLOGIE ACCELEREE DE RECHERCHE PARTICIPATIVE) ET L'INVESTIGATION DU SYSTEME (PREFECTORAL) D'INFORMATION SANITAIRE¹⁶

(RAPID RURAL APPRAISAL & INVESTIGATION OF THE DISTRICT HEALTH INFORMATION SYSTEM)

The PRIMA research team carried out a community-based survey using a 'rapid rural appraisal' methodology (RRA) in three villages of the Yendé health centre area. RRA is an anthropological method that is being used increasingly in public health. The RRA was carried out in May 1997 and took about 4 days. The purpose of this investigation was to gain more insight in the community's perception of the problem of exclusion and on existing coping mechanisms. The most important results concerning the village of Touffoudou are presented here. Touffoudou is a small village of 49 households (376 inhabitants), at 8 km from the Yendé health centre.

The PRIMA team also looked at seasonal patterns of health care utilisation so as to check whether temporarily reduced income actually affects utilisation. For that purpose the routine health information system of the government health services was analysed. Utilisation data for curative services (separately for under-fives and for total new cases) at the rural Yendé health centre in the Kissidougou district were retrospectively analysed for the year 1996. As mentioned above, the crucial months in terms of financial exclusion are July, August and September. Utilisation rates in the third trimester (data extrapolated to 12 months) were compared with utilisation rates in the three other trimesters (also extrapolated to 12 months). No information was collected on the utilisation of private first line health care providers operating in the same health centre area. Hospital inpatient utilisation was analysed for the three-year period 1994-96. The routine hospital recording system made it possible to identify the patient's residence in virtually all cases. In Kissidougou district there are three urban sub-districts which were grouped (total population of 56,628 in 1996) and twelve smaller rural sub-districts (total population of 121,754 inhabitants in 1996). Pa-

¹⁶ Le texte Anglais qui suit est en partie basé sur l'article: Criel B, Sylla M, de Béthune X, Yansané M.L., Yérobaye Camara, Sékou Condé & Gody M (1999). Impact of financial exclusion on health care utilisation: is insurance the answer? The case of Kissidougou in rural Guinea-Conakry. In: *Controlling Costs: Strategic Issues in Health Care Management*, H.T.O. Davies, M.Tavakoli, M.Malek, A.R. Neilson (eds), Ashgate Publishing Ltd, 1999.

tients coming from other districts (less than 5% of inpatients) were excluded from the analysis. The data for the period 1994-96 were pooled and admission rates were calculated separately for the 'exclusion' period (months of July, August and September) and the 'normal' period (i.e. the remaining months of the year). In order to cope with the different lengths of the two periods compared in the time-span 1994-96 (27 months for the normal period and 9 months for the exclusion period), the average number of admissions/10,000 inhabitants/month was calculated for both periods. The calculation of hospital admission rates was carried out separately for urban and rural populations. Indeed, an important part of the urban population is less subject to the phenomenon of seasonal exclusion because its income is not dependent only on agriculture. Relative risks (RR) were calculated in order to appreciate to what extent utilisation in the normal period is higher than in the exclusion period. Inpatient utilisation was also assessed for each single department and separately for exclusion and normal periods. Hospital utilisation was further assessed for two specific health problems for the same period 1994-96: major surgery for obstetrical problems (mainly caesarean sections) and strangulated inguinal hernias.

Results

Exclusion in Kissidougou as assessed by the population

The RRA confirmed that the exclusion period lasts from June to October, with a peak in the months of July, August and September. From October on, potential 'mobilisable' household income slowly starts to rise to reach its peak in the period March/April.

Three people of the village (2 men and 1 woman) were asked to establish a socio-economic classification of all the 49 households of the village according to a set of criteria identified by themselves. Every single household was 'assessed' according to the following criteria: size of land and live-stock property; capacity of the household to lend money to others; capacity of the household to hire labour; perceived solvency of households when they borrow money from others. A classification in three different categories was established: the 'rich', the 'self-sufficient' and the 'poor'. In the local Kissi language, the following denominations were proposed by the three "reviewers": the rich "*vana bolofa bendua*" or "*vana bolofa pomboa*"; the self-

sufficient “*vana bolofa lendapila*”; the poor “*vana balafondoa*”.

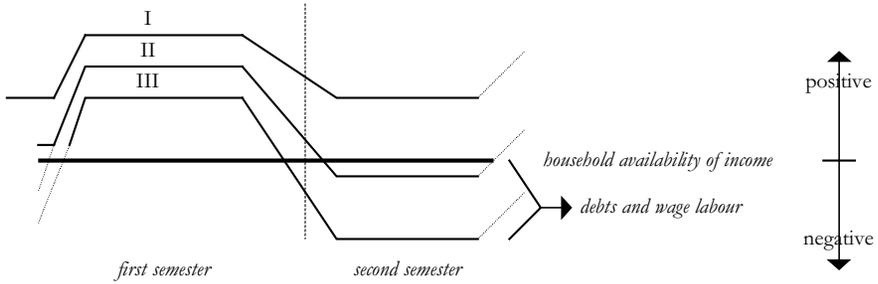
The ranking of each household was carried out independently by the three local reviewers and was remarkably consistent in terms of results. The data are presented in table 1. This classification was validated by a village assembly at the end of the survey.

Table 1: Socioeconomic classification of households in the Touffoudou village

SOCIO-ECONOMIC CLASS	NUMBER OF HOUSEHOLDS
Class I: the ‘rich’	18 (37%)
Class II: the ‘self-sufficient’	13 (27%)
Class III: the ‘poor’	18 (37%)
Total	49 (100%)

The survey indicated that the rich households face no particular problems in paying for health care in the exclusion period. Moreover, they are capable in that very period to lend money to other households, or to hire labour force to work on their land. The self-sufficient sometimes face problems in the period July to September but they can easily obtain loans (generally without interest) from the rich, and reimburse these loans in the first semester of the following year. The group of poor face considerable problems during the exclusion period, not only for health care utilisation but also for finding the necessary food to overcome the most difficult months. They are not always sufficiently creditworthy to obtain substantial long-term loans and are then forced to sell their labour to the rich in the village. In fact, the survey indicated that already from the end of May on, the self-sufficient and the poor start to solicit the more wealthy households for loans and for work (see figure 1).

Fig.1: Household availability of income per socio-economic class in the Touffoudou vil-
lage



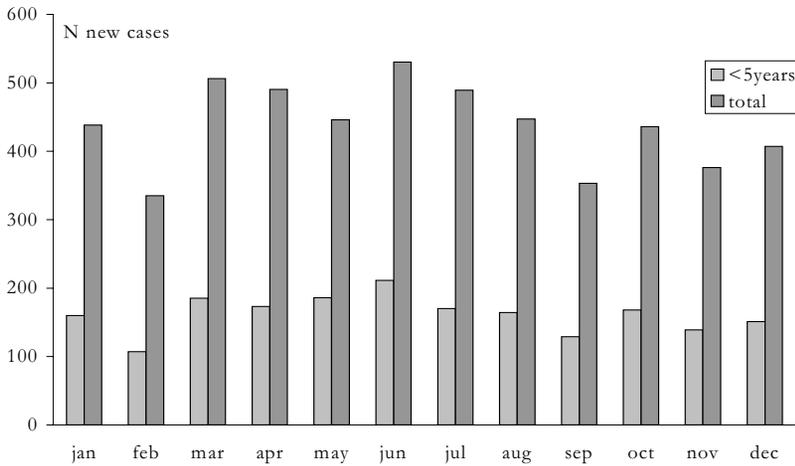
No households were identified as destitute. This suggests that the households in class II and III actually manage to return—after the exclusion period—to a threshold (close or similar to their previous level of household income availability) where they are in a position to pay back their debts and where they again are creditworthy. It is unlikely that this is always the case. It is possible indeed that poor households do *not* manage to return to the prior level of income availability. Debts are then made in a context where the borrowing household did not succeed in repaying previous debts to the lender. In such a situation the borrower gets into a vicious cycle where his debts increase every year up to a point where nobody will be willing to lend him money. Admittedly, this scenario is speculative and other scenarios are possible. For instance, households of group III might very well remain in the ‘circuit’ after the death of one or more children, or after the death of the mother. Other less catastrophic events, like for instance the decision not to make use of education or other services in order to save resources, may also enable households to remain solvent. At any rate, the consequences for the general well being of the household are substantial.

The effect of exclusion on health care utilisation

HEALTH CENTRE UTILISATION. The number of new cases (under-fives and total) per month is presented in figure 2. At first glance, there is no clear pattern. Health centre utilisation is somewhat lower during the second half

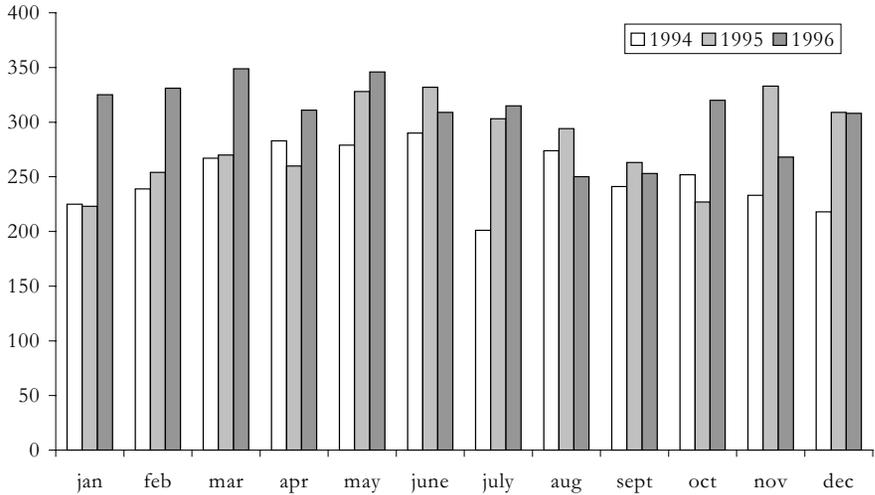
of the year: 0.42 new cases/inhabitant in the first semester and 0.37 in the second; (RR=1.13; CI: 1.1-1.2), but such small differences may well be explained by local seasonal epidemiological variations. The absence of clear pattern remains when one looks at the crucial period in terms of financial exclusion: the months of July, August and September.

Fig. 2: Utilisation of curative services in Yendé health centre (1996)



HOSPITAL UTILISATION. The numbers of admissions per month in the hospital for the years 1994, 1995 and 1996 show two trends (see figure 3).

Fig. 3: Hospital admissions per month in Kissidougou préfecture (1994-96)

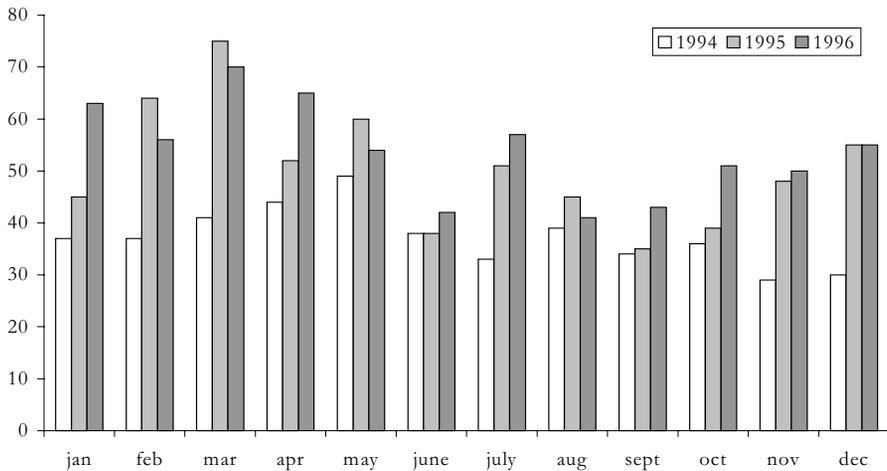


First, the number of admissions has increased over the years. Indeed, the yearly hospital admission rates are 17.8‰, 19.6‰ and 20.7‰ for 1994, 1995 and 1996 respectively. Second, there is a slight drop in admissions during the exclusion period (table 2) This decrease is somewhat more pronounced for the rural sub-districts (figure 4). This is more pronounced in the years 1995 and 1996 when overall hospital utilisation was higher. The impact of exclusion on inpatient hospital utilisation by the population of the entire district is relatively minor (RR of 1.07), and remains so for the rural population (RR of 1.16). Striking, but not surprising, are the high urban/rural ratios for inpatient hospital utilisation in both periods (10.4 and 11.5 in normal and exclusion periods respectively). In the Kissidougou context, this urban/rural differential is not only due to the effect of distance and the costs this implies, but also to the fact that people from rural areas often have no relatives in the urban township where the majority of people belong to a different ethnic group. *We do not know anybody in town* is a complaint often voiced by the rural dwellers. Additional costs may also arise from the under the counter over-billing we mentioned earlier.

Table 2: Average monthly admission rates (1994-96)

	TOTAL PREFECTURE	URBAN SOUS-PREF.	RURAL SOUS-PREF.
Average monthly admission rate (per 10,000 inhabitants) in normal period	15.91	41.5	4
Average monthly admission rate (per 10,000 inhabitants) in exclusion period	14.91	39.6	3.45
Relative risk (95%CI)	1.07 (1.02-1.12)	1.05 (1-1.1)	1.16 (1.04-1.3)

Fig. 4: Hospital admissions per month of rural patients in the Kissidougou préfecture (1994-96)



These variations are apparently not due to seasonal epidemiological variations. If they were, we would expect them to mainly affect admission rates in the paediatric and internal medicine departments (where communicable diseases are a frequent cause of admission) and less the admission rates in the maternity and the surgery departments. A separate analysis of each hospital department rules this out (table 3). The rates represent the average number of admissions per month per 10,000 inhabitants. The different relative risks (RR) for the rural population—where the financial exclusion is

a higher problem than in the urban area—consistently exceed the value of 1, indicating decreased hospital utilisation in the exclusion period. The fact that utilisation in *all* departments is affected in a similar way makes it unlikely for the lower utilisation in the exclusion period to be due to seasonal epidemiological variations.

Table 3: Average admission rates (numbers) per hospital department in the normal and in the exclusion periods (1994-96)

	INTERNAL MEDICINE FEMALES	INTERNAL MEDICINE MALES	PAEDIATRICS	MATERNITY	SURGERY FEMALES ^a	SURGERY MALES ^a
Total:						
Normal	2.37 (1140)	2.56 (1235)	4.73 (2277)	3.28 (1579)	0.72 (334)	2.37 (1097)
Exclusion	1.93 (310)	2.22 (357)	4.82 (774)	3.15 (505)	0.64 (103)	2.15 (345)
RR	1.23	1.15	0.98	1.04	1.12	1.1
(95%CI)	(1.08-1.39)	(1.15-1.3)	(0.9-1.06)	(0.94-1.15)	(0.9-1.4)	(0.98-1.24)
Urban:						
Normal	6.02 (921)	6.42 (981)	13.39 (2047)	8.71 (1332)	1.87 (276)	5.35 (788)
Exclusion	4.96 (253)	5.59 (285)	14.07 (717)	8.34 (425)	1.67 (85)	4.92 (251)
RR	1.21	1.15	0.95	1.04	1.12	1.09
(95%CI)	(1.06-1.39)	(1.01-1.31)	(0.87-1.04)	(0.94-1.17)	(0.88-1.43)	(0.94-1.25)
Rural:						
Normal	0.67 (219)	0.77 (254)	0.7 (230)	0.75 (247)	0.18 (58)	0.98 (309)
Exclusion	0.52 (57)	0.66 (72)	0.52 (57)	0.73 (80)	0.16 (18)	0.86 (94)
RR	1.29	1.17	1.35	1.03	1.13	1.14
(95%CI)	(0.96-1.71)	(0.91-1.53)	(1.01-1.8)	(0.8-1.32)	(0.66-1.89)	(0.9-1.43)
Ratio urban / rural:						
Normal	8.9	8.3	19.1	11.6	10.4	5.5
Exclusion	9.5	8.5	27.1	11.4	10.4	5.7

Another argument also suggests that epidemiological variations are unlikely to explain the lower utilisation: there where services are free, no such seasonal pattern in hospital utilisation is actually observed. The nearby N'Zérékoré *district* faces similar epidemiological disease patterns and has been hosting a high proportion of refugees from Liberia for several years. The care for the refugees was free of charge in 1995 (the costs being entirely supported by the High Commission of Refugees). Overall hospital utilisation by the refugee population remained stable throughout the year, whereas for the autochtone population—who had to pay—it dropped significantly in the second semester of the year¹⁷.

¹⁷ Galland B (1996). Création de Mutuelles de Santé en Guinée Forestière. Etude

The impact of financial exclusion on the utilisation of the different departments seems thus relatively homogeneous. The RR pertaining to the rural population (indicated in bold in Table 3) are however never significant except for the paediatric department (CI: 1.01-1.8). A level close to significance is obtained for the (female) internal medicine department (CI: 0.96-1.71). The ratios of urban/rural population admission rates remain similar in both normal and exclusion periods, except for the paediatric department where the ratio increases from about 20 in the normal period to 27 in the exclusion period. The fact that the utilisation of the paediatric department is most affected by exclusion is not surprising. When resources become very scarce people obviously need to make choices and to establish priorities concerning health care and other expenditure. It is likely that more efforts will be mobilised for the health problems faced by adults. Hence, the lack of available financial resources will be overcome in some cases, in others this will not happen. Other considerations than the perception of the problem will also influence this decision-making process: for instance, the effectiveness of the technical answer the formal health services currently offer for the management of the health problem and/or the existence of technically effective solutions in the community itself. For some of the paediatric problems, reasonably effective alternatives exist to hospital-based care (for instance, self-medication and/or the utilisation of local private providers).

It can be hypothesised that the relatively low admission rate in Kissidougou is an indicator of a deficit in *useful* hospital utilisation—especially for the rural communities given the important urban/rural utilisation differentials—and that it suggests the existence of substantial unmet need. Data from Kissidougou on admissions for strangulated inguinal hernias and for major obstetrical interventions support this hypothesis (patients from out of the district were excluded). It is unlikely that their respective incidences would be significantly different in the urban and rural population of Kissidougou. The existence of supply-induced surgery for these kind of health problems also is unlikely, certainly for strangulated hernias. In the 36-month period 1994-96, 168 strangulated hernias were admitted:

d'Opportunité, (Centre International de Développement et de Recherche) CIDR, Autrèches (France).

98 patients came from the urban *sub-districts* and 70 from the rural ones. The average yearly admission rate was 31.4/100,000 for the total population; 57.7/100,000 for the urban population; and 19.2/100,000 for the rural population. The urban/rural ratio thus equals 3. In the same period, 301 pregnant women underwent surgery (mainly caesarean sections) because of major obstetrical problems: 202 urban and 99 rural women. The average yearly admission rate (with the number of expected pregnancies as denominator) for the period 1994-96 is 1.25% for the total population; 2.64% for the urban population; and 0.6% for the rural population. The urban/rural ratio is 4.4.

Discussion

The effect of exclusion on utilisation is limited.

Data for one health centre and for one year were studied. Within the limitations of this small sample, it appeared that there was virtually no impact on the utilisation of curative outpatients clinics at health centre level. This does however not mean that there would be no problem at the household level, at the stages *preceding* utilisation. In a survey carried out in 1994 in the Kissidougou district, patients indicated that the delay before resorting to health centre utilisation was much higher in the “exclusion” period than during the rest of the year¹⁸.

The impact on inpatient hospital use is more pronounced, especially at the level of the paediatric department. This last finding needs however to be placed in a context of relatively low levels of health services utilisation, especially when the hospital is concerned. Yearly admission rates of about 20‰ inhabitants indeed are relatively low compared to what is observed in other African district hospitals¹⁹.

In a context of low utilisation (when life-threatening problems for which the health services can offer a technically effective solution will receive priority) it is unlikely for seasonal exclusion to further significantly decrease

¹⁸ CIDR (1994). Etude de Prefaisabilité de Mutuelles de Santé. Projet Santé Rurale Kissidougou et Guéckédou.

¹⁹ Van Lerberghe W, Van Balen H and Kegels G (1992). Typologie et performances des hôpitaux de premier recours en Afrique sub-Saharienne, *Annales de la Société Belge de Médecine Tropicale*, 72, pp.1-51. Petit PLC and Van Ginneken JK (1995). Analysis of hospital records in four African countries, 1975-1990, with an emphasis on infectious diseases. *Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 98, pp.217-27.

the level of inpatient hospital utilisation. Future measurements of hospital use, in both exclusion and normal periods, would enable to appreciate whether the impact of exclusion—which is low in a situation of low utilisation—would actually increase when the Kissidougou inpatient hospital utilisation further grows.

Coping with exclusion

The Touffoudou investigation illustrates that utilisation of health services in the exclusion period is often only possible because a variety of fund raising strategies are mobilised. A same level of utilisation (of either health centre or hospital) at different periods of the year has different implications on the overall household economy. The most common strategies consist of borrowing from more wealthy people in the community, selling labour, and in last resort selling food stocks and/or other personal assets. The opportunity cost related to seasonal debt remains manageable as long as the poor can repay the incurred debts before the next exclusion period. The picture is different when debts cannot be refunded: in such a situation the appropriate care for the grandfather's strangulated hernia or for the mother's obstructed labour (both problems scoring high on people's priority list) may take place at the expense of the (future) well-being of the entire household.

Seasonal variation in household income is a common feature in rural communities of the developing world and may contribute to exclude people from health care in settings where people have to pay at the time of use. The Kissidougou case clearly illustrates that health care utilisation is affected by a variety of factors. Financial barriers rarely are an isolated phenomenon. A variety of mechanisms are developed by the community to cope with the lack of resources at specific periods of the year. It remains to be seen whether, and to what extent, insurance-based financing has a potential to further limit the effects of exclusion.

Conclusion: Is health insurance an answer to the problem of exclusion?

In a situation of temporary financial exclusion, as is the case in about half of the Kissidougou population, the main problem people face is uncertainty concerning the question of when to pay. An insurance mechanism may then seem an adequate answer. It carries the added advantage that the health care providers face less problems of 'solvency' from the side of their clients. For instance, in the district hospital of the neighbouring Guéckédou district, up to 1/4 of the hospital bills could not (or only partially) be honoured during the second half of the year when little cash is available. This was far less a problem during the first half of the year.

The problem of people in a situation of permanent exclusion is more complex. A pure insurance mechanism may not be a feasible option in a context where people permanently lack the necessary financial resources for the payment of the subscription premiums. In these situations an element of income-solidarity needs to be introduced to reduce the uncertainty of these population sub-groups. Insurance then needs to be combined with solidarity.

Solidarity with people who are not only economically but also socially marginalised is not obvious. This discussion definitely goes beyond the mere technicalities of health insurance: it raises the issue of values a society stands for and, consequently, of its choices concerning the destitute. Kissidougou illustrates the potential, but also the limits, of financing health care through an insurance mechanism. Only some of the important constraints that transform temporary lack of cash in insurmountable barriers to hospital utilisation, specifically for the rural dwellers, are vulnerable to a health care insurance scheme. The strong urban/rural differential observed in the utilisation of hospital services throughout the year (indicative of a deficit in hospital utilisation by the rural dwellers) is only to some extent due to a lack of financial resources to pay the fee(s) charged. Several other elements influence utilisation of the hospital. What are the most relevant ones? Are they vulnerable through an insurance mechanism? If not, what other mechanisms could be considered?

PHYSICAL ACCESSIBILITY. The issue of transport costs—often a bigger barrier than the fees—to the hospital is important. These costs could theoretically be tackled in the frame of a local insurance scheme. For instance, one could consider a design where the package of benefits includes (or is even restricted to) the payment of a lump sum of money to insured patients as (partial or total) compensation for the indirect costs incurred by a hospital admission. Such a design, however, would not address the scarcity of means of transport in remote areas, certainly in case of an emergency situation during the night.

The general condition of the local road network is more problematic in the second semester, with the start of the rainy season. This is obviously not vulnerable to an insurance system. One may argue that investing more local resources in the development of communication and transport infrastructure—rather than in an insurance plan—would have a greater impact on the accessibility of hospital based health care. In theory this is correct, but in practice the levels of investment that are needed would be of a different order of magnitude.

The opportunity cost of an admission is higher in the second half of the year because it is a period of intense land labour activity, at least for these (rural) households living from agriculture. It is then more difficult to find relatives who can accompany the patient. Again, this is a constraint that is not vulnerable through an insurance mechanism.

People from rural areas with no relatives in town seem reluctant to undertake a trip to the hospital. This barrier to hospital utilisation—which does not exist for health centre utilisation—again does not seem vulnerable through an insurance scheme. Other strategies would need to be designed for that purpose. One of them could be to provide a place to stay next to the hospital for patients and their companions. Such a ‘hostel’ could double as a ‘self-care’ unit. Such solutions were already advocated by Maurice King in the sixties²⁰.

FINANCIAL ACCESS AND SOCIAL CONFLICTS. There is the generalised behaviour of over-billing leading to uncertainty for patients concerning the

²⁰ King M (1966). *Medical Care in Developing Countries*, Oxford University Press, Oxford.

amount of the fee(s) to be paid. To some extent, this issue could be tackled by an insurance system. An insurance system would clarify to patients and health care providers that no fee—except perhaps for the co-payment—is to be paid by the insured patients. The fact that such an arrangement potentially leads to conflict—health care providers would lose part of their revenue—definitely merits close consideration in the preparation, design, and organisation of the insurance scheme.

A locally managed insurance scheme, however, possibly with a split between provider and purchaser functions, may boost local social organisation and eventually constitute a stronger leverage in the quest for more accountability of the health service. An insurance-based mechanism has, in that respect, a higher potential than a simplification of the current flat rate where only the sick pay. This precisely is one of the hypotheses the *PRIMA* project intends to test in the future.

The introduction of an insurance mechanism for health care may affect, possibly even disturb, local social organisation patterns. The prevailing interactions between different social categories—in terms of money raising strategies—were illustrated by the Touffoudou investigation. Genuine solidarity may be at the basis of the existing mutual aid mechanism mobilised in case of exclusion. But another logic, perhaps a less generous one, may also underlie this aid mechanism: for instance, the creation of sustained allegiance from the poor to the rich, or the desire for profit. It seems reasonable to anticipate that health insurance would interfere with this ‘community-help’ dynamic—for the worse or for the better.

ABILITY TO PAY. Insurance may constitute a partial answer to people’s problems in the exclusion period, certainly when the households’ capacity to mobilise resources is limited or when they cannot (or insufficiently) rely on existing social mutual aid mechanisms. However, a major issue in the design of such a scheme would be to set affordable premiums for the ones who would most benefit from joining it. Hence, the effectiveness of insurance in reducing genuine exclusion, returns to the question of effectiveness of exemption mechanisms.

A crucial issue is the question whether a health insurance scheme would be

more effective than what is already there. There would be no point indeed in replacing reasonably effective existing mutual aid mechanisms by a technical fix. The *PRIMA* research so far succeeded in developing awareness that health insurance is not a socially neutral phenomenon. It did this among health planners at district, but also at national level. Health insurance is much more than merely a matter of administrative technique where financial transfers are organised between individual households or between different population groups.

ANNEXE 2 : ELARGISSEMENT DE LA GAMME DE MEDICAMENTS AU NIVEAU DU CENTRE DE SANTE DANS LE CADRE DE LA MISE EN PLACE DU 'PAQUET MINIMUM CONSENSUEL'.

COMPLEMENT DE LA LISTE OFFICIELLE DES MEDICAMENTS ESSENTIELS

Chloroquine sirop
Erythromycine 125 mg sirop
Amoxicilline 250 mg sirop
Cotrimoxazole sirop
Phenoxymethylpenicilline 125 mg sirop
Erythromycine 500 mg dragée
Amoxicilline 500 mg caps
Furosémide 40 mg comp
Griséofulvine 500 mg comp
Phénobarbital comp
Méthyldopa comp
Métopropramide amp
Furosémide 20 mg amp
Sulfate de Magnesium amp
Sérum glucosé 30% amp
Ampicilline 1g flc
Benzyl pénicilline 1.000.000 flc
Pommage anti-hémorroïde tube

**ANNEXE 3 : CONTRAT DE PRESTATION DE SERVICES ENTRE MALIANDO ET
L'HOPITAL PREFECTORAL DE GUECKEDOU**

CONTRAT DE PRESTATION DE SERVICES

ENTRE

D'UNE PART : la mutuelle de santé : **Maliando**
de l'aire de santé de : **Yendé-Millimou**
Représenté par son Président

Mr Norbert Kadouno

ET

D'AUTRE PART : l'établissement de soins :
Hôpital préfectoral de Gueckédou
Représenté par son Directeur

Dr Sidiki Conde

LES DEUX PARTIES

Vu la convention partenariale passée entre Maliando et l'Hôpital de Gueckédou à la date du 21 juillet 1998 ;

Vu le rapport rendant compte de la réunion de négociation entre les parties, à la date du 29 juin 1998.

CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

I. DE L'OBJET DU CONTRAT :

Article 1 : le présent contrat est établi pour régir les relations entre les parties, à l'occasion de la fourniture de services de santé par l'Hôpital aux adhérents de la Mutuelle **Maliando**, pour un an : du 20 juillet 1998 au 19 juillet 1999.

II. DE L'ENGAGEMENT DES PARTIES :

SECTION 1 : ENGAGEMENTS DE L'HÔPITAL

1. des services à offrir :

Article 2 : l'Hôpital s'engage à fournir aux adhérents de la Mutuelle au titre de l'année 1998-1999, les services suivants :
Les opérations de hernies ;
Les césariennes, y compris grossesse extra utérine rompue (GEUR) ;
Les soins en pédiatrie (enfants de moins de 15 ans)

Article 3 : tout cas en dehors de ces trois problèmes, ne sera pas remboursé par la Mutuelle

2. de l'accueil des patients :

Article 4 : les ayants droits de Maliando seront identifiés à partir de la Carte des prestations établie par Maliando au nom de leur

ménage. A cet effet les vérifications suivantes seront effectuées par le personnel de l'Hôpital :

Les prénoms et nom ;

L'âge, le sexe ;

L'empreinte digitale de l'index gauche

Ils devront aussi être munis d'un bulletin d'évacuation du Centre de Santé de Yendé (sauf urgence extrême).

Article 5 : conformément aux dispositions des articles 13 et 19 du règlement intérieur de Maliando, en cas de tentative de fraude le personnel s'engage à confisquer la carte des prestations en question et à la transmettre au secrétariat de Maliando.

En cas de conformité, les adhérents de Maliando seront accueillis avec diligence, et respect, en tenant compte de l'ordre d'arrivée des patients au point de consultation, qu'ils soient mutualistes ou non mutualistes (sauf en cas d'urgence).

Le personnel de l'Hôpital s'engage aussi à leur fournir dans la cordialité, toutes informations disponibles dont ils auront besoin, sur le problème de santé ayant motivé leur recours à l'Hôpital ainsi que sur les conditions de soins.

3. de la fixation de tarifs :

pour la période 20 juillet 1998 – 19 juillet 1999, l'Hôpital s'engage à fournir aux adhérents de Maliando, les prestations retenus, aux tarifs forfaitaires suivants :

a) hernie	32.000 FG/cas
b) césarienne	14.000 FG/cas
accouchement compliqué (nécessitant hospitalisation)	12.000 FG/cas
c) pédiatrie	4.500 FG/cas

4. de la facturation des soins :

l'hôpital s'engage à prendre en charge les ayants droit de Maliando régulièrement inscrits sur les cartes de prestations et de dresser à la fin de chaque mois, la facture des services rendus, aux tarifs et dans les conditions définie aux articles 3 et 4 du présent contrat.

Les paiements seront faits par virement bancaire au compte n°10.888-01-45 BICIGUI, Kissidougou

Article 6 : l'hôpital s'engage à prévenir tous phénomènes et attitudes de nature à démobiliser les adhérents de la Mutuelle. En particulier il mettra tout en œuvre pour :
Prévenir les ruptures de médicaments
Eviter la réclamation de tarifs parallèles aux adhérents

Article 7 : l'hôpital s'engage à communiquer aux dirigeants de Maliando chargés des relations avec les établissements de soins ou au secrétaire général de Maliando, toutes informations, critiques et suggestions destinées non seulement à circonscrire les problèmes relationnels entre la Mutuelle et l'hôpital mais aussi à améliorer d'une façon générale, les performances de la Mutuelle en tant que tiers payant de soins de santé

SECTION 2 : ENGAGEMENTS DE MALIANDO :

Article 8 : Maliando s'engage à garantir à l'hôpital les éléments ci-après :

- 1) pour la gestion des ayants droits de Maliando devant utiliser l'hôpital : Maliando fournira à l'hôpital les supports qui seront retenus de commun accord, comme nécessaire pour identifier et

enregistrer les adhérents. De même il sera fourni des supports d'information devant permettre à l'hôpital de rappeler en cas de besoin à certains mutualistes, des dispositions statutaires qu'ils semblent ignorer.

- 2) concernant l'acquittement des factures de l'hôpital : Maliando s'engage à régler à l'hôpital les factures reçues et conformes aux dispositions des alinéas 3 et 4, article 5 du présent contrat, au plus tard 5 jours après réception desdites factures par le secrétariat général de la Mutuelle.

SECTION 3 : DISPOSITIONS COMMUNES :

Article 9 : les deux parties s'engagent à entreprendre ensemble une campagne d'information de la population cible commune, sur le contenu du présent contrat dans les activités quotidiennes et, si nécessaire, selon un programme qui sera défini de commun accord.

Article 10 : pour le suivi du présent contrat, les deux parties conviennent de se rencontrer au moins une fois par mois afin de traiter les difficultés qui pourront naître de la mise en œuvre des activités communes.

Les rencontres pourront se situer chaque mois, soit à la veille de la facturation des prestations à la Mutuelle (à l'initiative du Directeur de l'hôpital) soit à la veille de la tenue mensuelle des réunions statutaires du Bureau Exécutif de la Mutuelle (à l'initiative du Président de Maliando).

III DE LA MODIFICATION DES TERMES DU CONTRAT :

Article 11 : le présent contrat ne peut être modifié par l'une des parties sans l'accord de l'autre. Mais de commun accord, les deux parties peuvent entreprendre la modification de toutes dispositions, dans le but d'adapter le document au contexte

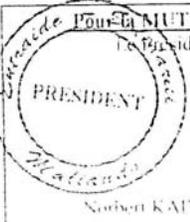
de l'environnement ou en vue d'améliorer ses performances à mieux gérer les relations entre les parties.

IV DE LA GESTION DES LITIGES :

- Article 12** : au cas où l'une des parties se sentirait lésées du fait du non respect des clauses par l'autre partie, elle s'engage à suivre la procédure suivante :
Prendre contact directement avec le responsable de la structure fautive pour tenter un redressement rapide de l'entorse au contrat ;
En cas de non correction de la faute dans un délai raisonnable, adresser une protestation par écrit à l'organe de gestion de la structure fautive ;
S'il n'y a pas d'amélioration, saisir la DPS, de Gueckédou par écrit, pour une médiation active
- Article 13** : si après toutes ces tentatives la partie fautive ne se corrige pas, l'autre peut de plein droit suspendre sa participation au contrat, sans préjudice à une poursuite devant les autorités compétentes :
- Article 14** : les deux parties déclarent être en accord avec l'ensemble des dispositions du présent contrat.
En conséquence, elles y apposent leurs signatures pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à Gueckédou, le 21 juillet 1998.

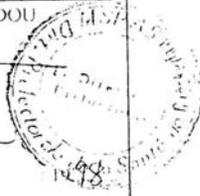
Lu et approuvé


Le Président
Mamadou KADOUNO

Pour L'Etablissement de Soins
Le Directeur de l'Hôpital

Sidiki CONDE

VISA DE LA DPS DE GUECKEDOU
Dr Mamadou DIALLO

Gueckédou le 21 / 07 1998


**ANNEXE 4 : COPIE DU CONTRAT DE PRESTATION DE SERVICES ETABLI
ENTRE MALIANDO ET LE CENTRE DE SANTE DE YENDE**

CONTRAT DE PRESTATION DE SERVICES

ENTRE

D'UNE PART: La Mutuelle de santé : **MALIANDO**
de l'aire de santé de : **Yendé-Millimou**
représenté par son Président

Mr. Norbert Kadouno

ET

D'AUTRE PART: l'Etablissement de soins:
Centre de Santé de Yendé,
désigné aussi sous le sigle 'CS'
représenté par le Président du Comité de Gestion,

Mr. Raphaël KAMANO

LES DEUX PARTIES

Vu la Convention parienariale passée entre Maliando et le Centre de Santé en la date du 03 juillet 1998;

Vu le rapport rendant compte de la réunion de négociation entre les parties, à la date du 27 Juin 1998;

CONVIENNENT DE CE QUI SUIT:

I. DE L'OBJET DU CONTRAT:

Article 1 Le présent contrat est établi pour régir les relations entre les parties, à l'occasion de fourniture de services de santé par le CS aux adhérents de la Mutuelle *Maliando*, pour un an : du 15 Juillet 1998 au 14 Juillet 1999.

II. DE L'ENGAGEMENT DES PARTIES:

SECTION 1 : ENGAGEMENTS DU CENTRE DE SANTE

Article 2 Le CS s'engage à fournir aux adhérents de la Mutuelle l'ensemble des services préventifs et curatifs, prestés à son niveau prenant en compte aussi la liste de pathologie annexée au présent document, au titre de l'année 1998-1999.

Article 3 Le CS s'engage à fournir les services aux conditions suivantes:

- 1) des limites du Centre de santé

Le CS est habilité à traiter les problèmes listés, mais dans les limites de ses compétences et de son équipement. Tout cas dépassant la compétence du CS, sera évacué sur l'Hôpital, à la charge des intéressés, si ce n'est prévu dans les engagements de Maliando.

2) de l'accueil des patients

Les ayants droits de Maliando seront identifiés à partir de la "**Carte des Prestations**" établie par Maliando au nom de leur ménage. A cet effet, les vérifications suivantes seront effectuées par le personnel du CS:

- les prénoms et nom;
- l'âge, le sexe;
- l'empreinte digitale de l'index gauche.

Conformément aux dispositions des articles 13 et 19 du règlement d'ordre intérieur de Maliando, en cas de tentative de fraude le personnel s'engage à confisquer la "**Carte des Prestations**" en question et à la transmettre au secrétariat de Maliando.

En cas de conformité, les adhérents de Maliando tout comme les autres utilisateurs du CS seront accueillis avec diligence, et respect, en tenant compte de l'ordre d'arrivée des patients au point de consultation, qu'ils soient mutualistes ou non mutualistes (sauf en cas d'urgence).

Le personnel du CS s'engage aussi à leur fournir dans la cordialité toutes informations disponibles dont ils auront besoin sur le problème de santé ayant motivé leur recours au CS ainsi que sur les conditions de soins.

3) de la fixation de tarifs

Pour la période 20 Juillet 1998 - 19 Juillet 1999, le CS s'engage à fournir aux adhérents de Maliando, l'ensemble des prestations retenus, à un **tarif forfaitaire unique**, payable selon les modalités définies ci-dessous

- a) facturation de la Consultation Primaire Curative (CPC) à **1.400 Fg** (mille quatre cents francs guinéen) par premier contact.
- b) ce forfait de 1.400 fg payé par CPC englobant l'ensemble des autres soins, les prestations suivantes seront consommées par les adhérents de Maliando sans facturation. Il s'agit notamment :
 - de la consultation prénatale (CPN), de la vaccination et l'accouchement des femmes ayants droit de Maliando;
 - de la vaccination (PEV) des enfants ayants droit de Maliando.

4) du ticket modérateur

Conformément à l'article 78 du Règlement Intérieur de Maliando, le CS s'engage à exiger avant la prise en charge effective de tout ayant droit de la Mutuelle, le paiement du "***ticket modérateur***" modulé en 1998-1999 comme suit :

- ressortissant de Yendé-ville: 300 Fg par 1er contact;
- ressortissant d'autres localités: 200 Fg par 1er contact

En cas de récalcitrants, le personnel fournira les premières explications aux concernés qui, en cas de persistance, devront être envoyés au niveau du Secrétaire Général de Maliando ou des

secrétaires des UnEM pour les dispositions devant être prises.

5) de la facturation des soins

Le CS s'engage à prendre en charge les ayants droit de Maliando régulièrement inscrits sur les Cartes de Prestations et de dresser **à la fin de chaque mois**, la facture des services rendus, **au tarif** et dans les **conditions** définie **à l'alinéa 3 article 3** du présent contrat.

Le montant total perçu pour tickets modérateurs sera déduit de la somme des CPC, avant de retenir le montant net devant être réglé par Maliando au CS.

Les paiements seront faits par virement bancaire au Compte N° 10.779.10-29 BICIGUI Kissidougou.

Article 4 Le CS s'engage à prévenir tous phénomènes et attitudes de nature à démobiliser les adhérents de la Mutuelle. En particulier il mettra tout en oeuvre pour:

- prévenir les ruptures de médicaments;
- éviter la réclamation de tarifs parallèles aux adhérents.

Article 5 Le CS s'engage à communiquer aux dirigeants de Maliando Chargés des Relations avec les Etablissements de soins ou au Secrétaire général de Maliando, toutes informations, critiques et suggestions destinées non seulement à circonscrire les problèmes relationnels entre la Mutuelle et le CS, mais aussi à améliorer d'une façon générale, les performances de la Mutuelle en tant que tiers payant de soins de santé.

SECTION 2 : ENGAGEMENTS DE MALIANDO

Article 6 Maliando s'engage à garantir au CS les éléments ci-après:

1) pour la gestion des ayants droits de Maliando:

Maliando fournira au CS les supports qui seront retenus de commun accord, comme nécessaire pour identifier et enregistrer ses adhérents. De même, il sera fourni des supports d'information devant permettre au CS de rappeler en cas de besoin à certains mutualistes, des dispositions statutaires qu'ils semblent ignorer.

2) l'acquittement des factures du CS

Maliando s'engage à régler au Centre de Santé les factures reçues et conformes aux **dispositions de l'alinéa 3, article 3** du présent contrat, **au plus tard 5 jours** après réception desdites factures par le secrétariat général de la Mutuelle.

3) soutien à la motivation du personnel du CS

Maliando s'engage à verser au personnel du CS le traitement suivant:

- a) une indemnité mensuelle **au chargé de l'identification** et de l'enregistrement des ayants droit à l'arrivée au CS, d'un montant mensuel de : **7500 F** par mois.

- b) une prime collective annuelle qui correspondra à au moins 50 % du reliquat budgétaire de Maliando, après règlement de toutes dépenses obligatoires en fin d'exercice 1998-1999.

SECTION 3: DISPOSITIONS COMMUNES

Article 7 Les deux parties s'engagent à entreprendre ensemble une campagne d'information de la population cible commune, sur le contenu du présent contrat dans les activités quotidiennes et, si nécessaire, selon un programme qui sera défini de commun accord.

Article 8 Pour le suivi du présent Contrat, les deux parties conviennent de se rencontrer au moins une fois par mois afin de traiter les difficultés qui pourront naître de la mise en oeuvre des activités communes.

Les rencontres pourront se situer chaque mois, soit à la veille de la facturation des prestations à la Mutuelle (à l'initiative du Président du Comité de Gestion du CS) soit à la veille de la tenue mensuelle des réunions statutaires du Bureau Exécutif de la Mutuelle (à l'initiative du Président de Maliando).

III. DE LA MODIFICATION DES TERMES DU CONTRAT

Article 9 Le présent Contrat ne peut être modifié par l'une des parties sans l'accord de l'autre. Mais de com-

mun accord, les deux parties peuvent entreprendre la modification de toutes dispositions, dans le but d'adapter le document au contexte de l'environnement ou en vue d'améliorer ses performances à mieux gérer les relations entre les parties.

IV. DE LA GESTION DES LITIGES:

- Article 10** Au cas où l'une des parties se sentirait lésées du fait du non respects des clauses par l'autre partie, elle s'engage à suivre la procédure suivante:
- Prendre contact directement avec le responsable de la structure fautive pour tenter un redressement rapide de l'entorse au contrat;
 - En cas de non correction de la faute dans un délai raisonnable, adresser une protestation par écrit (avec copie à la Direction Préfectorale de la Santé retenue comme Médiateur) à l'organe de gestion de la structure fautive;
 - S'il n'y a pas d'amélioration, saisir la DPS par écrit, pour une médiation active.

Article 11 Si après toutes ces tentatives la partie fautive ne se corrige pas, l'autre peut de plein droit suspendre sa participation au Contrat, sans préjudice à une poursuite devant les autorités compétentes.

Article 12 Les deux parties déclarent être en accord avec l'ensemble des dispositions du présent Contrat. En conséquence, elles y apposent leurs signatures pour servir et valoir ce que de droit.

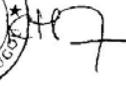
Fait à Yendé, le 03 Juillet 1998
Lu et Approuvé

Pour la MUTUELLE
Le Président

Nordou KADOUNOU

Pour L'Etablissement de Soins
Le Président du
Comité de Gestion
Raphaël KAMANO
Chef du Centre de
Santé
Zézé KOÏVOGNI


CENTRE de SANTE
Le CHEF de
CENTRE
YENGE MILLIMOU

VISA DE LA DPS
Le
Directeur
KISSIDOU

Kissidougou, le 14 / 07 / 1998

ANNEXE 5: AIRE DE SANTE ADMINISTRATIVE VERSUS AIRE DE SANTE D'ATTRACTION

Younoussa Diallo²¹, Goetz Hüber²² et Aliou Keita²³

Introduction

L'opérationnalisation du modèle MUCAS dans la sous-préfecture de Yendé a mis le doigt sur la problématique du décalage entre l'*aire d'attraction* du centre de santé d'une part, et l'*aire administrative* telle que définie par l'administration sanitaire d'autre part.

L'aire administrative de Yendé coïncide avec l'aire de la sous-préfecture²⁴ et comptait 17.787 habitants en 2000. Dans le cas de la sous-préfecture de Yendé, le décalage entre les deux aires semblait, à priori, assez important vu l'implantation excentrique du centre de santé dans l'extrême sud de la sous-préfecture (voir plus loin carte de la région).

Le centre de santé est en principe responsable pour les soins de santé curatifs, préventifs et promotionnels de la population habitant l'aire administrative. En ce qui concerne les soins préventifs, le centre de santé organise aussi des activités mobiles de Protection Maternelle et Infantile (PMI) dans les villages trop distants du centre de santé pour que les gens s'y déplacent à pied. Ainsi, les taux d'utilisation pour la consultation curative et les taux de couverture pour les consultations préventives sont calculés en utilisant comme dénominateur la population de l'aire administrative – ce qui ne correspond pas (nécessairement) à la réalité. Des gens habitant d'autres aires administratives pouvant venir utiliser les services curatifs à Yendé (étant motivés à le faire e.a. pour des raisons d'accès géographique), le numérateur est alors 'contaminé' par des unités non incluses dans le dénominateur.

²¹ Membre de l'Equipe de Coordination de la Recherche (ECR).

²² Etudiant de Maîtrise en Santé Publique de l'Université de Heidelberg (Allemagne) en stage à Kissidougou dans la période avril-juin 2000.

²³ Membre de l'Equipe de Coordination de la Recherche (ECR).

²⁴ Entité administrativo-politique composée d'un ensemble de districts et appelé aussi Communauté Rurale de Développement (CRD). Elle est co-gérée par un Sous-Préfet et un bureau de CRD élu pour un mandat de 2 ans.

Mais si des patients venant d'autres aires peuvent utiliser les services curatifs du centre de santé, ils ne peuvent en principe pas accéder aux services préventifs car leur « dotation » en vaccins et outils de gestion est calculée au compte du centre de santé de la sous-préfecture d'appartenance. En plus le personnel ne trouve pas utile de « perdre son temps » à s'occuper de la population d'une sous-préfecture qui ne sera, de toute façon, pas prise en compte dans le calcul des couvertures lors des monitorages semestriels. On arrive donc, de fait, pour une partie de la population à des soins désintégréés : c'est-à-dire des soins où la population utilise un centre pour le curatif et un autre pour le préventif...

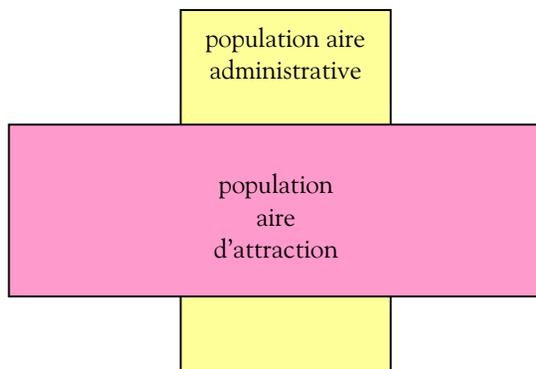
Cette séparation explique, en partie, le problème du manque de fiabilité des mesures d'output du centre de santé (taux d'utilisation consultation curative et taux de couvertures consultations préventives).

Le dépouillement des registres d'utilisation du centre de santé de Yendé, effectué en 1996, a montré que les populations des « districts²⁵ » de Wondéto, Bamba, Walto et de Faïndou, situés dans la sous-préfecture de Yendé mais au-delà de 15 km du centre (voir carte) utilisent peu 'leur' centre de santé si ce n'est les jeudis, jour de la foire hebdomadaire de Yendé. Cette investigation a aussi suggéré qu'il y aurait une population non négligeable, vivant dans un rayon de moins de 15 Km du centre de santé de Yendé mais habitant les sous-préfectures de Bolodou, Temessadou et de Guendembou dans la préfecture avoisinante de Guéckédou, qui utiliserait régulièrement les services curatifs du centre de santé de Yendé.

La figure 5 schématise cet état des choses.

²⁵ Entité administrative de base regroupant plusieurs villages. Elle est dirigée par un bureau de district dont les membres sont élus pour un mandat de 2 ans. Elle correspond au quartier en zone urbaine.

Fig. 5: Aire administrative et aire d'attraction



Dans la mise en œuvre d'une MUCAS, la connaissance du taux d'utilisation est important dans le calcul de la prime d'adhésion. Actuellement les centres de santé de Yendé et de Tékoulo, et les mutuelles Maliano et Diompilo sont confrontés au problème de la méconnaissance de leur population réelle (le 'vrai' dénominateur) de leurs aires de santé, à cause du décalage entre ces deux aires.

L'aire d'attraction de Yendé semble s'étendre sur 4 sous-préfectures différentes au moins: la sous-préfecture de Yendé-Millimou dans la préfecture de Kissidougou (et peut-être aussi la sous-préfecture de Kondiadou au nord-est de Yendé), et les sous-préfectures de Bolodou, de Guedembou et de Téméssadou dans la préfecture de Guéckédou.

A environ 1 km au sud de Yendé, dans le village de Mano, se trouve un cabinet privé de soins. Ce cabinet réalise annuellement 4500 premiers contacts en CPC²⁶ mais n'offre pas de soins préventifs. Les centres de santé des sous-préfectures avoisinantes sont situés au-delà de 25 km de Yendé.

²⁶ Ce qui correspond à environ 40% du total des nouveaux contacts curatifs dans "l'aire d'attraction" du centre de santé de Yendé!

Questions de recherche

- Objectiver dans quelle mesure l'aire de santé administrative du centre de santé de Yendé diffère ou pas de l'aire d'attraction de la même structure.
- Calculer pour le centre de santé de Yendé les taux d'utilisation et les taux de couverture en prenant comme dénominateur la population d'attraction plutôt que la population de l'aire administrative.

Méthodologie

Dans la marge du projet PRIMA, une investigation a été entreprise dans la période mai-août 2000 pour répondre à ces différentes questions. La délimitation de l'aire d'attraction s'est faite à partir du critère distance considéré comme étant prépondérant dans la définition de l'aire d'attraction. Ainsi, il a été convenu – de façon arbitraire - que la population vivant dans un rayon de 15 km du centre de santé constitue cette aire d'attraction.

Les étapes méthodologiques suivantes ont ensuite été suivies :

- Identification des différentes localités situées dans un rayon de 0 à 15 km du centre de santé de Yendé, ainsi que leur distance du centre de santé.
- Recensement de la population de cette aire par des visites domiciliaires en porte à porte. A partir de là, le dénominateur de l'aire d'attraction du centre de santé a pu être établi. Chaque chef de ménage a fourni les noms de membres qui composent son ménage. Pendant le recensement, des données fiables sur les distances ont été recueillies grâce aux compteurs des véhicules et motos et avec l'aide d'un appareil GPS (*Geographical Positioning System*). L'ensemble des données ont été saisies sur le logiciel File Maker et transférées à la fin sur Excel pour l'analyse.
- Dépouillement des registres de la Consultation Primaire Curative (CPC) du centre de santé afin d'obtenir le numérateur nécessaire aux calculs des taux d'utilisation pour la CPC et des taux de couverture pour les différentes activités préventives du centre de santé. Ce dépouillement couvrait une période d'un an (1/6/1999-31/5/2000).

La composition des équipes de recensement (trois équipes de recenseurs de

5 personnes ont été constituées, comportant chacune 3 recenseurs, un guide et superviseur), leur formation, le pré-test des différentes fiches de collecte de données et la préparation de la logistique ont pris environ 10 jours. Le recensement lui-même a pris au total environ 15 jours et l'analyse préliminaire des données environ 8 jours. Pour le dépouillement des registres de la consultation, 2 jours ont été consacrés à la formation des secrétaires et leurs assistants et le dépouillement des registres s'est étalé sur 25 jours ouvrables. L'analyse détaillée de l'ensemble des résultats à pris environ 1 mois. L'étude a été réalisée avec l'appui logistique et humain de l'équipe de coordination de la recherche (ECR) du projet PRIMA et avec l'appui financier de la GTZ dans le cadre du Projet Santé Rurale (PSR) de Faranah. Les préfectures de santé ont mis à la disposition des chercheurs du personnel et des moyens de transport.

Principaux résultats

Les résultats concernant l'utilisation des services du centre de santé sont présentés ici. Les villages situés dans le rayon de 0 à 15 km autour du centre de santé ont été regroupés en bandes concentriques de 2 km (1-2 ; 3-4 ; etc.) et le taux d'utilisation a été calculé pour chaque bande concentrique. Une distinction a été faite entre les villages situés dans les bandes concentriques de l'aire administrative de la sous-préfecture de Yendé (*zone 1*), et les villages situés dans bandes concentriques des autres sous-préfectures de l'aire d'attraction (*zone 2*).

Le tableau 4 montre que parmi les 18.683 personnes (2.638 ménages) habitant un rayon de 15 km du centre, 11.407 (61%) sont originaires de la sous-préfecture de Yendé et 7.276 (39%) habitent d'autres sous-préfectures en dehors de l'aire administrative du centre de santé.

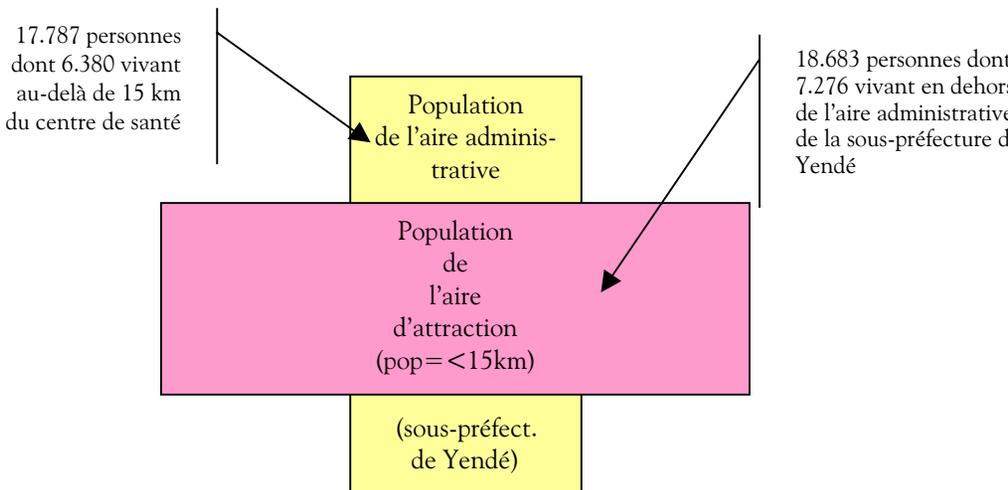
Dans cette population de 18.683 personnes, il y a 48% d'hommes et 52% de femmes. Le pourcentage de femmes en âge de procréer (15-49 ans) est de 23.5%.

Tableau 4: Répartition de la population en fonction de la distance du centre de santé

Bandes concentriques autour du CS	Sous-préfecture de Yendé (Zone 1)		Autres sous-préfectures (Zone 2)	
	Pop par bande	% pop	Pop par bande	% pop
1-2 km	7280	39	273	1.5
3-4 km	727	3.9	862	4.6
5-6 km	320	1.7	809	4.3
7-8 km	982	5.3	1704	9.1
9-10 km	797	4.3	1492	8
11-12 km	789	4.2	671	3.6
13-14 km	242	1.3	723	3.9
>14-15 km	270	1.5	742	5
Total	11407	61	7276	39

A l'aide de ces données nous pouvons compléter la figure 6.

Fig. 6: Nombre de gens dans l'aire administrative et l'aire d'attraction



Le tableau 5 indique le nombre de nouveaux cas à la CPC en provenance de la zone 1 et de la zone 2 en fonction de la distance du centre de santé et le tableau 6 indique les taux d'utilisation. Le tableau 7 indique les couvertures de la consultation prénatale pour la zone 1 en fonction de la distance du centre de santé.

Tableau 5: Nombre de nouveaux cas (NC) à la consultation curative primaire par zone d'origine et par distance

Bandes concentriques autour du CS	Nbre de NC à la CPC (zone 1)	Nbre de NC à la CPC (zone 2)	Total NC
1-2 km	4497	65	4562
3-4 km	287	180	467
5-6 km	247	70	317
7-8 km	390	261	651
9-10 km	207	173	380
11-12 km	126	35	161
13-14 km	41	16	57
>14-15 km	108	57	165
Sous-total	5903 (96%)	857 (85%)	6760 (94%)
>15 km	263 (4%)	147 (15%)	410 (6%)
Total	6166 (100%)	1004 (100%)	7170

Tableau 6: Taux d'utilisation par zone d'origine et par distance

Bandes concentriques autour du CS	Zone 1		Zone 2	
	Pop recensée	Taux d'utilisation	Pop recensée	Taux d'utilisation
1-2 km	7280	0.62	273	0.24
3-4 km	727	0.39	862	0.21
5-6 km	320	0.77	809	0.09
7-8 km	982	0.4	1704	0.15
9-10 km	797	0.26	1492	0.12
11-12 km	789	0.16	671	0.05
13-14 km	242	0.17	723	0.02
>14-15 km	270	0.4	742	0.08
Total	11407	0.52	7276	0.12

Tableau 7: Couvertures CPN en zone 1 en fonction de la distance

Bandes concentriques autour du CS	Nombre de grossesses attendues*	Nbre de NC à la CPN	Couverture CPN (%)
1-2 km	328	397	121
3-4 km	33	38	115
5-6 km	14	21	150
7-8 km	44	37	84
9-10 km	36	36	100
11-12 km	36	57	158
13-14 km	11	7	64
>14-15 km	12	16	133
Total	513	609	119

* Taux de natalité de 45/1000

Discussion

Dans la population recensée, la moitié (9142 soit 49 %) vit dans un rayon de moins de 5 km autour du centre de santé, et 82% (15.246 personnes) vit dans un rayon de 10 km ou moins du centre.

Environ 60% de la population totale dans un rayon de 15 km est originaire de la sous-préfecture de Yendé; les 40% restants habitent d'autres sous-préfectures (avoisinentes).

Les résultats de l'analyse des registres d'utilisation montrent que la très grande majorité des nouveaux cas qui utilisent la consultation curative du centre de santé de Yendé est originaire de l'aire administrative. Pour les patients vivant dans un rayon de moins de 15 km, seulement 857/6760 (13%) viennent d'autres sous-préfectures. Ceci est plutôt surprenant et va à l'encontre de l'hypothèse de travail comme quoi il y aurait un grand écart entre aire administrative et aire d'attraction – cette dernière ayant été, rappelons-le, définie de façon arbitraire dans la présente étude.

Cette analyse se confirme lorsque l'on regarde les taux d'utilisation. Ceux-ci sont systématiquement plus bas pour les populations habitant en dehors de l'aire administrative, suggérant que, somme toute, la population des aires sous-préfectorales avoisinantes à celle de Yendé vont (aussi et surtout) consulter *ailleurs* pour les soins de santé curatifs de première ligne. Le cabinet privé de Mano, très probablement, est une des premières alternatives au centre de santé pour ces populations vivant proche de Yendé mais en dehors de la sous-préfecture de Yendé. Une autre hypothèse serait que les populations des aires sous-préfectorales avoisinantes sont plus motivées qu'on ne le pense à utiliser la structure de premier échelon qui leur délivre les soins préventifs.

Le corollaire de ce constat est que l'état de *fidélisation* de la population de l'aire de Yendé au centre de santé de Yendé semble plus important que ce n'était anticipé initialement.

Les données sur l'utilisation de la consultation prénatale (CPN) dans la zone 1 montrent que les couvertures sont presque systématiquement supérieures à 100%. Ceci peut être dû aux problèmes suivants: i) un problème

de notification au niveau du numérateur avec, par exemple, une contamination de celui-ci par des patients originaires d'autres aires sous-préfectorales que celle de Yendé, ou bien un enregistrement erroné d'anciens cas comme nouveaux cas; ii) un problème de sous-estimation du dénominateur (un taux de natalité de 45/1000 est peut-être inférieur à la réalité); iii) ou bien les différentes explications en même temps.

Il est frappant aussi de constater que la couverture CPN reste relativement constante en fonction de la distance, alors que dans le cas des taux d'utilisation de la CPC il y a un net gradient en fonction de la distance. Ceci peut être expliqué par le fait que l'offre de consultations préventives se fait aussi en *stratégie avancée*, c'est-à-dire que l'équipe du centre de santé, en plus de la CPN au centre de santé, se déplace aussi dans les villages plus éloignés pour y organiser des activités de CPN.

Carte : Le centre de santé de Yendé



**ANNEXE 6 : CONTRAT D'ÉVACUATION DES MALADES ÉTABLI ENTRE
MALIANDO ET LE SYNDICAT DES TRANSPORTEURS DE YENDE.**

CONTRAT D'ÉVACUATION DES MALADES

ENTRE

D'UNE PART : la Mutuelle de santé : **Maliando**
 De l'aire de santé de : Yendé Millimou
 Représenté par son Président

Mr Norbert Kadouno

ET

D'AUTRE PART : le syndicat des transporteurs de : **Yendé Millimou**
 Représenté par son Président

Mr Sékou Kallo

Vu le rapport rendant compte de la réunion de négociation entre le syndicat des transporteurs de Yendé et Maliando dans le bureau du dit syndicat à la date du 24 juillet 1998 conviennent de ce qui suit l'objet du contrat :

Article 1 : le présent contrat est établi pour régir les relations entre les parties en vue d'assurer l'évacuation des malades de Maliando pour les cas d'urgence vers les hôpitaux de Kissidougou et Gueckédou du 24 juillet 1998 au 19 juillet 1999.
Engagement des parties :

SECTION 1 : ENGAGEMENT DU SYNDICAT DU TRANSPORTEURS

Article 2 : le Syndicat des transporteurs de Yendé s'engage à mettre à la disposition de Maliando les véhicules en bon état pour l'évacuation urgente de ses malades

Article 3 : le syndicat des transporteurs s'engage aussi à fournir à Maliando dans la cordialité toutes informations disponibles dont elle aura besoin sur la vie de son organisation. De l'accueil des patients de Maliando.

Article 4 : les patients de Maliando à évacuer pour les cas d'urgence seront accueilli par nous avec tous les honneurs dû à un client c'est-à-dire avec diligence et respect.

Article 5 : le syndicat s'engage à éviter tous phénomènes et attitudes de nature à démobiliser les adhérents de Maliando. A cet effet, il mettra tout en œuvre pour : éviter les réclamations de tarifs parallèles aux évacués et de ceux qui l'accompagnent.

Article 6 : les payement en espèce sont acceptés par le syndicat. Le syndicat s'engage à assurer l'évacuation des malades de Maliando à n'importe quel moment (jour et nuit)

Fixe les tarifs suivants :

Evacuation sur les hôpitaux 15.000 FG
En cas de décès du patient à mi chemin ou à l'hôpital
avant hospitalisation seront majorer de 5.000 FG (15.000
FG + 5.000 FG = 20.000 FG)

Evacuation d'un corps de l'hôpital pour Yendé :

- a) véhicule de Yendé 15.000 FG
- b) tout autre véhicule 20.000 FG

Article 7 : le syndicat des transporteurs s'engage à garantir au niveau des syndicats de Kissidougou et Gueckédou de l'application du présent contrat partenarial.

SECTION 2 : ENGAGEMENT DE MALIANDO

Article 8 : Maliando s'engage à garantir au syndicat les éléments ci-après. Maliando s'engage à payé en espèce au syndicat la totalité des frais d'évacuation comme convenu par les deux parties

DISPOSITIONS COMMUNES

Article 9 : les deux parties sont convenu de choisir comme médiateur en cas de conflit la CRD de Yendé

Article 10 : pour les respect du présent contrat, les deux parties conviennent de se rencontrer au moins une fois par mois pour traiter les difficultés qui pourront naître. Les rencontres pourront avoir lieu soit au siège de Maliando ou au syndicat.

Article 11 : le présent contrat ne peut être modifié que par l'une des parties sans l'accord de l'autre, mais de commun accord, les deux parties peuvent entre

prendre. La modification de toute disposition, dans le but d'adapter le document au contexte de l'environnement ou en vue d'améliorer ses performances à mieux gérer les relations entre les parties

Article 12 : les deux parties déclarent être en accord avec l'ensemble des dispositions du présent contrat En conséquence, elles y apposent les signatures pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à Yendé, le 24/07/1998

Lu et approuvé

Pour la Mutuelle
Le Président

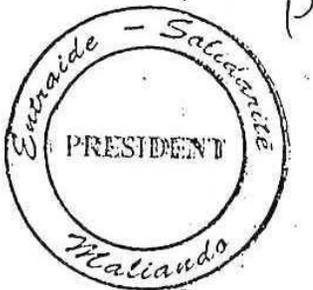
Pour le Syndicat
Le Président

Visa de la C.R.D.

Mr Norbert Kadouno

Sékou Kallo

P.O



Stee - al
Kadouno

**ANNEXE 7: UTILISATION DE LA CPC DU CENTRE DE SANTE DE YENDE
DANS LA 2IEME CAMPAGNE (1/06/1999 – 31/05/2000).**

Population mutualiste

Distance du CS	Pop totale	Population mutualiste	Nombre de Ncas mutualistes	Taux d'utilisation
<5km	7.025	690	1.606	2.3
>=5km	5.488	324	500	1.5
Total	12.513	1.014	2.106	2.1

Population non mutualiste

Distance du CS	Pop totale	Population non mutualiste	Nombre de Ncas non mutualistes	Taux d'utilisation
<5km	7.025	6.335	3.996	0.6
>=5km	5.488	5.164	649	0.13
Total	12.513	11.499	4.645	0.4

ANNEXE 8: L'ÉCONOMIE DU CENTRE DE SANTÉ DE YENDÉ

Bah Mamadou Djan²⁷, Camara Ganséré Tafsir²⁸ et Franz von Roenne²⁹

Introduction

L'économie du centre de santé de Yendé est caractérisée par une série de coûts cachés (subventions de médicaments, rémunération des bénévoles), ainsi que des recettes cachées (surtarification par les agents). Les coûts de production des services et la représentation budgétaire influencent la fixation des tarifs des soins au niveau du centre. Et ces tarifs à leur tour interviennent sensiblement dans la fixation du montant des cotisations que la mutuelle réclame à ses adhérents.

Sans une maîtrise effective des coûts réels du centre de santé dans une structure permettant une analyse correcte de ces coûts et recettes, ni le Comité de Gestion actuel, ni un autre organisme ne saurait assurer correctement un réajustement tarifaire des services du centre. Or, ce réajustement est nécessaire non seulement pour les négociations partenariales avec la MUCAS mais aussi pour tenir compte de la variation des prix des intrants au processus de soins.

D'autre part, les plaintes de la population sont nombreuses ; elles portent sur la faible qualité des services, le mauvais accueil, la rupture fréquente des médicaments, le recours presque systématique à l'aspirine et à la chloroquine (le centre « AAS-Chloro »). Tout ceci se traduit par un nombre réduit d'adhérents à la mutuelle.

Le projet de recherche PRIMA, afin de tenter de répondre à ces préoccupations, a entrepris en collaboration avec la DPS de Kissidougou et le PSR/GTZ une étude sur l'économie du centre de santé de Yendé.

L'objectif de cette étude était d'analyser la situation financière et l'utilisation actuelle des services et de formuler des propositions éventuelles pour améliorer le bon fonctionnement du centre de santé en général, et de la mutuelle MUCAS en particulier.

²⁷ Consultant du *Projet Santé Rurale* (PSR) au projet PRIMA.

²⁸ Consultant du *Projet Santé Rurale* (PSR) au projet PRIMA.

²⁹ Conseiller Technique Principal, *Projet Santé Rurale*, GTZ, Faranah.

Plus spécifiquement, l'étude visait à répondre aux questions suivantes:

1. Quelle est la situation financière du centre de santé de Yendé ?
2. Quels sont les coûts des services y offerts ?
3. Est-ce que le centre de santé est viable ? Les recettes couvrent-elles les charges des services ?
4. Quel est l'impact financier de la mutuelle sur l'économie du centre de santé ?
5. Quel est l'impact de la 'sur-tarifcation' sur l'économie du centre de santé ?

Méthodologie

Dans la période du 1/06/1999 au 30/11/1999 les données suivantes ont été collectées par deux des chercheurs³⁰:

- Toutes les charges comptables pendant six mois (afin de valoriser l'amortissement, le travail « bénévole » et non payé, les dons et subventions et les contributions matérielles du personnel ;
- Tous les produits réalisés dans la même période de 6 mois, y incluant une estimation des recettes "illicites".

Les données disponibles en routine ont été collectées directement de leur support. Des fiches de collecte ont été conçues à cet effet. Les autres données ont été recueillies à la suite d'une entrevue avec les institutions ou personnes identifiées comme sources d'information.

Le coût du personnel par catégorie professionnelle a été collecté à partir du bulletin des salaires de chaque agent de la fonction publique travaillant au Centre de Santé. Celui du gardien a été collecté à partir du livre de caisse, de même que les primes éventuelles octroyées à chaque agent (par exemple dans le cadre du Programme Elargi de Vaccination). Le salaire (virtuel) du personnel bénévole a été estimé. Ces salaires ont été répartis entre les activités en fonction du temps que chaque agent alloue à chaque activité.

Un inventaire complet de l'ensemble des équipements, matériels et infrastructures a été réalisé en vue de calculer les charges d'amortissements. L'équipe de recherche a tenté de chiffrer les coûts cachés, c'est-à-dire les

³⁰ Bah et Camara.

dépenses effectuées par le personnel de santé au bénéfice du centre de santé. Il s'agit plus particulièrement des items suivants : allumettes, balais, bougies, charbon de bois, produits d'entretien, certaines fournitures de bureau, pétrole dans la salle d'accouchement, consommables du laboratoire, carburant pour la 'stratégie avancée', tensiomètre, stéthoscope, bac à médicaments, cache document, cachet, corbeille, chaises, fauteuil, fourneau à charbon, ciseaux, couvre lit et salaire du personnel bénévole.

Les recettes d'exploitation ont été comptabilisées à partir du Registre d'Utilisation des Médicaments Essentiels et des Recettes (RUMER) et du livre caisse tenu par le trésorier.

Les subventions au centre de santé sont réparties entre le salaire du personnel bénévole, la contribution estimée en nature par le personnel de santé, le salaire payé par l'Etat et les apports d'organisations de coopération.

La pratique de la sur-tarification est bien connue. Afin d'essayer de la quantifier les chercheurs ont discrètement interviewé un échantillon de patients après leur utilisation du centre de santé afin de connaître le tarif que les patients ont eu à payer pour les différents types de soins (laboratoire, soins, consultation prénatale fixe et avancée, vaccination, etc.).

Note: toutes les femmes qui ont accouché au centre de santé dans la période 1/06/1999-30/11/1999 ont été visitées par les enquêteurs. Pour les autres activités (consultations CPC, CPN, PEV, soins de nursing, etc.) ayant pris place dans la même période de 6 mois, 50% des patients a été vue pour une interview.

Résultats

Les données collectées pendant six mois ont été extrapolés à douze mois.

Tableau 8 : Les charges totales (en FG) annuelles du centre de santé de Yendé

Type de charges	Montant (FG)	% du total
Amortissement	7 530 200	23.7
Dépenses de Personnel	12 627 720	39.7
Entretien infrastructure et équipement/ fonctionnement matériel roulant	1 800 000	5.7
Médicaments et autres produits pharmaceu- tiques	9 263 882	29.1
Outils de gestion et autres consommables	599 307	1.9
Total	31 821 109	100

Note : 40 Francs Guinéen valaient environ 1 Franc Belge en 1999

Tableau 9 : Les charges totales annuelles du centre de santé de Yendé par source de financement

Source de financement	Montant (FG)	% du total
Aide internationale	10 308 032	32.4
Etat	7 238 418	22.8
Contribution du personnel de santé (les « coûts cachés »)	4 823 800	15.2
Usagers	9 450 858	29.7
Total	31 821 109	100

Tableau 10 : La nature des coûts totaux annuels du centre de santé de Yendé

Nature des coûts	Montant (FG)	% du total
Coûts fixes	20 740 143	65%
Coûts variables	11 080 966	35%
Total	31 821 109	100%

Tableau 11 : Le coût total annuel par activité du centre de santé de Yendé (données de 6 mois extrapolées à 12 mois)

Activité	Volume de production	Coût total (FG)	% du total
Accouchement	306	4 089 238	13
CPC	8 164	13 090 159	41
CPN	1 018	1 977 873	6
PEV	3 552	9 073 722	29
PF	58	275 505	1
Soins*	4 566	3 314 609	10
Total		31 821 106	100

* Pansements, injections, etc.

Tableau 12 : Le coût unitaire par activité du centre de santé de Yendé

Activité	Volume de production	Coût total (FG)	Coût unitaire (FG)
Accouchement	306	4 089 238	13 364
CPC	8 164	13 090 159	1 603
CPN	1 018	1 977 873	1 943
PEV	3 552	9 073 722	2 555
PF	58	275 505	4 750
Soins	4 566	3 314 609	726

Tableau 13: Les produits annuels du centre de santé de Yendé

Type de recettes	Montant (FG)	% du total
Recettes d'exploitation	16 704 498	33 %
Subventions (État, aide internationale)	22 370 251	45 %
Surtarification	11 173 620	22 %
Total	50 248 369	100%

Les produits générés par la sur-tarification ne sont pas comptabilisés par le centre de santé et sont encaissés par les agents de santé.

Si on admet que seulement les non mutualistes sont facturés et que c'est surtout lors de la CPC que les patients doivent payer les « sous-tables », alors on peut estimer la somme moyenne surfacturée à environ 1370 FG par nouvel épisode à la CPC.

Tableau 14: Les produits annuels du centre de santé de Yendé par source de financement

Source de financement	Montant (FG)	% du total
Usagers (non mutualistes)*	13 666 098	27
Usagers (mutualistes)	3 038 400	6
Aide Internationale	10 308 032	21
Etat	7 238 418	14
Autres subventions (Personnel de santé)	4 823 800	10
Sur-tarifcation	11 173 620	22
Total	50 248 368	100%

* Incluant le montant payé par le Haut Commissariat pour les Réfugiés (HCR) pour les utilisateurs réfugiés. En 1999, il s'agissait de 2.7 millions de FG .

Tableau 15: Part relative des recettes provenant des patients mutualistes dans le total des recettes des usagers

Source des recettes	Montant (FG)	% du total
Non mutualistes	13 666 098	78%
Mutualistes	3 038 400	22%
Total	16 704 498	100

Tableau 16: Le résultat financier annuel (1999) du centre de santé

Source de financement	Produits (FG)	Charges (FG)	Résultat financier (FG)
Usagers	16 704 498	9 450 858	7 253 640
Aide Internationale	10 308 032	10 308 032	-
Etat	7 238 418	7 238 418	-
Contribution du personnel	4 823 800	4 823 800	-
Sur-tarifcation	11 173 620	-	11 173 620
Total	50 248 368	31 821 109	18 427 260

Conclusion

Cette étude de l'économie du centre de santé de Yendé a montré que les charges totales annuelles s'élèvent à plus de 30 000 000 GNF (environ 16.500 \$US). Les « coûts cachés » occupent 15 % de ces charges.

Une hypothèse expliquant l'existence de ces coûts cachés est que le personnel de santé choisit d'investir de ses propres ressources dans le centre de santé afin de pouvoir offrir un service meilleur – ou en tout cas *perçu* comme étant meilleur - aux patients, et légitimer ainsi un payement additionnel à la tarification officielle en vigueur par les patients.

Quant aux produits, ils s'élèvent à plus de 50 000 000 GNF (environ 27.000 \$US) dont la sur-tarification couvre presque le quart. Le centre réalise donc un bénéfice théorique de 18 427 260 FG (environ 11.000 \$US) dont les 60% venant de la sur-tarification – équivalant à plus de 6000 \$US - ne sont pas comptabilisés au niveau de la caisse du centre.

Le défi auquel les gestionnaires du système de santé font face est donc double:

1. D'abord créer le cadre nécessaire pour que le centre de santé puisse, de façon autonome, et avec les conseils des techniciens de santé, utiliser ces bénéfices pour les réinvestir dans le fonctionnement du centre de santé.
2. Ensuite, créer le cadre qui permet de canaliser les ressources de la sur-tarification dans le 'circuit officiel' afin de pouvoir l'utiliser pour, à la fois, augmenter le revenu des agents et améliorer la qualité de l'offre.

ANNEXE 9: COPIE DE L'ARRETE CONFIRMANT L'ASSOCIATION « DYNAMIC MUTUALISTE » DYNAM.



MINISTRE DE L'ADMINISTRATION
DU TERRITOIRE ET DE LA
DECENTRALISATION

REPUBLIQUE DE GUINEE
Travail-Justice-Solidarité

ARRETE

A/2000/N^o 839 /MATD/CAB/SACCO

CONFIRMANT

ASSOCIATION "DYNAMIC MUTUALISTE"
« DYNAM »

LE MINISTRE DE L'ADMINISTRATION DU TERRITOIRE
ET DE LA DECENTRALISATION

- VU la Loi Fondamentale
VU la Loi L/92/043/CTRN du 08/12/1992 portant adoption et promulgation
des première et deuxième parties du code des activités économiques
VU le Décret D/96/053/PRG/SGG du 26 Juin 1996 créant et organisant des
services rattachés
VU Le Décret N° 075/PRG/SGG/ du 05 Mai 1997 portant Organisation du Ministère de
l'Administration du Territoire et de la Décentralisation
VU Le décret D/99/004/PRG/SGG du 4/03/1999 portant nomination du Premier
Ministre
VU Le Décret N°99/007/PRG/SGG du 12 /03/1999, portant nomination des
membres du Gouvernement.
VU La demande et le bilan présentés par l'ONG

ARRETE

ARTICLE 1er : L'Association «" DYNAMIC MUTUALISTE"» dont le sigle est
DYNAM est confirmée en tant qu'ONG Sanitaire à caractère apolitique et sans but lucratif

ARTICLE 2.- Le Présent arrêté qui a une durée indéterminée peut être annulé à tout moment
par l'autorité de Tutelle dans les cas suivants :

- Cessation définitive des activités de l'ONG/DYNAM
- Non respect des objectifs assignés

ARTICLE 3.- Le siège social est fixé au Quartier Kénéma dans la préfecture de Kissidougou

ARTICLE 4.- BUT :

L'Association a pour but de participer auprès des acteurs du système de santé, à la lutte contre l'exclusion en matière de promotion pour l'accès à la population aux soins de santé.

ARTICLE 5 – DYNAM est autorisée à élaborer et réaliser des projets de développement conformes aux plans nationaux et correspondant aux objectifs fixés dans les statuts.

ARTICLE 6.- Avant de procéder à la réalisation des projets élaborés, **DYNAM** devra conclure des conventions techniques avec les départements Ministériels compétents pour le secteur d'intervention et devra en outre envoyer une copie à l'autorité de tutelle.

ARTICLE 7.- DYNAM pourra conclure des accords pour la réalisation des projets élaborés avec des organismes privés ou publics, nationaux ou étrangers.

ARTICLE 8.- DYNAM doit présenter un rapport semestriel d'activités au Service National D'Assistance aux Coopératives et de Coordination des Interventions des ONG (SACCO) pour le suivi.

ARTICLE 9.- DYNAM est tenue au respect des dispositions de l'ordonnance 072/PRG/86 du 07 Mars 1986 et ses modifications successives ainsi qu'à celui de ses propres Statuts et Règlement Intérieur dans la réalisation de ses objectifs.

Toute modification des statuts de **DYNAM** devra être signalée à l'Autorité de Tutelle dans les trente (30) jours qui suivent.

ARTICLE 10.- En cas de dissolution, tous les biens de l'Association après liquidation du passif, reviennent de droit à l'État Guinéen, qui décidera de leur affectation à des programmes similaires.

ARTICLE 11.- Le présent arrêté d'agrément qui entre en vigueur à compter de la date de sa signature, sera publié et communiqué où besoin sera.

AMPLIATIONS

PRG/SGG	4
Département Intéressé	1
ONG/ DYNAM	6
Archives/SACCO	6 / 17

Conakry, le 22 MARS 2000

Moussa Solano
MOUSSA SOLANO
 Le Ministre
 République de Guinée
 Ministère de l'Administration du Territoire et de la Décentralisation
 RG 001-10-0000000

Chapitre 2 : Etude de la perception sociale de la MUCAS Maliando

Maria Pia Waelkens³¹ et Bart Criel³²

avec la collaboration de l'Equipe de Coordination de la Recherche

³¹ Consultant *Medicus Mundi Belgique* auprès du projet PRIMA.

³² Département de Santé Publique de l'Institut de Médecine Tropicale à Anvers et responsable auprès de *Medicus Mundi Belgique* du suivi scientifique du projet PRIMA.

Introduction

Un taux d'inscription ou d'adhérence à la mutuelle relativement faible pendant la première année (1998-1999) était quelque chose d'attendu. L'équipe de recherche perçût ceci comme étant le résultat d'une attitude rationnelle de la part des gens ('attendons d'abord voir si cela marche')... Le taux encore plus bas la deuxième année (1999-2000) était cependant inattendu et constituait une indication claire que 'quelque chose n'allait pas'³³.

La technique d'assurance semble être une option pertinente pour gérer le problème (fortement perçu) d'exclusion financière temporaire aux soins de santé auquel beaucoup de ménages guinéens font face. L'initiative *Maliando* a été soigneusement préparée. Les gens ont été largement impliqués dans la conception, la préparation et la gestion du système. La prime d'adhésion, quoique pas bon marché, semble être considérée comme étant abordable. Alors, pourquoi aussi peu de gens joignent-ils le système ? Comment expliquer cette réticence ? *Pourquoi les gens font-ils ce qu'ils font ?*

Six hypothèses pouvant expliquer le faible taux d'adhésion à la mutuelle ont été avancées: voir Encadré 2.

Encadré 2: Hypothèses explicatives du faible taux d'adhésion

La qualité médiocre des soins dans les structures avec lesquelles la mutuelle a établi un contrat

Des différences et malentendus dans la perception et la compréhension du concept et des principes d'une assurance-maladie

Le manque de confiance dans les capacités gestionnaires des mutualistes

La suspicion vis-à-vis de mouvements associatifs formels et/ou institutionnalisés

L'absence d'articulation avec « ce qui existe déjà », c'est à dire avec des mouvements associatifs endogènes

Des problèmes de ressources : contributions/primes non abordables

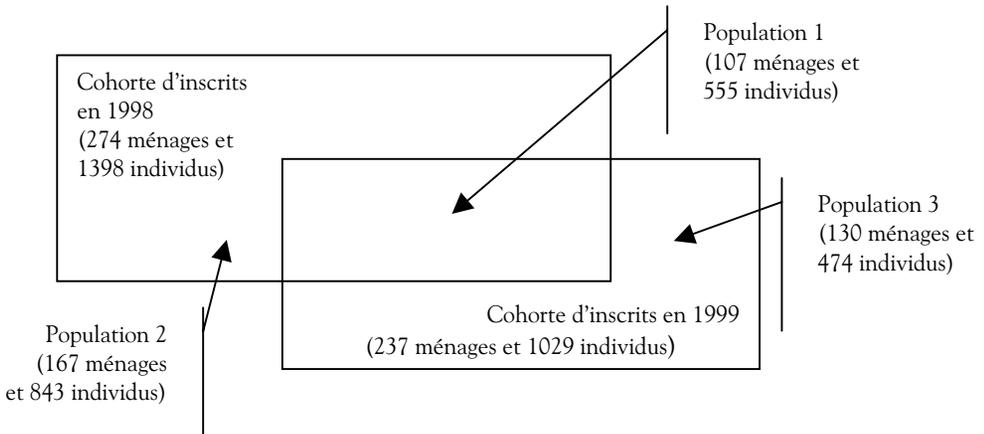
³³ En 2000, le taux d'inscription a stagné à environ 7 à 8% mais l'insécurité et la violence que la Guinée Forestière a connue pendant le deuxième semestre de l'année 2000 ont compromis la poursuite des activités de recherche. Le projet PRIMA a été stoppé fin 2000.

Méthodologie de recherche

Afin de tester ces différentes hypothèses - qui ne sont pas mutuellement exclusives - des discussions de groupes focalisés ont été organisées du 19 au 30 mars 2000. Douze discussions d'une durée de 85 à 120 minutes ont eu lieu avec des gens de quatre (sous)populations différentes (voir Figure 7):

- i) Les 555 personnes qui ont adhéré à la mutuelle pendant deux années successives (population 1) ;
- ii) Les 843 personnes qui ont adhéré la première année mais ne se sont plus inscrits la deuxième année (population 2) ;
- iii) Les 474 personnes qui ne se sont inscrits qu'à la deuxième année (population 3) ;
- iv) Et finalement la majorité des gens (environ 15.700 personnes) qui n'a jamais adhéré au système (population 4).

Figure 7: Adhérents et non-adhérents en 1998 et 1999



Pour chaque population, deux groupes d'hommes et un groupe de femmes ont été interviewés. Les groupes étaient formés de douze participants (trois groupes des populations 2, 3 et 4 étaient incomplets avec 8, 10 et 11 participants respectivement ; le nombre total était de 137 participants). Cinq discussions ont eu lieu à Yendé, où se trouve le centre de santé, les sept

autres dans sept villages différents. Des questions spécifiques ont été développées pour chacune des quatre populations cibles (voir Annexes 1-4 à ce chapitre).

Six personnes choisies localement, 5 hommes et 1 femme, ont mené les discussions. Les facilitateurs étaient de formation différente (géographe, ingénieur agronome, ingénieur aménagiste, aide aménagiste, etc.) et étaient des partenaires fréquents d'initiatives de développement. Ils opéraient en deux groupes formés d'un modérateur et de deux secrétaires. Après une formation de deux jours, deux pré-tests ont été réalisés.

Les discussions étaient menées dans les langues locales Kissi et Malinke. Les traductions ont été faites le jour même par les trois facilitateurs. Il n'y a pas eu d'enregistrement auditif des discussions.

Après une analyse intermédiaire des résultats des discussions des 12 groupes, les modérateurs ont élaboré des questions de validation qui ont été soumises à quatre groupes supplémentaires, représentant une fois de plus les quatre populations cibles (voir Annexes 5 et 6 à la fin de ce chapitre).

Au total l'analyse des données a pris environ 7 hommes-semaines. Ce temps n'inclut pas l'écriture du rapport.

Méthode d'analyse

Un code attribué à chaque intervention permet de retrouver rapidement la citation dans le texte original, de voir à quelle population cible le répondant appartient et s'il s'agit d'un homme ou d'une femme.

Exemple : **Pop 3.1 ; Q2F1** : « Avant la Mutuelle ... »

Cette citation se trouve dans la discussion 3.1, question 2, réponse 1. Cette réponse a été donnée par une femme qui appartient à la population de ceux qui se sont inscrits la deuxième année seulement.

Les données ont d'abord été explorées discussion par discussion, dans le but de capter les messages principaux et de détecter d'éventuels problèmes de dynamique de groupe qui auraient pu influencer la validité des observations. Ensuite, les réponses à chaque question ont été résumées par discus-

sion, si possible par des mots clés qui ont dans la deuxième étape de l'analyse inspirée la catégorisation à l'intérieur des thèmes. Les messages essentiels, les premières impressions, questions et pistes d'analyse possibles ont été notés. Pendant la suite de l'analyse, ces impressions initiales ont été consultées et comparées aux résultats d'analyse.

Les données ont été analysées question par question à partir de résumés de chaque discussion, puis thème par thème à partir de listes de citations catégorisées. La classification par thèmes a été principalement organisée suivant les hypothèses initiales, avec quelques modifications qui semblaient profitables après les premières lectures.

Les thèmes retenus pour la classification des données étaient :

- La compréhension du concept de l'assurance et l'articulation avec les mouvements associatifs endogènes
- L'accès aux soins
- La gestion de la mutuelle
- La suspicion vis-à-vis de mouvements associatifs institutionnalisés
- Les ressources financières
- La qualité des soins
- Raisons d'adhésion et de non-adhésion.

Les hypothèses concernant la compréhension du concept et l'articulation avec les mouvements associatifs endogènes ont été regroupées, parce que les réponses au sujet de l'articulation entre la mutuelle et les associations endogènes étaient les plus révélatrices quant à la compréhension du principe qui est à la base de la mutuelle.

L'accès aux soins s'est imposé comme thème parce que souvent mentionné et en réponse à toutes les questions. L'importance donnée à ce sujet n'est pas étonnant, étant donné qu'assurer un accès plus facile aux soins de santé est l'objectif premier de la mise sur pied d'une mutuelle.

Le thème supplémentaire « raisons d'adhésion et de non-adhésion » a été jugé nécessaire et trouve son origine dans la formulation des questions et, par conséquent, des réponses. Les raisons d'adhérer ou de ne pas adhérer, les intentions pour une (ré)inscription dans le futur, les opinions quant aux causes probables de non-adhésion, ainsi que des suggestions de changements qui assureraient une plus grande participation faisaient l'objet de

nombreuses observations. Le grand nombre de réponses formulées sous cette forme imposait un traitement des mêmes données à partir de ce point de vue supplémentaire. Il est décrit séparément, même si finalement cette classification reprend les thèmes de « la qualité », « la gestion » et « les ressources financières ». La clé de lecture « pourquoi adhérer » a été utilisée comme une approche d'analyse supplémentaire pour vérifier les résultats des autres grilles d'analyse.

Analyser la perception de la notion de qualité des soins et identifier les facteurs qui la composent n'était pas un objectif de recherche et aucune question directe n'a donc été posée à ce sujet. Cependant, la nécessité de mieux comprendre ce que les participants entendent par la qualité des soins s'est révélée au cours de l'exercice de classification. La diversité de significations données à cette notion justifiait un meilleur discernement de ce qu'ils veulent dire. Ensuite, vu l'importance apparente de la qualité des soins dans la décision d'adhérer ou non à la mutuelle, il semble important de distinguer les composantes de la qualité pour entamer une action correctrice à l'avenir.

L'intérêt de sémi-quantifier cette mine de données qu'offrent les discussions s'est avéré lors du traitement des thèmes « qualité des soins » et « raisons d'adhésion et de non-adhésion ». Certains sujets étaient répétés si souvent qu'il semblait opportun de quantifier ce qui semble préoccuper le plus les participants. De même, une quantification de certaines expressions fréquemment utilisées dans les différentes discussions (p.ex. le découragement, tout le monde adhérerait si...) a permis d'identifier les sujets qui sont exprimés en utilisant cette même formulation spécifique. Ensuite, la quantification a également aidé à capter des éléments qui revenaient dans plusieurs discussions et donc indépendamment des opinions exprimées dans le même groupe, ce qui rajoute à la valeur d'un argument. La quantification des interventions concernant les difficultés de paiement et la qualité des soins a aidé à éclaircir l'importance relative et la relation entre les deux thèmes. Néanmoins, dans l'analyse des résultats, la sémi-quantification a essentiellement été un support à l'analyse qualitative.

Les sujets qui ont été quantifiés sont :

- Le nombre de citations dans lesquelles la qualité des soins ou les aspects financiers de la mutuelle sont mentionnés

- Les composantes de la qualité des soins
- Les motifs pour adhérer
- Les motifs de non-adhésion
- Les raisons de déception
- Les intentions d'inscription pour l'exercice mutuelle 2000-2001
- Les suggestions faites pour améliorer le fonctionnement de la mutuelle.

La semi-quantification a été faite par une relecture spécifique des transcriptions pour chaque sujet.

Une dernière approche méthodologique était d'explorer les oppositions. Les comparaisons utilisées par les participants pour clarifier leur argumentation, les oppositions riches/pauvres, avant/après inscription et le traitement différentiel des adhérents/non-adhérents clarifient l'importance de l'accès et de la qualité des soins. Les réponses des quatre populations en relation avec les raisons d'adhérer ou de ne pas adhérer à la mutuelle ont également été mises en parallèle. Quoique les hypothèses à vérifier s'appliquent aux causes du faible taux d'adhésion, aussi bien les remarques positives ou favorables à la mutuelle que les considérations négatives ou critiques de la mutuelle ont été retenues dans la classification des données. Par exemple, les deux citations suivantes se trouvent sous le thème « ressources financières » :

Pop 1.1 ; Q1H2 : En payant 3400 Fg /an tu as la garantie de bénéficier des soins de santé pendant toute l'année.

Pop 3.2 ; Q1H3 : ... Mon fils n'a pas adhéré la deuxième année par manque de moyens.

La comparaison entre les opinions en faveur de la mutuelle et les critiques vis-à-vis de la mutuelle est à la base même de la structure de ce rapport : la différence entre la théorie et la pratique.

Les quatre discussions de validation ont seulement été regardées et analysées après l'analyse des 12 discussions. Les résultats sont décrits séparément.

Le temps dédié à l'analyse des discussions de groupes focalisés a permis une

exploration en profondeur des données. Information générale, réunions et rédaction du rapport final non comprises, sept semaines ont été consacrées à la classification des citations et l'exploration des données, dont une semaine à la semi-quantification et une semaine à l'analyse des discussions de validation.

Malgré la traduction parfois créative, les interventions citées dans le texte ont été peu modifiées. Ces modifications sont limitées à la correction de quelques fautes d'orthographe. Une seule correction marquée entre [] a été faite pour faciliter la lecture. Les citations qui illustrent le rapport peuvent être consultées dans des listes de citations qui sont classées dans le même ordre du texte.

Résultats

La catégorisation des données a montré que les observations favorables réfèrent presque toujours aux aspects conceptuels et théoriques de la mutuelle, tandis que les remarques négatives généralement décrivent la mise en pratique. La distinction très prononcée que font les participants entre le concept et son application est suivie pour l'organisation des résultats. La compréhension du concept est traitée dans une première partie. L'appréciation de la mise en pratique fait l'objet de la deuxième partie.

PREMIERE PARTIE

LA COMPREHENSION DU CONCEPT D'ASSURANCE ET DES PRINCIPES DE FONCTIONNEMENT DE LA MUTUELLE

Les principes de base

La bonne compréhension des participants du principe, des objectifs et du fonctionnement de la mutuelle saute aux yeux dès la première lecture des discussions. Même s'il y a des éléments conceptuels qui ne sont pas tout à fait intégrés, les répondants comprennent aussi bien les principes fondamentaux du concept théorique, les différences entre la mutuelle et les associations endogènes, que les défauts liés à la mise en pratique du modèle.

L'assurance

Garder ou retrouver la santé le plus rapidement possible est la première attente des adhérents. En réponse à la question « pourquoi adhérer », plusieurs utilisent les termes « assurance maladie », « préserver la santé », ou décrivent les avantages de l'accès rapide aux soins en cas de maladie grâce à l'adhésion. Contrairement aux idées reçues, la notion de prévention, de payer aujourd'hui pour prévenir les difficultés de demain, est bien présente. Certains jugent que même s'ils n'ont pas eu besoin de soins de santé, le but est toujours atteint et l'argent de la prime était bien investi. Cette notion de prévention est également exprimée par les non-adhérents :

Pop 4.2 ; Q6F1 : ... si on est convaincu qu'en payant seulement 3.400 Fg par an tu as l'assurance que tu auras la guérison en cas de maladie dans l'année, mais qu'est ce qui va m'empêcher d'adhérer.

Le partage des risques

Le transfert de fonds de ceux qui n'ont pas été malades vers ceux qui ont bénéficié d'une intervention financière pour des soins de santé est discerné comme le principe fondamental du système de la mutuelle. Selon un répondant, certains non-adhérents n'ont pas encore intégré la notion du partage des risques et se demandent « *s'ils ne tombaient pas malade, ou irait leur argent* ». La redistribution inégale suscite quelques inquiétudes chez certains. La grande majorité, cependant, indique justement que cet avantage financier parfois substantiel, qui n'est pas fonction des sommes versées mais des besoins individuels en soins de santé, est le grand atout de la mutuelle. Cette notion du partage des risques est considérée comme un concept nouveau qui ne trouve pas d'équivalent dans les systèmes traditionnels.

La nécessité inhérente au système de recruter un nombre important d'adhérents est évidente pour tous. Il est généralement reconnu que pour couvrir les soins de santé en payant la prime de 3400 Fg, seul un mécanisme financier qui dépasse les frontières du village et de la famille peut réunir les sommes nécessaires. Deux femmes parmi 137 participants n'acceptent pas aisément ce principe de solidarité au-delà du noyau restreint et expriment leur préférence pour un système d'épargne villageoise ou de pré-paiement individuel plus proche des systèmes de financement traditionnels. Une autre personne semble encore hésiter entre les deux

principes de pré-paiement et de partage des risques :

Pop 3.3 ; Q7H1 : S'ils nous disaient que chacun donne 3.400 Fg en tant qu'individu et que chaque fois malade [il vient] se traiter, d'autre part, que s'il ne tombe pas malade les 3.400 Fg sont toujours en place, ce serait clair. Mais on nous a dit de s'associer pour s'entraider ; Quand on donne les 3.400 Fg c'est pour tous les membres sans définition. Ce n'est pas mauvais pour tous les membres. Cela est très bien.

Ces trois intervenants sont les seuls à montrer une réticence à l'idée de la solidarité élargie, à laquelle la grande majorité est favorable. L'approbation de ce principe est exprimée par trois arguments principaux :

- S'entraider, c'est bien
- Devant Dieu j'ai rendu un grand service ; j'aurai la bénédiction de Dieu³⁴
- Le jour où je tombe malade, les autres interviendront pour moi.

Les objectifs de la mutuelle

Les participants de chacun des 12 groupes expliquent clairement les objectifs de la mutuelle : un meilleur accès financier aux soins de santé, l'intervention financière de la mutuelle pour couvrir les charges de transport et d'hospitalisation en cas de maladie grave et l'engagement de la mutuelle d'assurer des soins de qualité.

L'accès financier aux soins est la raison principale pour laquelle les gens souhaitent adhérer à la mutuelle, un constat fait aussi bien par les adhérents que par les non-adhérents. Différents aspects de l'accès aux soins sont développés. Grâce à la mutuelle, les membres peuvent se rendre directement au centre de santé, sans perdre le temps de chercher de l'argent. L'accès aux soins est également garanti pendant la période de soudure. Cet accès rapide évite que la maladie se complique par un délai trop prolongé ou par la prise d'un traitement incomplet acheté au marché. Plusieurs par-

³⁴ Cette interprétation religieuse de la valeur de solidarité se retrouvait également chez la population inscrite dans le système d'assurance pour soins hospitaliers dans le district de Bwamanda en RDCongo. Voir Criel, Van Dormael et al. (1998). Entre l'alliance et le contrat. Le cas de l'assurance-maladie volontaire de Bwamanda, République Démocratique du Congo. *Tropical Medicine & International Health*, Vol 3, N°8, pp 640-653.

Participants soulignent l'importance de ne plus devoir recourir aux traitements traditionnels. L'avantage de l'accès rapide est souvent exprimé en temps gagné pour travailler aux champs.

Le fait que la même prime couvre les frais d'hospitalisation et les frais de transport à l'hôpital est particulièrement apprécié et semble être pour certains adhérents la raison principale d'adhésion. Plusieurs personnes expliquent que la prime de 3400 Fg couvre les soins d'hospitalisation qui peuvent monter à 50000 Fg ou plus.

La description de la situation des non-adhérents répète les mêmes arguments. En cas de maladie, ils essayent d'abord de se soigner par la médecine traditionnelle ou achètent des médicaments au marché. Quand ces démarches n'ont pas amené la guérison, ils doivent trouver de l'argent avant de se faire traiter car le coût des soins est beaucoup plus élevé pour les non-adhérents. Ils recherchent les fonds nécessaires en demandant l'aide de personnes plus favorisées, en vendant des produits d'agriculture, s'endettant auprès des commerçants, en « *mettant les bas-fonds en gage* » et en cas d'hospitalisation en vendant des bœufs ou des terrains, ou « *tu restes à la maison et si la maladie t'emporte tant mieux* ».

Les motifs pour adhérer à la mutuelle sont repris dans le Tableau 10. La majorité des réponses viennent des adhérents (population 1 et 3), tandis que ceux qui ne se sont plus inscrits pendant la deuxième année (population 2) ou ne se sont jamais inscrits (population 4) décrivent plus les raisons pour ne pas adhérer.

Tableau 10 : Pourquoi adhérer? Formulations utilisées

	Pop 1	Pop 2	Pop 3	Pop 4	Total
Assurance maladie / préserver la santé	3	1	5	2	11
Accès, composante financière mise en avant	8	4	15	5	32
Accès, « pendant toute l'année » mis en avant	7		3		10
Pour s'entraider	2		1		3
A cause de la campagne de sensibilisation convainquante	1	4	4		9

Le fonctionnement de la mutuelle

Le contrat avec les prestataires des soins

La fonction de la mutuelle de mandataire auprès des prestataires de soins du centre de santé de Yendé et des hôpitaux de Kissidougou et Gueckedou est discernée par les adhérents aussi bien que par les non-adhérents. Cette compréhension est la plus évidente dans les comparaisons fréquentes entre les soins donnés aux mutualistes et aux non-adhérents dans le même centre de santé de Yendé. Les adhérents attendent de la mutuelle qu'elle assure l'accès financier aux soins, l'organisation du transport à l'hôpital en cas de référence et une garantie de la qualité des soins.

Aux groupes de participants qui se sont inscrits pour la deuxième année seulement (population 3), la question spécifique a été posée s'ils se sentaient maintenant *protégés* par la mutuelle. En réponse à cette question, les participants ont évalué la disposition de la mutuelle à *défendre* les intérêts des adhérents, un terme qui n'est pas utilisé par les participants des autres groupes.

La famille comme unité d'inscription

Inscrire tous les membres de la famille est communément mentionné comme une condition pour avoir accès aux bénéfices de la mutuelle et est simplement accepté comme une règle du système. La famille comme unité d'inscription n'est pas remise en question par les participants, mais aucune question à ce sujet n'a été incluse dans le questionnaire. Cependant, la

manière dont certains participants décrivent les pratiques d'inscription de leur famille nombreuse suggère qu'inscrire tous les membres de la famille ne soit pas une pratique généralement suivie. Certains spécifient la proportion de membres qu'ils ont inscrits, d'autres précisent qu'ils ont inscrit toute la famille, comme si c'était un fait exceptionnel.

Le concept de « la famille » utilisé dans la mutuelle ne semble pas être suffisamment défini dans ce contexte de polygamie et de composition changeante des ménages. S'agit-il de la famille restreinte parents-et-enfants ou des membres du ménage qui partagent un même toit ou une même enceinte ? Doit-on inscrire le cousin éloigné qui habite sous le même toit, l'étudiant qui habite dans la maison pendant l'année scolaire ? Inscrit-on le père avec les femmes et enfants, ou une famille est-elle constituée de la mère et ses enfants, avec le père comme entité à part ? Il apparaît dans plusieurs cas que le père ne s'inscrit pas nécessairement avec le reste de la famille.

La sélection adverse

Malgré le fait que la nécessité d'un grand nombre d'adhérents pour assurer le partage des risques soit entendu par tous, aucun participant n'a fait le lien parallèle entre l'inscription obligatoire de tous les membres de la famille et la nécessité de limiter la sélection adverse. Le fondement de la condition d'inscrire tous les membres de la famille n'est jamais mentionné et n'est peut-être pas compris. La notion de sélection adverse elle-même n'est également pas mentionnée au cours des discussions. L'inscription préférentielle des personnes qui ont la santé fragile ne semble pas être perçue comme une menace pour la mutuelle. Bien au contraire, plusieurs femmes disent s'être inscrites parce qu'elles « *sont souvent malades* », ou donnent le conseil d'adhérer à d'autres personnes « *malades* ».

Le ticket modérateur

Qu'il faut payer 300 ou 500 Fg à chaque nouvel épisode de maladie, malgré la contribution annuelle, n'est pas remis en question. Le montant semble être tellement bas qu'il ne présente une barrière pour personne. Quoiqu'une personne réfère au taux différentiel selon la distance du centre de santé, le but du ticket modérateur d'éviter les consultations jugées inutiles ne semble pas être compris comme tel. La somme demandée par épisode de maladie est vue comme un prix réduit pour les médicaments

auxquels la mutuelle donne droit.

La surconsommation

Que la surconsommation pourrait compromettre le financement de la mutuelle n'est pas soulevé dans les discussions. Un participant remarque que « *quelquefois les docteurs étaient envahis par les malades de Maliando qui venaient pour toutes sortes de maladies. . .* ». Cette intervention a été réfutée par un autre intervenant, disant que « *le centre de santé de Yendé doit se réjouir quand les gens viennent nombreux. Ils sont là-bas pour s'occuper des malades. Ils nous ont demandé . . . de fréquenter le centre de santé pour toutes les maladies. Ils n'ont pas le droit de nous refuser les soins parce que nous allons nombreux* ». Les deux autres interventions au sujet de la surconsommation décrivent des avertissements donnés par les responsables de la mutuelle de ne pas abuser du système. La réaction des répondants vis-à-vis de telles remarques est très négative.

Les répondants affirment qu'effectivement les adhérents de la mutuelle ont un accès plus facile aux soins de santé, qu'ils consultent plus fréquemment et à un stade moins avancé de la maladie. Aucun ne suggère que des personnes non malades en abusent, bien au contraire, il y a abondance d'affirmation que « *on va au centre de santé quand on est malade* ». Tous les témoignages des discussions focalisées confirment que la surconsommation est plutôt une préoccupation des organisateurs que des bénéficiaires, et que les habitants n'ont pas de temps à perdre à se rendre inutilement au centre de santé.

LA NETTE DISTINCTION ENTRE MUTUELLE ET LES MOUVEMENTS ASSOCIATIFS ENDOGENES

Une seconde constatation qui sort de la lecture des discussions est que les répondants font une nette distinction entre la mutuelle et les associations endogènes. Le seul participant qui disait ne pas voir beaucoup de différences entre les associations endogènes et la mutuelle a été tout de suite contredit par les autres. Dans toutes les autres interventions à ce sujet, les divergences entre associations endogènes et la mutuelle sont clairement exprimées en termes de spécificité et complémentarité des objectifs, et de modalités de fonctionnement différents.

La spécificité des objectifs

En comparant la raison d'être de la mutuelle et des associations endogènes, la différence soulignée presque systématiquement est la spécificité de l'objectif de la mutuelle : La mutuelle est destinée à financer les soins de santé uniquement. Les cotisations faites dans le cadre des associations endogènes, par contre, interviennent dans le financement d'événements de la vie sociale : les décès, les baptêmes, les mariages. De nombreux intervenants invoquent l'intérêt primordial d'une association qui s'occupe des problèmes de santé et de maladie, un objectif essentiel auquel les associations endogènes n'apportent pas une solution satisfaisante.

Les réunions, les cérémonies et les fêtes font partie intégrante des objectifs des associations endogènes. Ceux qui ont cotisé se rencontrent lors d'événements sociaux. Les membres d'une association endogène se connaissent bien, car ils sont généralement les habitants d'un même village. Par contre, dans la mutuelle il y a trop de membres pour se connaître et les membres sont originaires de villages différents et éloignés, d'ethnies différentes. Le fait de ne pas se connaître n'est généralement pas considéré comme un handicap mais plutôt comme une conséquence inévitable. C'est précisément dans cette argumentation que les participants ajoutent presque systématiquement que le grand nombre d'adhérents est essentiel pour assurer la survie de la mutuelle et la réalisation de ses objectifs. « *L'union fait la force.* »

Se réunir, se rencontrer ou organiser des fêtes n'est pas perçu comme un objectif de la mutuelle. « *Maliando, c'est pour le traitement et non l'organisation des fêtes, nous voulons être traités c'est ce qui préoccupe.* » Certains expriment le désir d'avoir des réunions entre adhérents, mais cette remarque n'est faite qu'en réponse à une question spécifique du modérateur. Parmi toutes les interventions souvent passionnées et enthousiastes, la question « si ne pas se connaître ni se réunir entre membres de la mutuelle influence l'adhésion » ne suscite que des réponses ternes et polies. Il semble que si la question n'avait pas été posée, personne n'aurait fait une observation sur ce point. Ceci indique également que le sujet semble être sans intérêt et que créer des liens sociaux n'est pas un objectif attendu de la mutuelle.

La diversité de systèmes financiers et de modalités de fonctionnement

En argumentant l'importance des objectifs divergents, l'opposition « mutuelle pour les problèmes de santé – associations pour la vie sociale », les participants laissent entrevoir une grande diversité d'autres types d'associations, de modes de cotisation et de mécanismes financiers qui n'ont pas nécessairement le financement d'événements collectifs pour but, mais qui sont adaptés à des besoins différents. Il y a les différentes formes d'épargne collective, les travaux communautaires avec partage des bénéfices, les plans d'emprunts, les mécanismes de solidarité familiale et de « bon voisinage », la solidarité entre riches et pauvres. Plusieurs points d'opposition entre les mécanismes financiers endogènes et la mutuelle ont été soulevés.

Le mode de versement des contributions

Les contributions pour les systèmes endogènes d'épargne se font à intervalles réguliers. Pour les occasions sociales ou les demandes d'aide, les cotisations se font chaque fois qu'un problème se pose. Dans les deux cas, le but est de constituer une somme substantielle à partir de plusieurs petites contributions. En opposition, dans le cas de la mutuelle les ménages doivent prévoir une somme importante une fois par an, qui assurera une couverture de dépenses de santé éventuelles encourues pendant toute une année.

Le moment d'accès aux bénéfices

Une autre différence entre la mutuelle et les systèmes endogènes est le moment auquel les membres ont accès aux bénéfices. La mutuelle permet d'avoir accès immédiatement au moment du problème, tandis que pour les systèmes financiers endogènes l'accès aux bénéfices se fait à des moments fixés d'avance.

Les mécanismes endogènes d'entraide peuvent être sollicités à tout moment, mais le temps de la collecte cause des délais d'accès aux soins. Il en résulte aussi un statut d'infériorité, de dépendance de la personne qui a bénéficié de l'aide des plus favorisés.

La réciprocité versus le bénéfice individuel

Le caractère individuel du bénéfice offert par la mutuelle est souvent différencié du caractère collectif des associations endogènes.

Pop 1.3 ; Q5H4 : Maliando nous aide individuellement, alors que nos associations ont en vu tout un groupe et défendent son intérêt. Dans nos associations, si tu tombes malade et n'assiste pas aux travaux qui rendent, tu n'auras rien.

Les profits des systèmes endogènes d'épargne, de cotisation et des travaux communautaires sont divisés en parts égales à ceux qui ont contribué, ou sont destinés à un but précis comme à l'achat de matériel de construction auquel chacun a accès à son tour. La communauté veille à ce que le partage des bénéfices se fasse de façon équitable. Les bénéfices financiers auxquels la mutuelle donne droit, par contre, ne sont pas fonction de la somme versée, mais des besoins individuels en santé. Le souhait de savoir qui a bénéficié d'interventions de la mutuelle, exprimé par une personne, peut être interprété comme une vérification du partage égal, de la réciprocité équilibrée³⁵, ou comme une intention d'établir un statut de dépendance pour ceux qui ont reçu plus que les autres. Néanmoins, la majorité fait une nette différence entre la réciprocité traditionnelle et la solidarité « *des blancs* » et indique cette approche différente du partage comme l'avantage essentiel de la mutuelle.

L'accès à des bénéfices individuels importants sans pénalisation financière ni contrôle social

Certaines associations peuvent intervenir pour des frais de soins de santé d'un montant limité. Dans ce cas, la raison du prêt ou de l'aide financière doit être soumise au contrôle des membres du groupe, tandis que la mutuelle garantit un accès aux soins plus discret. La citation suivante pourrait illustrer un contrôle social en opposition avec la formulation fréquemment (10) utilisée que « *Maliando intervient pour toutes les maladies* » :

³⁵ Le concept de la *réciprocité équilibrée* implique deux choses : d'abord que le transfert de ressources est conditionné par l'engagement de le 'retourner' dans un laps de temps relativement court ; et ensuite, que dans la perception des gens, ce retour (*return* en Anglais) doit compenser ou balancer le transfert initial. Voir Dubuisson D (1996) : Systèmes décentralisés de sécurité sociale, Centre de Recherche en Economie du Développement (CRED) & Facultés Notre Dame de la Paix (FNDP) Namur (Eds).

Pop 4.3 ; Q4H3 : MALIANDO est à saluer s'il respecte ce qui est dit parce que s'occupant de l'aide à travers la santé. Nos organisations malgré notre union, ne peuvent pas assurer, et garantir notre traitement. Nous pouvons avoir l'argent en caisse, mais nous ne pouvons pas être d'accord sur son utilisation en cas de maladie.

En dehors des mécanismes de réciprocité, les systèmes endogènes ne donnent accès à des sommes importantes pour utilisation individuelle qu'en prévoyant un intérêt très substantiel. « . . . 3.000 Fg a Maliando traite une maladie de 50.000 Fg , dans nos associations tu prends un sac de riz en dette, tu rendras le double l'année prochaine. »

Pour les non-adhérents, les sommes nécessaires pour couvrir les frais de maladies graves doivent être portées par les membres de la famille proche. Les ménages ont recours à la vente de réserves alimentaires et de bétail, ou aux prêts avec intérêt. Par contre, l'avantage financier de la mutuelle peut être substantiel en cas de maladie grave, en contrepartie d'une prime qui est systématiquement jugée modique dans cette comparaison faite par de nombreux intervenants.

L'intégration d'un système exogène : la complémentarité

Le mécanisme de la mutuelle est clairement perçu comme un système exogène. Certains intervenants indiquent la mutuelle comme « *votre système* », utilisent les mots « *dites à vos responsables* », « *à vos grands* », etc. Mais il n'y a pas de doute que la grande majorité des répondants est favorable à l'arrangement financier de la mutuelle qui permet l'accès immédiat à une aide financière importante dans ce domaine jugé primordial qui est la santé. Les réponses détaillées et précises aux questions au sujet des différences entre les associations et la mutuelle montrent clairement l'opinion positive des participants du modèle théorique de la mutuelle. Plusieurs intervenants soulignent qu'aucun système endogène n'offre un tel avantage financier que seul un système basé sur un grand nombre d'adhérents peut assurer. Il est évident que les participants considèrent leurs systèmes endogènes et ce partage des risques exogène comme des mécanismes financiers complémentaires.

Les intervenants des quatre populations cibles donnent des réponses similaires aux questions concernant les différences entre mutuelle et associa-

tions endogènes. Les participants qui ne se sont jamais inscrits (population 4) décrivent les avantages de la mutuelle avec autant de précision que ceux qui ont été ou sont toujours membres. Les non-adhérents (populations 2 et 4) sont tout aussi favorables aux principes de solidarité élargie et de partage des risques et reconnaissent les bénéfices potentiels de la mutuelle.

Néanmoins, si tant de mécanismes financiers répondant à différents besoins existent dans la communauté, si la santé est à ce point reconnue comme une préoccupation primordiale, et si un système exogène semble être accepté en principe avec tant de facilité, la question s'impose à savoir pourquoi un mécanisme local pour financer les soins de santé n'a pas été conçu.

Une dernière opposition entre les associations endogènes et la mutuelle pourrait clarifier pourquoi aucun système endogène n'ait été élaboré pour assurer le financement des soins de santé : les associations endogènes remplissent les objectifs qui ont été fixés, tandis que la mutuelle ne réussit pas à tenir ses promesses et a déçu beaucoup de ses membres.

Pop 3.1 ; Q5F2 : ... Par rapport à la Mutuelle qui s'occupe des maladies nos Dékoudous parviennent à satisfaire les objectifs pour lesquels ils sont fondés (mariage, baptême, décès). MALIANDO ne parvient pas à satisfaire les objectifs de traitement de maladies pour lesquels elle est créée.

Le Tableau11 résume les principales différences entre associations endogènes et la mutuelle telles qu'exprimées par les participants dans les discussions des groupes focalisés.

Tableau 11: Les différences illustrées entre les associations endogènes et la mutuelle

Les associations endogènes	La mutuelle
Les objectifs :	
- Pour la vie sociale : cotisations pour les décès, les baptêmes, les mariages, les fêtes, les événements sociaux ; malheurs et bonheurs ; « bon voisinage »	- Pour une seule priorité essentielle, la santé : une caisse pour les maladies, la santé physique, pour préserver la santé
- Se réunir, fêter, fait partie des objectifs : il faut saluer en groupe ; pour des activités où on se rencontre	- Fêter n'est pas un objectif
Modalités de fonctionnement :	
- Se connaître est important => petits groupes	- Grand groupe est essentiel => se connaître n'est pas important
- Le bénéfice est la somme des cotisations	- Une somme spécifique qui garantit la santé quel que soit le prix réel
- Caractère collectif des bénéfices	- Caractère individuel des bénéfices
- Défend l'intérêt du groupe (le groupe se défend contre l'individu) :	- Défend un intérêt individuel (le groupe défend l'individu) :
* Financer une fête, à laquelle tous sont présents	* La communauté finance un individu
* Il faut rembourser un intérêt important pour un prêt individuel (une garantie contre l'individu qui va se distancier trop de la moyenne)	* La somme à payer est petite par rapport au bénéfice individuel potentiel (exactement l'opposé)
* Partage avec bénéfice égal pour chacun	* Bénéfice en fonction des besoins individuels ; « réciprocité à long terme »
- Système juridique en place : Recours à l'autorité si nécessaire	- Pas de recours à l'autorité en place
Les différents mécanismes financiers mentionnés :	
- Systèmes de financement des événements sociaux	- Financement d'événements individuels
- Systèmes d'épargne avec bénéfices à tour de rôle (systèmes tontiniers)	- Pas de lien direct entre cotisation et bénéfice
- Des activités, travaux de groupes avec répartition égale de bénéfices	- Répartition inégale de bénéfices
- Une caisse condamnée avec partage à parts égaux et à une date précise	- Répartition inégale, accès aux bénéfices quand nécessaire
- Un système de solidarité riches – pauvres	- Solidarité non-malades – malades

- Préférence pour le pré-paiement individuel	- Le partage des risques
- Systèmes pour prêts individuels avec intérêt substantiel	- Risque de contribuer sans bénéfices financiers, mais le but (la santé) est atteint
Les modalités de cotisations :	Les comparaisons mentionnées :
- Cotisations plusieurs fois par année	- Paiement une fois par an
- Plusieurs petites cotisations pour avoir accès à une grande somme pour un investissement	- Une cotisation substantielle par an, pour plusieurs bénéficiaires potentiels
- Systèmes d'épargne : petites cotisations régulières	- Une grande somme initiale
- Cotisation à chaque problème : à chaque événement social, demande d'aide, recherche individuelle de fonds au moment des besoins	- La somme unique couvre les besoins pendant 1 an, même pendant les périodes difficiles
Le montant accessible :	Les comparaisons mentionnées :
- La somme totale pour un événement auquel on participe tous ; partage égal entre ceux qui ont participé à l'effort	- Pas de lien entre la cotisation et le bénéficiaire ; « réciprocité à long terme »
- Systèmes d'épargne : bénéfice à montant et date fixée	- Bénéfice à montant inconnu, date selon le besoin
- Le bénéficiaire de dons est socialement dévalorisé	- Solidarité anonyme ; pas de contrôle social
- Perte de temps à la recherche d'argent	- Accès immédiat
- Accès à des sommes importantes :	- La « nouvelle » solidarité :
* Pas de système de solidarité prévu	* Sans intérêt difficile à rembourser
* Prêt individuel avec intérêt très substantiel à rembourser au groupe	* Bénéfice sans limites pour les grandes dépenses en cas de maladie grave
* Vente de biens	

Note : ce tableau donne un résumé des citations; les remarques entre parenthèses sont des interprétations.

CONCLUSIONS PAR RAPPORT AUX HYPOTHESES 2 ET 5

Les opinions exprimées si clairement par les participants aux groupes focalisés ont donné une réponse sans équivoque aux deux hypothèses qui touchent aux aspects conceptuels de la mutuelle :

Hypothèse 2 : Une différence dans la perception et la compréhension du concept/principe de l'assurance.

Hypothèse 5 : L'absence d'articulation avec « ce qui existe déjà », c'est à dire avec des mouvements associatifs endogènes

Le faible taux d'inscriptions à la mutuelle peut difficilement être attribué au manque de compréhension ou d'approbation du principe de la mutuelle. L'excellente compréhension du principe de base et l'enthousiasme des participants pour le modèle démontrent qu'une telle interprétation n'est pas fondée.

Quelques participants qui se sont inscrits les deux années consécutives suggèrent l'ignorance comme raison de non-adhésion : « *Pour moi, c'est par ignorance que les autres n'ont pas adhésés, ils ne sont pas éclairés* », « *Ils ne voient pas loin* ». Cette opinion ne semble pas justifiée. Premièrement, elle n'est pas confirmée par les non-adhérents eux-mêmes. Ensuite, les non-membres font preuve d'autant de compréhension du fonctionnement, des avantages et désavantages de la mutuelle que les membres.

Un des groupes de non-adhérents (4.2) a reçu une information inexacte à propos de la mutuelle. Pendant la campagne de sensibilisation faite dans leur village, il avait été dit que le montant de la prime d'adhésion était de 3200 Fg par mois au lieu de par an. Tout en exposant les avantages théoriques de l'assurance maladie, les femmes de ce groupe expliquaient qu'à ce prix elles ne voyaient pas d'avantages financiers et n'avaient donc pas inscrit leurs familles. Cet exemple inversé ne fait que confirmer que l'ignorance et le manque de jugement ne peuvent pas être invoqués comme cause de non-adhésion.

En comparaison à l'universalité de la participation aux associations endogènes, le faible taux de participation à la mutuelle pourrait en effet suggérer que le modèle théorique du partage des risques ne soit pas adapté aux ha-

bitudes locales. Le fait de reconnaître le mécanisme financier de la mutuelle comme exogène n'empêche pas l'enthousiasme pour le nouveau principe, pour cette solidarité élargie au-delà des limites de la solidarité traditionnelle. Les participants ont les idées très claires quant aux différences entre les systèmes endogènes et le nouveau modèle, n'expriment pas le besoin de rapprocher les deux systèmes et jugent que les différents modèles sont complémentaires. De plus, les participants affirment que c'est justement *parce que* exogène que ce nouveau système apporte des solutions que les mécanismes endogènes n'apportent pas.

Malgré l'accueil favorable du concept théorique de la mutuelle, les participants décrivent tout aussi clairement les défauts de la mise en pratique du modèle théorique de la mutuelle. La majorité voudraient adhérer à la mutuelle, si seulement son fonctionnement réel se rapprochait du potentiel théorique. Il est bien évident qu'ils n'adhéreront pas aussi longtemps qu'un nombre de défauts de la mise en pratique ne soit corrigé.

DEUXIEME PARTIE

APPRECIATION DE LA MISE EN PRATIQUE

Les hypothèses incluent trois éléments de la mise en pratique qui pourraient influencer le taux d'adhésion : l'organisation et la gestion de la mutuelle, le paiement de la prime d'adhésion et la qualité des soins.

La suspicion vis-à-vis de mouvements associatifs formels/ institutionnalisés

Au cours de la préparation du projet, l'équipe de recherche qui connaissait le manque de confiance de la population envers les initiatives du secteur public, avait insisté de souligner que cette initiative n'émanait pas du Ministère de la Santé. Pendant la campagne de sensibilisation, ce point a fait l'objet d'une information spécifique. Les promoteurs du projet ont précisé auprès de la population que la mutuelle serait tout à fait séparée des services de santé du Ministère, que l'intention était d'intégrer la mutuelle dans les structures communautaires, et que la gestion de la mutuelle serait assurée par des membres de la communauté.

Dans les discussions, une fois seulement la suspicion vis-à-vis d'une gestion institutionnalisée est invoquée et l'intervenant ne fait que référer à l'information donnée pendant la campagne de sensibilisation.

Ce point ne pose donc pas problème et cet élément de l'information initiale a été bien assimilé. En outre, une multitude d'autres remarques montre qu'effectivement, les participants ne lient pas du tout la mutuelle à l'Etat ni au Ministère de la Santé, mais la situent dans la communauté.

Un manque de confiance dans les capacités gestionnaires des mutualistes

Observer le fonctionnement de la mutuelle avant d'adhérer semble être une pratique courante. Cette attitude prudente est non seulement mentionnée par ceux qui ne se sont jamais inscrits ou qui ont attendu la deuxième année, mais elle est également reconnue comme motif de non-adhésion des autres villageois par ceux qui se sont inscrits les deux années consécutives.

Suspicion vis-à-vis de la gestion financière

Plusieurs répondants ont donné des exemples d'autres systèmes exogènes de crédit et d'épargne ou même des associations locales dans lesquels des détournements d'argent ont eu lieu. La crainte qu'il y avait une intention de tromper financièrement les adhérents était donc bien présente quand cette nouvelle initiative a débutée. Il faut cependant noter que ce sont des répondants qui ont adhéré pendant deux années consécutives ou qui se sont inscrits pour la deuxième année qui ont fait ces remarques. Pour ces derniers, la suspicion de malhonnêteté était une des raisons du délai d'adhésion, mais finalement pas une cause de non-adhésion.

Une fois seulement il est fait allusion à une malhonnêteté des responsables de la mutuelle. Cependant, la cause de l'accusation d' « *escroquerie* » n'est pas liée à la gestion financière, mais au fait que la mutuelle n'a pas tenu ces promesses.

Une promesse non tenue : le rôle de garant de la qualité des soins

Aux groupes de participants qui se sont inscrits pour la deuxième année seulement (population 3), la question spécifique a été posée s'ils se sentaient maintenant protégés par la mutuelle. Les participants des deux groupes d'hommes mettent l'accent sur l'accès aux soins. Vu sous cet angle, ils trouvent que la mutuelle garde ses promesses et défend les mutualistes. Les trois femmes qui répondent à cette question mettent l'accent sur la qualité des soins et trouvent que la mutuelle ne défend pas les adhérents contre les soins de mauvaise qualité. Plutôt que l'honnêteté des gestionnaires, c'est bien la réalisation des objectifs et notamment la qualité des soins qui faisait l'objet des observations avant de prendre une décision d'adhérer (Tableau 12).

De nombreux participants expriment leur déception du fait que la qualité des soins est différente suivant qu'il s'agit de membres de la mutuelle ou de non-adhérents, les soins aux premiers étant perçus comme inférieurs, et cela tant au niveau de l'accueil au centre de santé que des traitements reçus. La responsabilité de ce traitement différentiel fait l'objet de nombreux commentaires. Certains maintiennent que la mutuelle elle-même n'est pas à mettre en cause, mais plutôt les prestataires des services de santé. Plus

nombreux sont ceux qui mettent en cause la mutuelle qui n'a pas réussi à réaliser les attentes des gens : tout en se rendant compte que les services de santé soient la cause directe des soins de moindre qualité, ils trouvent que la mutuelle a promis plus qu'elle ne pouvait donner.

Tableau 12 : « La mutuelle n'atteint pas ses objectifs ». Nombre de citations

	Pop 1	Pop 2	Pop 3	Pop 4	Total
Objectif pas atteint / attentes non satisfaites	4	3	3	1	11
Promesses non tenues		3	1		5
Nous ne sommes pas défendus			3	1	3

La campagne de sensibilisation

Visiblement, la campagne de sensibilisation a été très bien menée. Cela se voit non seulement à la remarquable compréhension des participants, mais également aux multiples références à la campagne d'information. Plusieurs personnes (9) indiquent la campagne de sensibilisation convainquante comme motif d'adhésion. Néanmoins, les habitants de Toly (4.2) ont reçu une information erronée, peut-être intentionnellement, au sujet de la prime et ne se sont pas inscrits. Une intervention d'un participant du village de Touffoudou (1.3) laisse entendre que les méthodes de persuasion utilisées n'ont pas toujours été correctes : « *Le secrétaire général de Maliando était même venu nous dire que si Touffoudou ne veut pas de la Mutuelle qu'on le lui dise et qu'il informe les organisateurs gare à nous.* » Souvent, la référence à la campagne d'information est mentionnée en relation aux attentes déçues : « *Pour cette année 2000 beaucoup de gens sont découragés malgré les séances d'animation faites par PRIMA. L'expérience des 2 premières années n'a pas satisfait nos attentes.* »

Des critiques de la gestion ou des responsables de la mutuelle

Deux participants ont été irrités par des observations faites par des responsables de la mutuelle concernant la « surconsommation ». Les deux, qui appartiennent aux même groupe de discussion (2.1) déclarent avoir été découragés d'appartenir à la mutuelle si telle est l'attitude des responsables.

Certains exemples d'erreurs de gestion sont décrits par les participants. Il s'agit de problèmes financiers et de conflits qui probablement existent dans

toute assurance ou mouvement mutualiste. Les litiges rapportés qui ont trouvé une solution ont été résolus par un remboursement financier par la mutuelle. Dans deux cas, une solution satisfaisante n'a pas été trouvée. Pour ces deux adhérents qui se sont senti lésés, ces différends ont influencé leur décision de ne plus adhérer. Ces exemples montrent la nécessité d'établir un système officialisé de recours pour arranger les litiges, ce qui est indirectement suggéré par un intervenant :

Pop 1.1 ; Q5H4 : Au niveau des associations locales, si j'ai un problème après avoir payé la cotisation et que je ne bénéficie pas de l'aide, je peux me plaindre à l'autorité. Avec Maliando il n'y a pas de pareils cas.

Les capacités de gestion des mutualistes, c'est-à-dire leurs capacités administratives ou organisationnelles, ne font l'objet d'aucune remarque.

Conclusion par rapport aux hypothèses 3 et 4

Suite à de mauvaises expériences d'autres initiatives mises sur pied dans la région, il y avait une suspicion initiale que la mutuelle pût être une nouvelle occasion de détournement d'argent. Le fonctionnement de la mutuelle pendant deux ans semble avoir démenti cette crainte. L'intégrité des responsables de la mutuelle en ce qui concerne la gestion des fonds n'est pas remise en question. Ils jouissent de la confiance de la majorité des adhérents et il y a peu de critiques directes à leur égard. Le manque de confiance dans les capacités gestionnaires des mutualistes ne peut pas être retenu comme une cause directe du faible taux d'adhésion.

Cependant, il reste parmi les répondants un sentiment de déception. Cela s'exprime par la constatation que la mutuelle n'arrive pas à défendre ses adhérents et ne tient pas ses promesses. « *Au début les responsables nous avaient dit de bonnes choses sur Maliando, mais nous n'avons rien vu.* » Plutôt que dans un manque de confiance dans les capacités gestionnaires des mutualistes, les causes du faible taux d'adhésion doivent être cherchées dans le fait que la mutuelle s'est avérée incapable de réaliser ses objectifs, ce qui est, plus qu'une question de confiance, un réel problème de gestion.

Des problèmes de ressources : contributions/ primes non abordables

Qui sont ceux qui ne peuvent pas payer ?

Une question spécifique au sujet des ménages qui n'ont pas assez d'argent pour payer la cotisation a été posée aux groupes de participants qui se sont inscrits pendant les deux années consécutives (population 1) et qui se sont inscrits pour la deuxième année uniquement (population 3). Les handicapés physiques, les aveugles et les malades permanents sont identifiés comme des groupes d'indigents qui ne peuvent payer la contribution à la mutuelle. Les hommes désignent également « *les paresseux* », ceux qui n'ont pas les moyens parce qu'ils ne travaillent pas, qui boivent, ou qui ne voient pas l'importance de prendre des mesures pour préserver la santé. Contrairement aux hommes, les femmes ne partagent pas ces opinions moralisatrices ni se limitent à la définition restrictive des indigents. Elles disent qu'un nombre important de familles voudraient adhérer mais n'ont pas les moyens financiers de payer la prime.

Cette observation est confirmée par les participants des groupes qui ne se sont jamais inscrits (population 4) ou qui ne se sont plus inscrits pour la deuxième année (population 2). Parmi ceux-ci, le manque de ressources est souvent donné comme raison principale de non-adhésion. « . . . *ce qui a fait je n'ai pas renouvelé mon adhésion l'année passée, c'est le manque de moyens et le fait qu'ils ont augmenté la caution annuelle à 3.400 Fg a mis un grand barrage.* » D'autre part, même dans les groupes de membres de la mutuelle, plusieurs avouent que le prix d'adhésion est une charge considérable. Certains enthousiastes de la mutuelle disent qu'ils *préfèrent s'endetter* plutôt que de ne pas être membres.

Trois interventions plutôt inquiétantes méritent considération :

Pop 1.3 ; Q8H2 : L'année passée certains avaient retardé, nous l'avons su et c'était par manque de moyen ou de maladie.

Pop 2.1 ; Q1H1 : . . . , c'est ma maladie qui m'a empêché d'adhérer l'année passée, . . .

Pop 3.2 ; Q1H5 : La 1ere année, j'étais malade, je n'avais pas de moyens. . . .

Tout comme l'avantage de l'accès rapide aux soins qui est exprimé en temps gagné pour travailler aux champs, ces exemples montrent la situation précaire dans laquelle se trouvent certaines familles. Un épisode de maladie du père de famille a dans ces cas empêché l'adhésion de son ménage, ce qui pourrait indiquer que ceux qui ont le plus besoin d'accès aux soins soient exclus, une éventualité également suggérée par cette femme non inscrite :

Pop 4.2 ; Q2F3 : C'est nous les malades, nous qui perdons beaucoup d'enfants avons plus d'intérêt avec Maliando par rapport aux autres qui ont moins de maladies que nous. Les autres femmes accouchent rapidement en bonne santé sans problème. Elles ont moins d'intérêt que nous à adhérer dans Maliando. C'est nous les malades qui fréquentons de plus les guérisseurs traditionnels, on va chez n'importe quel marabout pour nous traiter, cependant malgré tout le mal persiste. ...

A première vue, il semble y avoir contradiction entre les deux affirmations fréquemment répétées que l'inscription à la mutuelle donne accès aux soins à un prix très favorable et que le montant d'adhésion soit trop élevé. La pauvreté est aussi bien invoquée comme motif d'adhésion que comme cause de non-adhésion. Pour les adhérents qui se déclarent pauvres : « *Le manque de moyens nous fait adhérer à la Mutuelle dans l'espoir que nous allons désormais avoir la santé toute l'année en ne payant que 3.000 Fg . Moi je suis souvent malade. Il me faut assez de soins, nos moyens sont très limités, donc avec Maliando j'aurai ma santé* ». Plusieurs non-adhérents expliquent que les soins de santé sont beaucoup plus onéreux pour eux et regrettent pour cette raison de ne pas être membres. Cependant ils n'ont pas les moyens de payer la prime qui donne accès aux soins moins chers.

Certains se trouvent probablement en dessous d'un seuil de pauvreté qui rend l'adhésion difficile ou qui ne permet pas de verser la somme en une fois. Le moment des récoltes choisi pour le paiement des primes n'est pas une garantie que les villageois aient la somme nécessaire. Deux participants spécifient qu'au moment des inscriptions ils n'avaient pas d'argent du tout. Mais étant donné qu'il faut payer l'inscription pour chaque membre du ménage, le montant total élevé a particulièrement dissuadé les familles nombreuses : « *... si tu as 10 membres à 3400 Fg par personne, c'est un peu difficile* ». Tous les intervenants qui mentionnent « *les familles nombreuses* »

témoignent du fait que l'inscription pour tous leurs membres est une charge trop lourde pour les grandes familles.

Quelles solutions proposent-ils ?

Différentes suggestions pour aider les plus pauvres sont faites. Certains soutiennent que les mécanismes de solidarité endogène devraient intervenir. L'adhésion des plus pauvres pourrait être payée par une caisse villageoise ; les autres villageois pourraient payer une partie ou la moitié du montant d'inscription ; les riches pourraient payer pour leurs voisins pauvres ; les pauvres devraient pouvoir payer en nature. La majorité, cependant, suggère que « la mutuelle » doive prendre en charge les pauvres, gratuitement ou en diminuant le prix d'adhésion, sans toutefois préciser que cette générosité impliquerait une augmentation du montant d'adhésion des autres. Une personne, néanmoins, mentionne qu'un grand nombre d'adhérents pourrait permettre l'adhésion gratuite des indigents.

Pour rendre l'inscription accessible aux familles nombreuses, plusieurs proposent de permettre aux grandes familles de régler le paiement en différentes phases ou de diminuer le montant d'inscription par personne. Ces propositions démontrent un manque de ressources pour payer le montant total, mais suggèrent néanmoins que l'inscription soit avantageuse, même pour les grandes familles.

D'autres intervenants proposent que seulement une proportion des membres des familles nombreuses ne doive être inscrite. Il est possible que certains perçoivent qu'inscrire tous les membres d'une famille nombreuse au prix d'inscription actuel ne présente pas un avantage financier, et que dans leur évaluation des risques, ils jugent qu'il est plus avantageux de payer les soins au moment où un membre de la famille tombe malade que de payer la prime pour chacun. La manière dont certains participants décrivent les pratiques d'inscription seulement d'un nombre limité de leur famille nombreuse suggère qu'inscrire tous les membres de la famille ne soit pas ressenti comme équitable.

Certaines femmes qui affirment que la pauvreté empêche l'inscription, ajoutent néanmoins que même les familles les plus pauvres feraient l'effort de s'inscrire si la qualité des soins auxquels la mutuelle donne accès était meilleure.

Que peut on conclure ?

Le manque de ressources financières est sans aucun doute une cause importante de non-adhésion, non seulement pour le groupe restreint de ceux qui sont indiqués comme indigènes et pour ceux qui se déclarent trop pauvres pour payer la prime, mais également pour les familles nombreuses que pourtant personne ne désigne comme étant pauvres.

Les observations indiquant directement les raisons financières pour ne pas adhérer sont résumées dans le Tableau 13. Cependant, le sujet des difficultés financières ne se limite pas à ces interventions spécifiques mais est fréquemment mentionné pendant les discussions, notamment quand les participants proposent des modifications qui stimuleraient l'adhésion.

Tableau 13: *Ne pas adhérer : Raisons financières**

	Pop 1	Pop 2	Pop 3	Pop 4	Total
Les « vrais pauvres »	3				3
Les « paresseux »	4		1		5
Manque d'argent, trop pauvre	1	8	5	5	19
Les familles nombreuses	3	4	2	9	18
Total					45
Le montant de la prime (le groupe mal informé)				9	9

* Uniquement si donné comme cause de non-adhésion ou découragement

Une qualité des soins médiocre

Les adhérents de la mutuelle se rendent beaucoup plus souvent au centre de santé de Yendé que les non-adhérents³⁶. Ceci est affirmé aussi bien par les mutualistes eux-mêmes que par les non-adhérents et pourrait faire croire que les mutualistes sont satisfaits des soins qu'ils y reçoivent. Cependant, la majorité des mutualistes se déclarent déçus de la qualité des soins donnés au centre de santé. Il y a de nombreux commentaires sur la qualité médiocre des soins pour les membres de la mutuelle, même en réponse à des questions qui n'ont à première vue rien à voir avec ce sujet.

³⁶ Les rapports d'utilisation confirment cette observation : pour les mutualistes entre 1.6 et 2.2 nouveaux cas/habitant/an ; pour les non-mutualistes entre 0.2 et 0.8 nouveaux cas/habitant/an (voir chapitre 1).

Cependant, dans trois des 12 discussions, il n'y a que des observations positives regardant la qualité des soins : Deux groupes d'hommes adhérents (1.3 et 3.2) qui commentent surtout l'accès aux soins qui est considérablement amélioré pour les membres de la mutuelle, et un groupe de femmes non-membres (4.2). Le montant de la prime est le sujet principal de la discussion du groupe 4.2. Il s'agit du village mal informé où il avait été dit que le montant à payer était de 3200 Fg par mois. Dans ce groupe, la plupart des remarques concernant la qualité des soins expriment plutôt des attentes, maintenant qu'elles sont informées du montant réel de la prime. Seulement deux femmes décrivent les soins de qualité reçus par des adhérents d'autres villages, à l'hôpital dans un des deux cas.

Les observations positives dans les autres groupes viennent le plus souvent au début de la discussion, on y loue « *les bons soins* » auxquels la mutuelle donne accès. A partir de la première remarque négative, le terme général « *les soins* » est moins utilisé et les différentes composantes de la qualité des soins sont explicitées. Ce que les gens entendent par des soins de qualité se voit le mieux dans l'expression de leurs déceptions et dans les comparaisons qu'ils font entre les attentes et la réalité, entre les soins donnés aux membres de la mutuelle et aux non-adhérents, la comparaison avant et après inscription, le traitement des riches et des pauvres, les « *bons soins* » du secteur privé et de l'hôpital et les « *mauvais soins* » du centre de santé.

Il n'est pas étonnant que les participants de la sous-population 2, qui ne se sont plus inscrits la deuxième année, sont très critiques quant à la qualité des soins. Cependant, parmi les répondants des groupes 1.1, 1.2, 3.1 et 3.3, qui sont membres au moment des discussions, les observations négatives prédominent également largement (Tableau 14). Dans les groupes de ceux qui ne se sont jamais inscrits (population 4), les nombreuses interventions sur l'accès financier cachent parfois l'attente que la mutuelle donne accès à des soins satisfaisants. Néanmoins, tandis que les observations positives réfèrent au potentiel de la mutuelle, les exemples donnés de mauvaise qualité des soins sont basés sur des faits observés.

Tableau 14: Nombre d'interventions qui comprennent une observation sur la qualité des soins

	Mauvaise qualité au centre de santé	Bonne qualité au centre de santé	Bonne qualité à l'hôpital ou dans le secteur privé	Interventions qui comprennent une observation au sujet de la qualité	Nombre total d'interventions
Pop 1.1	15	1	5	17	32
Pop 1.2	12	3	3	17	30
Pop 1.3	0	4	3	7	38
Pop 2.1	13	0	9	15	28
Pop 2.2	15	0	3	15	31
Pop 2.3	16	2	5	20	35
Pop 3.1	21	0	4	24	31
Pop 3.2	0	13	1	13	35
Pop 3.3	17	3	6	21	39
Pop 4.1	13	1	5	16	36
Pop 4.2	0	4	1	5	28
Pop 4.3	11	1	5	12	20
Total	133	32	50	182	383

Note : une intervention peut comprendre plusieurs éléments et être reprise plusieurs fois

Les attentes et la réalité

Dans tous les groupes, dès qu'il est question des avantages potentiels de la mutuelle, de ce qui aurait pu être, tous sont très positifs. C'est souvent à ce point dans la discussion que les considérations sur la qualité des soins font leur entrée dans le débat, la comparaison entre les attentes et la réalité. Retrouver la santé le plus rapidement possible est le bénéfice attendu des soins de qualité. L'objectif guérison rapide et les moyens pour y arriver sont souvent résumés en quelques mots par les participants du groupe 3.1 : la guérison rapide, les bons médicaments et le bon accueil.

Pop 3.1 ; Q8F1 : Si on recevait de bons soins c'est à dire bon accueil, bons produits, et guérison rapide, je suis prête à adhérer pour l'année 2000. Si cela n'est pas fait vraiment vous allez bien vouloir m'excuser.

Dans tous les groupes à l'exception de ceux qui ne donnent que des commentaires positifs (1.3, 3.2 et 4.2), les participants ont exprimé leur perception de la qualité des soins offerts aux adhérents de la mutuelle en ter-

mes de découragement. « *On paye la cotisation à 3.400 Fg /an, cependant nous ne bénéficions pas de bons soins, c'est décourageant.* » Une observation difficile à interpréter mais qui certainement ajoute encore au découragement est que les membres de la mutuelle acceptent difficilement que les non-adhérents « *se moquent* » des mutualistes qui ne reçoivent pas de bons soins ou ne guérissent pas. Cette observation revient 5 fois dans 4 discussions différentes.

Pop 1.1 ; Q8H2 : Quand tu vas au centre de santé malade, tu reviens encore à la maison malade, les voisins non adhérents se moquent de toi et cela fait honte. Si nous les premiers ne sommes pas satisfaits, les autres n'adhéreront pas.

La différence des soins donnés aux membres de la mutuelle et aux non-adhérents

Les thèmes qui reviennent le plus souvent dans la comparaison entre mutualistes et non-adhérents sont l'accueil, le prix à payer et les médicaments reçus. Certains, en majorité des hommes adhérents, trouvent que les mutualistes sont bien accueillis et doivent attendre moins longtemps avant d'être vu. Plus nombreux sont ceux qui trouvent que les mutualistes sont mal reçus ou ne sont même pas regardés. Les femmes surtout sont de cet avis. Le choix des médicaments offerts aux mutualistes est de loin ce qui dérange le plus les adhérents : les non-adhérents ont accès à des médicaments plus appréciés, quoiqu'ils doivent payer le prix. Il s'agit dans ce cas d'un circuit parallèle de médicaments vendus par les infirmiers. L'accès aux soins est relevé comme avantage, cependant, aussi bien parmi les adhérents que parmi les non-adhérents il y a de nombreuses réflexions « *à quoi bon* », puisque les soins auxquels la mutuelle donne droit sont inférieurs. « *Je le sais, ils ont plus de facilités mais pour aller résoudre quoi ? Souvent à leur retour, ils ne nous racontent que de la déception.* »

La comparaison avant et après inscription

Quand les termes « *guérison rapide* » et « *bons produits* » sont vus comme un avantage de la mutuelle, les participants font le plus souvent référence à l'accès rapide aux soins modernes, en comparaison avec la situation d'avant, où il fallait d'abord essayer les produits traditionnels. L'avantage de l'accès aux soins à moindre prix est retenu par les mutualistes satisfaits, les non-satisfaits décrivent la même situation, mais mettent l'accent sur la

médiocrité des soins reçus. « *Quand ma sœur mutualiste a accouchée au CS un dimanche elle n'a eu aucun produit pendant 3 jours. Cependant avant la Mutuelle même si tu partais un dimanche au CS si tu avais de l'argent tu recevais les bons soins et un bon accueil et on vaccinait dès la naissance le nouveau-né.* »

Riches - pauvres

Les deux avis opposés se retrouvent dans la comparaison des soins donnés aux riches et aux pauvres : Les satisfaits trouvent que la mutuelle a limité les privilèges des riches et a élargi l'accès aux soins aux pauvres, les mécontents observent que les riches, qui n'ont pas besoin de mutuelle, sont mieux accueillis et reçoivent de meilleurs médicaments. « *Des fois quand tu vas malade au centre de santé si tu trouves quelqu'un de plus riche que toi on te regarde pas. On t'abandonne au profit du plus riche.* »

Les reproches faits à l'égard du centre de santé de Yendé

La déception est souvent exprimée en termes généraux : Nous ne recevons (ils ne reçoivent) pas de bons soins (32), le traitement est insatisfaisant (14), nous sommes déçus par la qualité des soins au centre de santé (5). Les facteurs de qualité des soins mentionnés dans les observations plus précises peuvent être classés dans les grandes catégories suivantes :

- La guérison
- Les médicaments
- L'accueil/l'attitude du personnel
- La compétence du personnel
- Le diagnostic et la prescription adéquate
- La référence au deuxième échelon
- L'équipement

Toutes les observations négatives au sujet de la qualité des soins sont résumées dans le Tableau 15.

La guérison

Le fait qu'on ne guérit pas au centre de santé est mentionné 12 fois. « *On va plus vite et toujours au CS que les non adhérents, seulement très souvent on ne guérit pas de nos maladies.* » L'absence de guérison rapide est le plus souvent mentionné comme élément de la définition succincte « guérison rapide, bons produits, bon accueil », à elle seule répétée 9 fois dans la discussion des femmes déçue du groupe 3.1. Plus souvent le manque de guérison

est liée aux médicaments inefficaces reçus au centre de santé ou dans le cadre de la mutuelle (18).

Les médicaments

Le manque de « *bons produits* » est bien le reproche principal fait à l'égard du centre de santé, ou plutôt à la mutuelle. Ce reproche est formulé de façons différentes : Les produits ne sont pas de bonne qualité (24) ; nous recevons des médicaments qui ne guérissent pas (18) ; toujours les mêmes médicaments (16), même pour des maladies différentes et quand ils reviennent non guéris pour le même épisode de maladie. En plus, les participants n'apprécient pas que les mutualistes ne reçoivent que des comprimés (4) ou que ce sont les mêmes médicaments qu'on trouve au marché (9). Plusieurs mettent ce dernier constat en relation avec le ticket modérateur et remarquent que pour ce prix de 500 Fg il est compréhensible que le traitement au centre de santé soit inadéquat, que les mêmes médicaments sont moins chers au marché, ou encore qu'ils préfèrent acheter dans le secteur privé des médicaments plus chers mais « *qui guérissent* ». Finalement, un conseil fréquemment entendu est qu'il faut « *envoyer de bons produits pour les mutualistes* » (18).

Malgré toutes les observations qui mettent en lumière les médicaments différents que reçoivent les adhérents de la mutuelle et les autres patients, le principe d'une liste de médicaments essentiels établie dans le cadre de la mutuelle n'est pas mentionné. « *On se demande même des fois si c'est Maliano qui ne donne pas un bon médicament ou bien ce sont les docteurs qui bloquent ?* » Il n'est fait référence qu'à la différence entre les médicaments disponibles « *au centre de santé* » ou « *aux mutualistes* » et « *aux riches* », « *à ceux qui payent* ». Cette différence fait clairement l'objet de frustrations et suscite de nombreuses remarques virulentes à l'égard de la mutuelle ou du personnel de santé.

L'absence de médicaments dans le centre de santé ne fait l'objet que de rares observations (3). Il semblerait donc que des ruptures de stock ne soient pas perçues comme un problème majeur au centre de santé. Deux personnes se plaignent de ne pas avoir reçu de médicaments, et 4 qu'un médicament pour une maladie spécifique n'était pas disponible. Néanmoins, le manque d'un médicament pour traiter une condition spécifique n'est pas nécessairement compris comme une preuve de mauvaise qualité :

Référer à l'hôpital est accepté comme alternative.

L'attitude du personnel

Manifestement, les participants n'ont pas une haute estime du personnel du centre de santé. « *Je suis rentrée dans Maliando, pour pouvoir traiter nos multitudes maladies. Mais comme les infirmiers du centre de santé de Yendé font le contraire (n'accueillent pas bien les malades, ne sont pas compétents, pas de bons médicaments, ne donnent même pas la parole aux malades. . .) cela m'a vraiment découragée.* »

Le mauvais accueil (24), le manque de considération, de respect et d'attention pour les patients (6) font l'objet de plusieurs observations véhémentes : « *personne ne s'est intéressé à moi* » ; « *les Docteurs ne m'ont même pas regardée* » ; « *au centre de santé on te donne quelques comprimés mais avec une mauvaise mine* ». Néanmoins, une femme observe que « *Au début, les infirmiers avaient bien commencé, mais ils ont changé après* », une observation approuvée par les autres participantes du groupe.

Les frustrations par rapport au personnel sont souvent exprimées dans un contexte financier : Ceux qui payent reçoivent de meilleurs soins, aussi bien en ce qui concerne l'accueil/l'attitude que l'accès à des médicaments de qualité. L'opinion de la majorité des mécontents ne laisse pas de doute : Les mutualistes reçoivent de mauvais soins parce que la mutuelle diminue les avantages financiers du personnel. Ceci est valable pour les infirmiers aussi bien que pour les autres membres du personnel.

Une personne donne cependant une explication positive à la vente de médicaments par les infirmiers :

Pop 4.1 ; Q2H4 : Nous reconnaissons qu'il y a des maladies qui n'ont pas de médicament ici, c'est ainsi que certains bénévoles ayant ces médicaments les donnent aux patients, dans ce cas le prix est cher, c'est ce que certains ne comprennent pas, cela m'est arrivé une fois.

L'absence des infirmiers, qui semble être un fait réel observé par les responsables, n'est pas mise en avant comme un problème important. Une personne observe que « *l'infirmier compétent* » est trop souvent absent pour des formations, une seule personne suggère qu'il faut plus d'infirmiers au centre

de santé. La majorité demande plutôt d'envoyer des infirmiers « *compétents* » (20).

La compétence du personnel de santé

Bien qu'il y ait de nombreuses références à l'incompétence des infirmiers du centre de santé (28), il est difficile de comprendre ce qui est entendu par « *compétence* », un terme qui n'est jamais clairement défini. Il y a en plus une certaine contradiction entre les constatations que les infirmiers ne sont pas compétents et que les non-adhérents ou ceux qui paient reçoivent des soins de qualité.

Certains participants réfèrent à l'attitude des infirmiers. Il y a peu d'observations directes concernant le diagnostic. Plus nombreux sont ceux qui laissent entendre que les infirmiers ne connaissent pas les maladies, en opposition avec ceux de l'hôpital ou du secteur privé. Le plus souvent, la compétence des infirmiers semble être liée aux médicaments qu'ils prescrivent. « *Je pense bien qu'il n'y a pas d'infirmiers compétents dans notre centre de santé de Yendé, si tu montres une maladie, ils te donnent un médicament pour une autre maladie.* » Il y a aussi plusieurs exemples concrets où les infirmiers sont accusés de prescrire un traitement inadéquat ou erroné. « *Ils ont prescrit du para et chloroquine, cependant, dans le carnet ils avaient écrit Mansoni, alors ils n'ont pas prescrit des produits qui peuvent lutter contre le Mansoni.* »

La référence au deuxième échelon

L'accès à l'hôpital est indiqué comme l'avantage qualitatif principal de la mutuelle, par conséquent, plusieurs personnes qui se sont vu refuser une référence au deuxième échelon expriment leur mécontentement à ce sujet. Dans certains cas, on se doute que les infirmiers préfèrent offrir un traitement qui dépasse la liste restrictive de la mutuelle pour en tirer des avantages financiers personnels, dans d'autres cas, une référence ne semble pas être justifiée et une meilleure information aurait pu satisfaire le patient.

L'équipement et l'infrastructure

L'équipement du centre de santé n'a fait l'objet que d'une seule remarque, l'utilisation de moyens techniques pour faire un diagnostic n'a été mentionné qu'une fois, et il n'y a aucune référence à l'infrastructure du centre de santé. De même, les « *bons soins* » de l'hôpital et du secteur privé n'ont pas été vus sous cet angle. Apparemment, l'équipement et l'infrastructure des établissements de soins n'ont pas beaucoup d'importance pour les participants.

Tableau 15: La qualité des soins au centre de santé. Observations négatives

	Pop 1	Pop 2	Pop 3	Pop 4	Total
Soins, traitement pas bons/pas satisfaisants					
Les soins au CS ne sont	13	11	5	2	31
Le traitement n'est pas bon/satisfaisant	4	3	7		14
La guérison					
On ne guérit pas au CS/ avec Maliando	4	4	3	1	12
Pas de guérison rapide	1		9		10
Les médicaments					
Il n'y avait plus de médicaments		3			3
Pas reçu de médicament		2			2
Pas de médicament pour cette maladie		2	1	1	4
Ce sont les produits qu'on trouve au marché	2	2	2	3	9
Les produits prescrits ne sont pas bonne qualité	5	5	10	4	24
Les produits donnés au CS ne sont pas efficaces/ ne soignent pas les maladies/ne guérissent pas	4	8	4	2	18
Toujours les mêmes produits	2	10	2	2	16
On ne donne que des comprimés aux mutualistes		2	1	1	4
Envoyez-nous de bons produits	6	1	6	5	18
La compétence					
Les docteurs au CS ne sont pas compétents	6	2	2	2	12
Les docteurs ne parviennent pas à identifier le mal	1				1
Prescription inadéquate/erronée	1		3	1	5
Ils ne réfèrent pas à l'hôpital au moment favorable	1		1	1	3
Envoyez-nous des docteurs compétents	8		6	6	20
Il faut changer (éduquer) les infirmiers de Yendé		1		1	2
L'attitude du personnel					
Les docteurs ne trouvent pas d'intérêt avec nous	2	1			3
Pour avoir de bons soins/médicaments il faut payer	1	1	1	2	5
Les non mutualistes/les riches ont de bons soins			6		6
Ils ne s'occupent pas bien des mutualistes			1		1
Le comportement du personnel doit s'améliorer	1		3		4
L'accueil					
Pas de bon accueil	1	8	14	1	24
Pas d'attention/de respect pour les malades		4	2		6
L'équipement					
Diagnostic sans appareils			1		1
Manque d'équipement	1				1

Les « bons soins » du secteur privé et de l'hôpital

Malgré le prix beaucoup plus élevé, certains participants affirment qu'ils préfèrent se faire soigner dans le secteur privé (10) ou directement aller à l'hôpital à leurs frais propres (5) (voir Tableau 16). D'autres se voient obligés de s'y rendre quand le traitement reçu au centre de santé ne les guérit pas (9). Les malades y reçoivent « *de bons soins* » (9) ou sont bien traités (3), les composantes de la qualité décrites sont : On retrouve la santé (10), guérit rapidement (1), on reçoit de bons médicaments (4), le diagnostic est bien fait (3), on y est bien accueilli (5) et « *de bons docteurs* » (2) s'occupent bien des malades (3).

Tableau 16 : Observations relatives aux soins à l'hôpital et dans le secteur privé

	Hôpital	Mano*	Privé non spécifié ou autres
Nous préférons nous y faire soigner	5	6	4
Nous sommes alors obligés de ... (pour guérir)	2	3	4
De bons soins, meilleurs soins	5	3	1
On est bien traité	3		
Traitement rapide	2		
On retrouve la santé	5	5	
Guérison rapide	1		
De bons produits	2	2	
De bons docteurs	2		
On s'occupe bien de nous	3		
Bon accueil/bien reçu	2	3	
La vraie maladie a été découverte	2		
Connait toutes les maladies		1	
Maliando donne accès à l'hôpital où on est bien soigné	17		

* Dans le hameau de Mano s'est installé – en privé - un infirmier retraité de la fonction publique.

Dans la comparaison centre de santé – hôpital, les attentes des participants de l'offre de soins au niveau d'un centre de santé ne sont pas exagérées. Une personne suggère que les infirmiers du centre de Yendé doivent être du même niveau que ceux de l'hôpital, mais cette observation est contredite par un intervenant qui ne trouve pas cette solution réaliste. Les participants semblent parfaitement comprendre et accepter que certains soins

ne puissent être donnés qu'en milieu hospitalier. Il y a plusieurs descriptions d'interventions chirurgicales faites à l'hôpital qui ont été beaucoup appréciées. Aucun n'a fait une observation que des soins pareils devraient être donnés au centre de santé. Bien au contraire, la décision de référer à l'hôpital est dans ce cas interprétée comme un signe de qualité au niveau du centre de santé. L'accès que donne la mutuelle aux soins de l'hôpital est unanimement apprécié. Cette appréciation est rapportée dans 11 des 12 discussions et fait l'objet de 17 interventions.

Les solutions données

Résumé en trois mots, il faut « un bon accueil, de bons produits, une guérison rapide ». Les demandes plus explicites fréquemment formulées sont : « *Envoyez-nous des docteurs compétents (20) et de bons produits (18)* ». Une autre solution proposée est de construire un centre de santé pour les mutualistes seuls. Cette suggestion est faite dans 7 interventions de 4 discussions différentes. Des motifs pour cette demande inattendue ne sont donnés que dans une intervention :

Pop 3.1 ; Q8F2 : Moi je veux que la Mutuelle nous aide à trouver un lieu propice où on se rencontrera pas avec les gens riches. Où on peut avoir des bons soins. Je veux que Maliando construise pour nous un poste de santé où les docteurs vont bien nous accueillir avec joie en nous donnant des bons produits ainsi on peut avoir le courage d'adhérer, même les non adhérents vont nous suivre.

Conclusion

Pour ceux qui peuvent payer la prime, la qualité médiocre des soins donnés au centre de santé explique sans aucun doute le faible taux d'adhésion à la mutuelle. L'opposition entre les avantages de l'accès aux soins et la qualité décevante des soins reçus est ce qui frappe le plus dans la façon dont le sujet de la qualité des soins est abordé par les participants. Leur conclusion semble être que le meilleur accès finalement n'en vaut pas la peine. L'accès financier à l'hôpital, par contre, est vu comme un avantage de la mutuelle, parce que les soins qu'ils y reçoivent sont jugés de bonne qualité.

Entre moyens financiers et qualité des soins : les causes principales de non-adhésion

La plupart des interventions des participants réfèrent aux deux thèmes principaux de la qualité des soins (182/383) et des aspects financiers (183/383). Les deux thèmes sont souvent mentionnés dans une même intervention et il est parfois difficile de les séparer : Pour avoir des soins de qualité il faut toujours payer au centre de santé, comme avant la mutuelle. « *Pour avoir des bons soins nous sommes obligés le plus souvent d'abandonner la carte de membre, aller payer cher au centre de santé.* »

Il y a aussi des opinions divergentes sur l'importance relative des deux priorités dans la décision d'adhérer :

Pop1.2 ; Q4F1 : ... Au début on nous a dit que dans la famille il faut inscrire tout le monde, on ne doit pas inscrire par exemple 4/6 et laisser les autres, si les soins sont de bonne qualité tout le monde va adhérer malgré tout.

Pop 4.1 ; Q1H4 : Maliando est une affaire très importante, elle est venue pour nous aider dans le domaine de la santé. Moi personnellement, je l'ai constaté. Une très bonne idée mais c'est qu'on est pauvre.

Les participants des quatre populations cibles invoquent la qualité des soins et les difficultés financières comme causes de non-adhésion (voir Tableau 17). Les intervenants des groupes 3.1 et 3.3, qui pourtant se sont inscrits la deuxième année après observation du fonctionnement de la mutuelle, sont très déçus de la qualité des soins reçus. Plusieurs déclarent qu'ils n'adhéreront plus si la qualité ne s'améliore pas. Ils observent néanmoins que pour beaucoup de gens le manque de moyens est la première cause de non-adhésion. Pour les participants qui ne se sont plus inscrits la deuxième année (population 2), même si plusieurs indiquent que le montant de la prime est trop élevé, il est clair que la qualité des soins est la raison principale pour ne plus renouveler l'adhésion. Par contre, pour ceux qui ne se sont jamais inscrits (population 4), même s'ils critiquent beaucoup la qualité des soins et décrivent la déception des adhérents, la raison principale de non-adhésion semble être le manque de ressources financières.

Tableau 17: Les causes de non-adhésion *

	Pop 1	Pop 2	Pop 3	Pop 4	Total
Raisons financières					49
Les « vrais pauvres »	3				(3)
Les familles nombreuses	3	4	2	9	(18)
Manque d'argent	1	8	5	5	(19)
Le montant de la prime (le groupe mal informé)				9	(9)
La qualité des soins					
La qualité des soins au centre de santé	9	25	16	10	60
La gestion de la mutuelle					
Un désaccord avec un responsable de la mutuelle		3		2	5
Attendre ce qui advienne de la mutuelle					17
« Observer d'abord »	1		10	1	(12)
Suspicion à cause d'expériences précédentes	2		3		(5)
Autres					
Les « paresseux »	4		1		5
« Ceux qui n'ont pas compris les avantages d'une assurance »	3		3		6
« Nous ne savons pas pourquoi les autres n'adhèrent pas »			3		3
« Nous étions absents du village »			3		3

* Uniquement si donné comme cause de non-adhésion ou de découragement

En réponse à la question sur les intentions d'adhésion pour l'an 2000 (voir Tableau 18), de nombreux participants donnent des commentaires qui résumement encore les thèmes principaux de la qualité des soins et des ressources financières.

Tableau 18: Intentions d'inscription à l'avenir

	Pop 1	Pop 2	Pop 3	Pop 4	TOTAL
Je vais adhérer	8	5	7	6	26
En fonction de la qualité des soins					
- A condition que la qualité s'améliore	1	4	3	2	10
- Je ne vais pas adhérer à cause de la qualité	2		3	1	6
En fonction du montant de la prime					
- A condition que le prix diminue	2	2	1	3	8
- Je ne vais pas adhérer à cause du prix		1			1

Parmi ceux qui affirment qu'ils vont rester ou devenir membres³⁷, sept personnes ont indiqué la composition de leurs familles qui est de 6, 5, 10, 6, 5, 6 et 2 membres. Les participants qui montrent des réserves disent avoir 14, 10, 6, et 10 personnes à charge. Une personne qui est « *découragée* » par le montant de la prime a une famille de 15 membres, et un participant qui dénonce l'inscription de tous les membres de la famille comme « *la cause fondamentale qui fait l'échec de Prima* » parle de 10 à 20 personnes.

Néanmoins, la plupart des opinions manifestées de cette façon plus extrême en termes de découragement montrent l'importance primordiale de la qualité des soins (voir Tableau 19). Certains se déclarent découragés par le montant de la prime (3), mais beaucoup plus nombreux sont ceux qui expriment leur découragement à cause de la qualité des soins offerts au centre de santé (27).

Pop 2.3 ; Q1F6 : Comme son nom l'indique, Maliando est venue pour nous aider, s'entraider avec peu d'argent, mais tel n'est pas le cas ici à Yendé. Quand un mutualiste se présente au centre de santé ils te regardent mal, ils soignent mal aussi. Les mutualistes sont très mal reçus par les agents du centre de santé de Yendé. Ce fait peut vraiment décourager un adhérent.

Plusieurs personnes donnent leur opinion sur « *la cause fondamentale* », une formulation qui sûrement exprime le fond de leurs pensées. Pour deux participants le fait de devoir inscrire tous les membres de la famille est le problème principal. La qualité des soins est indiquée plus souvent (7) comme la difficulté centrale : « *Il faut reconnaître que le vrai problème se situe au niveau de la qualité des soins reçus au centre de santé qui pour le moment n'a pas satisfait à nos aspirations.* »

³⁷ 26 personnes disent avoir l'intention d'adhérer, 25 personnes mettent des conditions ou affirment qu'ils n'ont pas l'intention d'adhérer. Ces chiffres montrent la valeur relative de quantifier dans une analyse qualitative. En réalité, le nombre d'adhérents pour l'an 2000 a encore diminué. Probablement, plusieurs personnes ont voulu terminer les discussions sur une note plus positive, ou encore l'espoir que la situation s'améliore après les discussions a pu influencer les réponses.

Tableau 19: Découragement et déception. Les causes exprimées.

	Pop 1	Pop 2	Pop 3	Pop 4	Total
Attentes non satisfaites	4	6	7	2	19
Découragé / déçu par la qualité des soins au CS	3	17	9	3	32
Découragé par le montant de la prime		2		1	3
Découragé par une mésentente avec la mutuelle		2		1	3

Améliorer la qualité des soins est de loin le conseil le plus souvent donné (voir Tableau 20) pour assurer qu'un plus grand nombre de familles s'adhère à la mutuelle (70), avec les docteurs compétents, les bons médicaments, et un meilleur accueil et comportement du personnel comme éléments. Améliorer les modalités de paiement, en diminuant la prime par personne ou pour les familles nombreuses, ou en acceptant un paiement en plusieurs fois est proposé moins souvent (17), mais à chaque fois avec une argumentation solide. Deux intervenants expriment l'opinion intéressante qu'il faut rendre l'adhésion obligatoire, ce qui est finalement une solution également trouvée dans les pays occidentaux.

Tableau 20 : *Que faut-il faire?*

	Pop 1	Pop2	Pop 3	Pop 4	Total
Améliorer la qualité					70
Améliorer la qualité des soins	4	6	3	3	16
Envoyer de bons médicaments	6	1	6	5	18
Assurer un bon accueil			4	1	5
Augmenter le nombre de docteurs	1				1
Envoyer des docteurs compétents	8		6	6	20
Améliorer le comportement du personnel	1	1	1		3
Construire un hôpital pour la mutuelle			4	3	7
Améliorer les modalités de paiement					17
Diminuer le montant d'inscription	1	4		3	8
Payer « en tranches »		1		4	5
Ne pas inscrire tous les membres de la famille		2	1	1	4
Autres					
Rendre la mutuelle obligatoire	2				2
Donner des informations claires (groupe 4.2)				3	3
Continuer ainsi	1		1		2

C'est à nouveau une formulation puissante, qui revient dans six des 12 discussions, qui tranche le plus en faveur de l'importance essentielle de la qualité des soins. Les participants observent que « *tout le monde adhérerait* » (voir Tableau 21) si la mutuelle donnait accès à des soins de qualité (14) ou, exprimé de façon inverse, personne n'adhérera s'il les premiers n'ont pas bénéficié de soins de qualité (8). Si le prix d'adhésion était accessible, tout le monde *pourrait* adhérer (2).

Pop1.2 ; Q9F4 : Si les soins au centre de santé sont améliorés, c'est à dire des bons docteurs et des bons produits capables de nous traiter rapidement, sans doute tout le monde va adhérer à la Mutuelle librement et avec conviction.

Même si le prix d'inscription diminue pour les grandes familles, il faut encore la qualité des soins pour que tout le monde adhère.

Tableau 21: *Tout le monde adhérerait...*

	Pop 1	Pop2	Pop 3	Pop 4	Total
« Si les soins étaient de qualité, tout le monde adhérerait »	6	2	2	4	14
« Si les premiers n'ont pas des soins de qualité, les autres n'adhéreront pas »	2	1	5		8
« Si le montant d'adhésion était abordable, tout le monde pourrait adhérer »	1			1	2

Les discussions de validation

Les questions sont présentées en annexe à ce chapitre. Trois questions étaient formulées sous forme de questions de validation simple. Dans la première, l'avis des participants était demandé sur les sujets retenus par les enquêteurs : (1) les éléments positifs résultant de l'adhésion, (2) les éléments qui découragent l'adhésion, et (3) la perception du principe de la redistribution de ressources. Les deux questions suivantes sont, en plus d'une validation, une exploration de pistes nouvelles suggérées par les 12 discussions précédentes. Ces questions concernent le sujet le plus important, qui a suscité le plus d'observations négatives pendant les 12 discussions initiales : la qualité des soins.

LA VALIDATION

Dans l'ensemble, les observations des participants confirment l'analyse intermédiaire faite par les enquêteurs. Presque toutes les informations principales relevées pendant les 12 groupes focalisés initiaux sont mentionnées au moins une fois pendant les discussions de validation.

Question 1 : Les éléments positifs de l'adhésion

Tous les répondants expriment leur accord avec le résumé des avantages de l'adhésion à la mutuelle. L'importance de l'accès aux soins à un prix réduit et à toute période de l'année est encore mise en avant. La spécificité des objectifs et la complémentarité de la mutuelle et des associations endogènes sont décrits comme dans les discussions initiales :

Val 1 ; Q1H7 : Maliando est une association qui s'occupe des maladies, on ne peut pas être membre des associations villageoises si on est malade. La santé est fondamentale. ... Maliando s'occupe des problèmes de la santé, ce qui n'est pas pris en charge par nos asso-

ciations locales.

Question 2 : Les éléments qui découragent l'adhésion

Pour les participants qui se sont inscrits pendant au moins un an, le manque de satisfaction par rapport aux soins offerts au centre de santé est l'élément qui décourage le plus l'adhésion. Pour ceux qui ne se sont jamais inscrit, l'élément le plus important est le fait d'exiger de payer pour toute la famille. Le manque d'information ne semble pas être un obstacle à l'inscription. Comme c'était le cas dans les discussions initiales, ce sont encore les participants qui ont été membres de la mutuelle pendant deux années consécutives (population 1) qui mettent l'argument de manque d'information en avant, tandis que les répondants qui ne se sont jamais inscrits (population 4) classent le manque d'information au dernier rang d'importance.

Une seule personne n'est pas d'accord avec les propositions avancées concernant les éléments qui découragent l'adhésion. Son opinion néanmoins va dans le sens des conclusions générales de l'analyse des groupes focalisés. Cet intervenant classe le manque de satisfaction des soins reçus comme le premier obstacle à l'adhésion. Ensuite, il rejette l'idée qu'un manque d'information et de sensibilisation est un facteur de non-adhésion, et il remarque que les souvenirs d'expériences associatives négatives ne peuvent pas avoir une grande importance. Il se trompe par contre en affirmant qu'il n'a jamais été dit qu'il faut obligatoirement payer la prime pour tous les membres de la famille à la fois. Son erreur pourrait être expliquée par le fait qu'effectivement les modalités de paiement étaient progressivement devenues plus souples.

Question 3 : Les cotisations financent les soins d'adhérents inconnus

Aucun des participants n'exprime une objection au fait que la cotisation aide à financer les soins d'adhérents inconnus. Certains notent que ce principe est à la base même de la mutuelle, sans que la question dirige dans ce sens. Le principe de la solidarité est aussi bien accepté que compris.

« ... traiter un autre adhérent veut dire que je me traite moi-même. Si Maliando marche bien, nous sommes devenus une grande famille, donc on doit se supporter. »

Les trois énoncés proposés pour validation par les enquêteurs se voient donc confirmés. Même l'unique désaccord exprimé ne peut pas être interprété comme une faille dans la validation de l'analyse intermédiaire des 12 discussions précédentes. Les deux questions au sujet de la qualité des soins reprennent également les mêmes considérations des discussions initiales.

Question 4 : Le manque de communication entre la population et les 'docteurs'

Tous les participants confirment qu'il n'y a pas une bonne communication entre les membres de la communauté et le personnel du centre de santé. Tous les facteurs de manque d'écoute et de communication, le manque de respect des patients, la différence de traitement entre mutualistes et les autres patients, déjà largement commentés lors des groupes focalisés initiaux, se voient confirmés par les discussions de validation.

Les participants parlent en termes positifs des responsables de la mutuelle « *que je félicite d'ailleurs* », ce qui confirme que le manque de confiance dans l'intégrité et les capacités gestionnaires des mutualistes n'est pas un élément qui limite l'adhésion à la mutuelle. Néanmoins, (en réponse à une question dirigée) les participants trouvent que les responsables de la mutuelle devraient donner plus d'importance à leur rôle de médiateur entre le personnel de santé et les patients, pour améliorer la communication et défendre les intérêts des patients. « *Nous reconnaissons tous que les docteurs du centre de santé ne nous respectent pas, surtout quand nous sommes seuls. Nous pensons que si les responsables de Maliando nous assistent le dialogue s'instaurerait.* » Plusieurs observations suggèrent qu'en effet, les patients reçoivent plus d'attention quand un des responsables de la mutuelle est présent. Deux personnes qui comprennent la « communication » différemment trouvent que le personnel devrait donner plus d'importance à l'éducation à la santé.

Question 5 : Pourquoi préférer les soins à Mano ?

Les composantes des soins de qualité identifiées dans les groupes focalisés initiaux sont répétées dans les discussions de validation. Les éléments négatifs de la qualité des soins offerts au centre de santé qui reviennent sont : le mauvais accueil, le diagnostic erroné ou posé trop rapidement, les soins et/ou les traitements décevants, le manque de variété de médicaments, le

fait qu'on n'y guérisse pas. La différence de traitement entre mutualistes et les autres patients et la meilleure qualité des soins à l'hôpital sont également mentionnées dans les discussions de validations. Les participants demandent également d' « *envoyer de bons docteurs à Yendé* ». Les intervenants ne trouvent pas que l'infrastructure et l'équipement soient des éléments essentiels de la qualité des soins. Le seul élément d'équipement qui est trouvé d'importance est le microscope.

L'EXERCICE DE HIERARCHISATION

Les deux premières questions comportent un exercice de hiérarchisation. Parce qu'aucune méthode structurée de hiérarchisation n'a été utilisée, il est difficile de donner crédibilité aux classifications retenues. Les difficultés des participants pour classer les énoncés sans l'aide d'un support visuel sont apparentes à la lecture des transcriptions.

La formulation des énoncés à classer limite également la valeur de l'exercice. Pour la première question (classification des éléments positifs de l'adhésion) il est difficile de tenir compte des résultats à cause de la formulation trop complexe des trois propositions. Les propositions contiennent toutes plus d'un élément, et un même élément revient dans deux propositions différentes. La première proposition, concernant l'accès aux soins, contient trop de thèmes différents relatifs à l'accès aux soins que les répondants des 12 groupes focalisés décrivaient séparément. Les deux autres propositions réfèrent à la même notion des associations : les avantages d'être membre de la mutuelle et la complémentarité de la mutuelle et des associations locales. La difficulté de classer par ordre d'importance les trois énoncés choisis est également soulevée par un participant : « ... *aussi je fais remarquer que toutes ces considérations se valent en importance* ».

La formulation de la deuxième question (classification des éléments qui découragent l'adhésion) permet une hiérarchisation des quatre énoncés parce qu'il n'y a qu'une seule idée par proposition, mais le poids entre les différentes propositions n'est pas respecté : « Le manque de satisfaction » est un élément trop énorme comparé aux 3 autres, et aurait dû être décomposé en plusieurs facteurs. Traiter ce facteur au même rang que les 3 autres mène à un résultat déséquilibré. En outre, l'analyse met en doute la validité des classifications retenues, ce qui suggère qu'il faut être prudent dans l'interprétation des résultats.

A cause de leur formulation pertinente, très spécifiquement adaptée à la situation locale, les deux dernières questions des discussions de validation ont ajouté des éléments nouveaux fort intéressants. Les observations provoquées par la comparaison entre les services privés à Mano et les services au centre de santé public de Yendé ont permis d'établir un portrait détaillé de la perception de soins de qualité, plutôt que de mettre l'accent avant tout sur les éléments négatifs.

L'ATTITUDE DU PERSONNEL DE SANTE

Un élément nouveau, mentionné indépendamment par des intervenants de trois groupes différents, est la différence de l'attitude du personnel dans leur rôle professionnel au centre de santé et dans leur rôle de membre de la communauté dans la vie de tous les jours. « *Nos discussions avec ces docteurs se font au village, mais une fois au centre de santé de Yendé ils ne nous écoutent et ne nous considèrent même pas.* » Cette observation semble être de première importance. Dans les études de la qualité des soins, l'attitude du personnel de santé vis-à-vis des patients est souvent retenue comme la composante principale de la perception de la qualité. Or, si les infirmiers sont capables, comme tout le monde, d'entretenir des bonnes relations hors du centre de santé, d'où vient alors leur attitude différente pendant l'occupation de leur profession ?

L'ACCUEIL ET LE DIAGNOSTIC

Dans les discussions de validation apparaît une relation faite entre un accueil attentionné, une bonne communication et un diagnostic bien posé. Le fait que les gens ne se sentent pas écoutés au centre de santé de Yendé est bien documenté dans la question 4. En opposition, dans le centre privé de Mano, les gens sont accueillis « *dans la joie* », se sentent écoutés, et l'infirmier communique avec les patients. Il fait un bon diagnostic, car il prend le temps d'écouter et de parler aux patients. « *Le type de Mano . . . lui il pose bien le diagnostic, il parle bien aux malades.* » ; « *Le vieux de Mano découvre même des maladies que tu ne lui présentes pas et cela de part ses propres investigations et surtout il est très aimable.* »

LA COMPETENCE ET LA CONFIANCE

La comparaison entre Yendé et Mano met en lumière ce qui est entendu par « la compétence ». Les connaissances théoriques des professionnels de Yendé ne sont pas mises en doute et sont même jugées plus solides que celles de l'infirmier de Mano. Cependant, les énoncés des discussions de validation montrent plus clairement que les observations des groupes focalisés initiaux que ces connaissances théoriques ne sont pour les répondants ni une garantie d'un diagnostic correct, ni d'une prescription satisfaisante, ni de compétence. Quand les répondants décrivent « la compétence » de l'infirmier de Mano, ils insistent sur sa longue expérience et sa capacité de poser un bon diagnostic, tous deux associés à une meilleure communication avec les patients. L'expérience « *du vieux de Mano* » est considérée comme étant plus importante que les connaissances théoriques du personnel de santé.

Val 4 ; Q3H4 : Le type de Mano est vieux dans la médecine. C'est un retraité qui a passé tout son temps à traiter les malades. Il a une longue expérience. C'est pourquoi lui il reçoit bien les malades dans la joie et les gens retournent chez eux avec la confiance qu'ils vont guérir très tôt.

Cette observation met en évidence un élément nouveau : la notion de confiance. Les répondants expriment leur confiance aussi bien dans le diagnostic posé que le traitement reçu à Mano, une attitude qui n'a pas été manifestée par rapport aux professionnels du centre de santé public de Yendé.

Même s'il n'est pas capable de traiter une maladie, cela ne diminue pas la confiance des gens dans son jugement et ses capacités. « ... *le type de Mano est très compétent, tout ce qu'il dit au sujet d'un malade est vrai. S'il ne peut pas traiter un malade, il te demande d'aller directement à l'hôpital central de Kissidougou. A Kissidougou, on te dira la même chose.* »

L'expérience ainsi qu'une capacité d'écoute et de communication très appréciée, sont à l'origine de la confiance exprimée par les répondants dans le diagnostic et le traitement « *du vieux* ».

LE CHOIX LIMITE DE MEDICAMENTS

Les participants attachent une même importance au choix limité des médicaments au centre de santé que les participants des douze groupes. Mais un élément nouveau à ce sujet est l'explication précise donnée par deux parti-

cipants (ou 1 participant le mentionne 2 fois) au manque de variété dans les traitements donnés au centre de santé de Yendé : Ils observent que c'est une règle imposée au personnel du centre de santé. « *Les docteurs du centre de santé de Yendé sont soumis à une méthode de traitement qui fait qu'ils doivent donner aux malades que les produits du centre de santé de Yendé. Cette situation fait que ce sont les mêmes produits qu'on donne aux malades.* »

Les deux sujets suivants ne sont pas des éléments nouveaux, mais sont mieux illustrés dans les discussions de validation que dans les discussions initiales.

L'INFRASTRUCTURE ET L'EQUIPEMENT

Il était déjà évident des 12 discussions précédentes que dans la perception des répondants l'infrastructure et l'équipement ne sont pas des composantes prioritaires de la qualité des soins. Dans les discussions de validation, l'infrastructure et l'équipement sont reconnus comme étant supérieurs au centre de santé de Yendé, mais dans les cinq citations qui y réfèrent, les répondants mettent à chaque fois le meilleur équipement du centre de santé de Yendé et les soins meilleurs au centre privé de Mano en opposition, ce qui montre encore plus le peu d'importance que les répondants y attachent. « *Le vieux de Mano . . . connaît son travail, c'est tout ce qui le différencie des autres malgré qu'il ne soit pas bien équipé.* »

LES MEDICAMENTS ET LA GUERISON

Les répondants préfèrent les injections, les médicaments autres que chloroquine, co-trimoxazole et paracetamol, et les grandes quantités plutôt qu'un petit nombre de pilules. C'est bien connu et ils ne sont pas les seuls à exprimer cette préférence. Plus important est que les répondants associent ces « meilleurs traitements » avec le fait de guérir, de retrouver la santé.

Val 4 ; Q1H5 : ... je suis allé au centre de santé de Yendé avec un mutualiste nous avons tous la même maladie. Lui on lui a prescrit des comprimés, mais un privé m'a conseillé de payer des piqûres au marché. Moi j'ai été guéri mais lui il n'a pas eu la santé.

Dans les discussions de validation, sur 33 observations concernant la qualité des soins (exercices de hiérarchisation et problèmes relationnels exclus), 12 réfèrent à la guérison, qui semble être pour les répondants l'indicateur le plus important de la qualité des soins. Dans six des ces ob-

servations, la guérison est associée au traitement reçu, dans trois autres observations aux soins reçus, qu'on peut dans le contexte d'un centre de santé également interpréter comme traitement médicamenteux. De plus, dans deux citations les deux notions « soins » et « médicaments » sont assimilées par les répondants. Trois citations associent la guérison au diagnostic/accueil. L'habitude d'entendre répéter la préférence pour les injections et le mépris des médicaments de base pourrait faire oublier que cette préférence est liée à la conviction que ces traitements sont plus efficaces et qu'il y a toujours un travail d'information des patients à faire.

CONCLUSIONS PAR HYPOTHESE

La qualité médiocre des soins

Pour les participants qui se sont inscrits pendant au moins un an, le manque de satisfaction par rapport aux soins offerts au centre de santé semble être l'élément qui décourage le plus l'adhésion. Les composantes des soins de qualité identifiées dans les groupes focalisés initiaux sont répétées dans les discussions de validation : l'accueil et la communication, le diagnostic correct et le temps donné au patient, le choix des médicaments, la guérison. L'expérience est considérée plus importante que les connaissances théoriques. L'expérience, l'accueil aimable, l'écoute et l'attention aux patients suscitent la confiance des patients dans le diagnostic et le traitement donné.

Les nombreuses observations faites pendant les discussions de validation au sujet de la qualité des soins confirment que la qualité médiocre est sans aucun doute le plus grand reproche fait à l'égard du centre de santé de Yendé, et constitue, pour ceux qui peuvent payer la prime d'adhésion, le premier obstacle à l'adhésion à la mutuelle.

La perception et la compréhension des concepts et principes qui soutiennent le système Maliando

Le sujet du risque et l'aversion du risque n'est pas abordé directement dans les discussions de validation. Néanmoins, les participants font preuve d'avoir bien compris le système. La garantie d'accès aux soins dans les périodes difficiles de l'année est mentionnée parmi les avantages financiers de l'adhésion à la mutuelle, qui sont pour les hommes qui ont inscrit leurs familles pendant 2 années consécutives l'avantage principal de l'adhésion.

Le principe de la solidarité est aussi bien compris qu'accepté. Aucun des participants n'exprime une objection au fait que la cotisation aide à financer les soins d'adhérents inconnus. Les discussions de validation confirment que la perception et la compréhension du principe de l'assurance ne peuvent pas être retenues comme étant un obstacle à l'adhésion.

Le manque de confiance dans les capacités gestionnaires des mutualistes

La confiance dans les capacités des gestionnaires de la mutuelle ne fait pas l'objet d'une question de validation spécifique, mais il est important de noter que les responsables de la mutuelle semblent être appréciés. Même si les répondants souhaitent une intervention plus élargie et plus efficace de leur part, toutes les observations des participants aux discussions de validation à ce sujet montrent une opinion positive des responsables. Aucune mention ne réfère à l'intégrité des responsables.

La protection offerte par l'appartenance à une mutuelle qui est gérée par des personnes qui représentent bien les adhérents, est une des propositions de l'exercice de hiérarchisation des éléments positifs de l'adhésion. Le groupe des femmes a classifié cet énoncé en premier lieu. Cependant, la méthode utilisée dans cet exercice de classification ne permet pas de tenir compte de ce résultat. Néanmoins, il y a suffisamment d'autres observations au sujet des responsables de la mutuelle qui confirment que le manque de confiance dans les capacités gestionnaires des mutualistes n'est pas un élément qui limite l'adhésion à la mutuelle.

La suspicion vis-à-vis de mouvements associatifs formels / institutionnalisés

Aucune observation directe n'a été faite au sujet spécifique de la nature formelle/institutionnalisée de la mutuelle. La suspicion à cause des échecs d'initiatives semblables précédentes a été mentionnée, et confirme la conclusion des groupes focalisés initiaux à ce sujet : Certains préfèrent observer le fonctionnement et l'évolution de la mutuelle avant de prendre la décision d'adhérer ou de ne pas adhérer.

Le manque d'articulation avec les mouvements associatifs endogènes

Cette hypothèse n'a pas été abordée directement dans les discussions de validation. Il faut noter qu'aucun participant aux discussions de validation n'a fait une remarque spécifique au sujet du manque d'articulation avec les mouvements associatifs endogènes, tandis que tous les obstacles à l'adhésion et tous les défauts de la mutuelle qui semblaient importants dans les discussions initiales ont fait l'objet d'observations spécifiques dans les discussions de validation. Cette absence de commentaires suggère que la mutuelle s'intègre sans problème dans la totalité des mouvements associatifs existants, une thèse largement soutenue par les multiples propos faits à ce sujet pendant les discussions initiales. De plus, la complémentarité de la mutuelle et des associations endogènes est à nouveau accentuée.

Le problème des ressources : les contributions non abordables

Pour ceux qui ne se sont jamais inscrits à la mutuelle, l'obstacle principal à l'adhésion est « le fait d'exiger de payer pour toute la famille ». Ceci confirme l'analyse des groupes focalisés initiaux : les primes sont inabordable pour certaines familles nombreuses et pour les familles pauvres. Plusieurs intervenants font référence à la possibilité de payer la prime en plusieurs fois, une modalité de paiement introduite plus récemment qui facilite l'inscription des familles pauvres.

Une hypothèse formulée par les responsables locaux du Ministère de la Santé : le manque d'information et de sensibilisation

L'hypothèse qu'une information et une sensibilisation insuffisante formeraient un obstacle à l'adhésion rejoint l'hypothèse 2 : la différence dans la perception et la compréhension du principe de la mutuelle. En faire une hypothèse séparée est justifié pour deux raisons :

- Il est possible d'être bien informé et d'avoir été présent aux réunions de sensibilisation, mais de néanmoins maintenir une perception différente du risque et de ne pas accepter la redistribution des ressources de la mutuelle
- Cette hypothèse mérite d'être étudiée spécifiquement parce qu'elle est formulée par les responsables du Ministère de la Santé en Guinée, qui la considèrent comme la première cause de non-adhésion.

Dans l'exercice de hiérarchisation des éléments qui découragent l'adhésion, les participants qui ne se sont pas inscrits pendant 1 ou 2 années (populations 2, 3 et 4), classent le manque d'information en dernier lieu des raisons de non-adhésion. Les références à la campagne de sensibilisation que font les participants qui ne se sont inscrits que pendant une seule année (populations 2 et 3) donnent l'impression qu'ils se sentent bien informés. Les participants qui n'ont jamais adhéré (population 4) ne font mention du point de l'information et la sensibilisation que pour le classer en dernier lieu dans l'ordre d'importance. Comme c'était le cas dans les discussions focalisées initiales, ce sont encore les participants qui ont inscrit leurs familles pendant les 2 années consécutives qui jugent que les autres ne se sont pas inscrits par manque d'information. En plus, la seule objection faite aux résumés des groupes focalisés initiaux proposés pour validation était en relation avec les éléments qui découragent l'adhésion. Ce participant rejette totalement l'idée qu'un manque d'information et de sensibilisation puisse avoir une influence importante :

Val 3 ; Q2H1 : ... Premièrement, concernant l'information et la sensibilisation, les chefs nous avaient parlé en détail au commencement à travers les réunions et les affichages, comment MALIANDO allait marcher et tout le monde avait compris, pour moi, il n'a pas manqué d'informations...

L'analyse des discussions de validation confirme une des conclusions principales de l'analyse des discussions initiales : le manque d'information ne peut pas être retenu comme un obstacle majeur à l'inscription.

Considérations finales

CONCERNANT LA METHODE

Les limites de la préparation

Parce qu'une appréhension des participants à s'exprimer librement en présence d'un enregistrement auditif était redoutée, les discussions des groupes focalisés n'ont pas été enregistrées et seulement des notes écrites ont été prises. Beaucoup de nuances ont ainsi probablement été perdues. Cette lacune a été particulièrement remarquée lors de l'exploration des composantes de la qualité, notamment ce que les participants entendent par « la compétence du personnel de santé ». Des propos juxtaposés donnent la forte impression qu'il s'agit d'une explication du terme « compétence », qui semblerait indiquer que les compétences relationnelles sont jugées au moins aussi importantes que les compétences techniques. Les énoncés écrits ne permettent aucune conclusion à ce sujet.

Comme dans beaucoup d'études, plus de groupes focalisés d'hommes que de femmes ont été organisés : huit groupes d'hommes et quatre de femmes, et pour les validations trois groupes d'hommes, un groupe de femmes. Pourtant, la santé est généralement considérée comme un sujet « féminin » en Afrique, comme le disent les femmes de deux groupes différents :

Pop 2.3 ; Q2F5 : C'est nous qui sommes les femmes, nous connaissons mieux ; ...

Pop 3.1 ; Q1F5 : ... Si nous parlons librement ici c'est parce que tu nous as respecté par des bonnes paroles. C'est nous les femmes qu'il faut craindre. C'est nous qui pouvons faire la promotion de MALIANDO.

Certaines questions n'ont pas été posées à chacune des quatre populations différentes, à cause d'*a priori* qui, après analyse des discussions, se sont révélés faux. Cependant, par la richesse de leurs réponses, les participants des quatre populations cibles ont couvert tous les domaines principaux.

Les limites de la méthode suivie par les modérateurs

Les modérateurs se sont largement limités au questionnaire écrit, au lieu de l'utiliser comme guide de départ. Les questions n'ont pas été modifiées d'une discussion à l'autre de participants d'une même population cible. Par exemple, les modérateurs ont certainement dû noter que la question qui sondait l'importance de se connaître, se réunir et fêter ensemble comme facteur de non-adhésion était sans intérêt pour les participants. Néanmoins, la question a été (re)posée dans neuf groupes.

Les femmes du groupe 3.1 n'ont que des commentaires négatifs à l'égard du centre de santé. Le ton de la discussion laisse l'impression que la dynamique de groupe a influencé l'objectivité des participants. Dans deux groupes d'hommes, par contre, il n'y a aucune réflexion négative de la qualité des soins. Le ton du groupe 1.3 est très positif et il se pourrait que les participants de ce groupe ne se sont pas sentis libres de donner des remarques négatives : « *Le secrétaire général de Maliando était même venu nous dire que si Touffoudou ne veut pas de la Mutuelle qu'on le lui dise et qu'il informe les organisateurs gare à nous.* » ; ou que plusieurs des participants sont des promoteurs : « *Nous sommes même en train de mobiliser les retardataires.* » ; « *Tout le temps nous les conseillons, c'est peut être la suite qui va les mobiliser.* » Cette réserve ne vaut pas pour l'autre groupe qui ne donne aucune critique négative (3.2), un groupe d'hommes clairement convaincus que la mutuelle donne un accès rapide à des soins de qualité et qui ne comprennent pas pourquoi les autres villageois n'adhèrent pas.

Dans ces discussions, les modérateurs auraient dû sonder s'il y avait des opinions divergentes.

Les limites de la validité des résultats

L'exemple de Touffoudou (groupe 1.3) montre qu'il est possible que la présence de certains participants ait empêché les autres de s'exprimer librement. Ceci était clairement le cas dans une des discussions de validation, mais a dans ce cas été discerné et rapporté par les facilitateurs. Dans ce groupe, les femmes disaient préférer les soins donnés par un infirmier privé qui opérait à Mano, jusqu'au moment :

Val 2 ; Q5F3 : (Elle est sortie et revenue en disant :) Nous, on n'est jamais allé à Mano ; comme c'est vous qui êtes allées à Mano, répondez maintenant. (C'est bien la matrone de la localité qui avait ... la séance en main. Après son intervention aucune autre ne répondra. Les deux premières ont même renié d'avoir reconnu au préalable être parties à Mano.)

Une situation pareille est habituellement évitée par la sélection de participants qui ne se connaissent pas, ce que la taille de la population n'a pas permis, d'autant plus que les participants devaient appartenir à la population cible choisie (inscrits deux années consécutives, etc.).

Les différents biais suivants influencent sans aucun doute les résultats et limitent la valeur de la semi-quantification proposée pour certains thèmes.

- Dans plusieurs discussions, les premières observations sont positives, jusqu'au moment où la première personne ose une critique prudente. Souvent à partir de ce moment, le ton change complètement et toutes les critiques et frustrations vis-à-vis de la qualité des soins font surface.
- Fréquemment, les participants d'un même groupes se répètent ou la même personne se répète. Dans le groupe 3.1, par exemple, la définition de la qualité des soins « bon accueil, bons produits, guérison rapide » est répétée plusieurs fois presque textuellement. Dans ce même groupe, une femme visiblement marquée par un mauvais accueil subi au centre de santé, revient plusieurs fois sur ce même fait.
- En lisant le rapport d'une des discussions, il devenait évident que les habitants du village de Toly ont été mal informés sur le montant d'adhésion. Par conséquent, le montant de la prime est le sujet principal de cette discussion et la qualité des soins ne fait l'objet que de quelques remarques.

Néanmoins, le choix a été fait pendant l'analyse de n'exclure aucun groupe de l'analyse, ni d'ignorer des citations, même quand il est évident que la même personne répète le même argument.

LES PRINCIPAUX RESULTATS DE LA RECHERCHE

Plusieurs conclusions importantes étaient déjà apparentes à la première lecture et ont été confirmées par l'analyse détaillée qui y a fait suite.

La bonne compréhension des concepts de base, du fonctionnement et des objectifs de la mutuelle par la grande majorité des participants, aussi bien les membres de la mutuelle que les non-adhérents, ne fait pas de doute. Le manque de compréhension ne peut pas être invoqué comme cause de non-adhésion.

La spécificité la complémentarité des systèmes endogènes et de la mutuelle, démontrées par les participants avec beaucoup de précision, montrent qu'il n'est pas nécessaire dans le contexte de la recherche de développer une mutuelle suivant le modèle des associations locales. Bien au contraire : plusieurs participants expliquent que les associations et les mécanismes financiers endogènes ne sont pas adaptés pour assurer le financement de soins de santé.

Parce que le partage des risques au-delà des frontières du village, de la famille ou du clan apporte cette solution, le modèle exogène est intégré sans difficultés par la grande majorité.

Nonobstant le fait que la prime individuelle est jugée une somme abordable et même très avantageuse en cas de maladie grave, la difficulté de payer la prime d'inscription pour tous les membres des familles nombreuses est une cause importante de non-adhésion.

La bonne compréhension des objectifs de la mutuelle est prouvée une deuxième fois par la raison principale de non-adhésion : La mutuelle n'a pas réussi à tenir son rôle de garant de la qualité des soins. L'importance primordiale de la qualité des soins dans toute initiative de santé qui cherche l'approbation et l'adhésion de la communauté est une fois de plus confirmée par les multiples interventions des participants à ce sujet.

LA COMPREHENSION DES CONCEPTS ET PRINCIPES ORGANISATIONNELS DE BASE : CONSEQUENCES OPERATIONELLES

Les discussions révèlent certains éléments conceptuels qui n'ont pas été compris par les participants ou auxquels ils ne donnent apparemment pas une attention suffisante.

La famille ou le ménage comme unité d'inscription

Dans la description du projet de la mutuelle, « le ménage » est noté comme l'unité d'inscription, un terme qui n'est jamais utilisé dans les discussions. Le terme « famille » est aussi bien utilisé dans la formulation des questions que dans les interventions des participants. Ceci peut être dû à un manque de précision dans le langage, à une erreur de traduction ou encore « la famille » était le terme utilisé pendant la campagne de sensibilisation et les discussions.

Qui sont considérés comme membres de la famille ou du ménage devrait être mieux défini. Quelle devrait être l'unité de base d'une famille dans un contexte de polygamie : l'homme avec toutes ces femmes, ce qui pose le problème des familles nombreuses, ou la femme avec ses enfants, ce qui ne serait possible que si les femmes avaient des moyens de subsistances individuels et suffisants. L'unité d'inscription qui conviendrait le mieux est probablement différente dans chaque contexte et devrait être examinée avec la population locale, ce qui aurait en même temps l'avantage que la sélection adverse pourrait être discutée et mieux comprise.

Le ticket modérateur et la surconsommation

Le risque de surconsommation des soins de santé (le 'hasard moral') est un sujet systématiquement mentionné dans la littérature au sujet des systèmes d'assurance, mais peu de preuves sont fournies quant à l'occurrence réelle de ce phénomène dans les services de santé en Afrique. Quand le nombre de consultations augmente, on a d'emblée tendance à interpréter cet accroissement de l'utilisation comme une utilisation non justifiée au lieu de l'interpréter comme une conséquence positive d'un meilleur accès financier aux soins.

La fonction du ticket modérateur comme frein à la surconsommation n'est pas comprise comme tel par les participants aux groupes focalisés. Il se pourrait que le montant est trop insignifiant pour être perçu comme obsta-

cle à la surconsommation, il se pourrait tout aussi bien que les gens qui cherchent des soins de santé « non justifiés » sentent qu'une consultation est nécessaire. Faire la démarche de requérir des soins de santé n'est autre que l'expression d'une demande.

Il pourrait être utile d'explorer ce que signifie une consultation « justifiée » et une consultation « abusive » dans l'opinion des organisateurs et des consommateurs de soins. Une représentation divergente de la santé et de la maladie pourrait en être la cause. Il se pourrait que le personnel de santé n'est pas formé pour reconnaître toutes les maladies ou qu'ils n'examinent que les symptômes pour lesquels un traitement est disponible. Le résultat d'une telle investigation pourrait vérifier le bien-fondé de l'introduction de mécanismes pour diminuer le recours aux soins « abusifs ». Une meilleure compréhension de cette perception pourrait également être utilisée pour élaborer une campagne d'information au sujet de la surconsommation, un sujet qui invariablement crée des frustrations chez les utilisateurs dans beaucoup de contextes africains, comme chez les participants des groupes focalisés.

Dans le cadre de la mutuelle l'utilité du ticket modérateur devrait être mise en doute. Vu qu'il n'a pas d'influence sur une surconsommation éventuelle, le ticket modérateur ne fait que compliquer la gestion de la mutuelle. Il est vrai qu'il génère des ressources supplémentaires, mais il faudrait néanmoins se poser la question s'il ne vaudrait pas mieux le supprimer.

Une notion floue de l'argent

Les limites financières d'une mutuelle ne font l'objet que de très rares observations. Les dangers de la sélection adverse ne sont pas mentionnés, au contraire, plusieurs femmes «maladives» cherchent l'adhésion ou ont donné l'avis à d'autres personnes souvent malades d'adhérer. La nécessité d'inscrire tous les membres de la famille n'est probablement pas comprise comme une mesure d'éviter la sélection adverse.

Comme solution pour les plus pauvres, la majorité trouvent que la mutuelle devrait les prendre en charge, une seule personne spécifie que pour ce faire, il faut un nombre suffisant de membres. D'autres suggèrent que les mécanismes de solidarité endogène doivent intervenir, seulement, il y a

suffisamment d'exemples dans la littérature qui démontrent que dans la pratique très peu d'initiatives endogènes d'appui aux indigents existent.

Ces exemples montrent que malgré la compréhension des fondements de la mutuelle sans doute plus approfondie que celle de la majorité des Européens contemporains dans les sociétés au sein desquelles le système est solidement implanté, leur entendement des limites des fonds n'est pas meilleur.

Dans la mesure où l'objectif est d'organiser la mutuelle comme une institution communautaire, il serait utile que les adhérents soient mieux renseignés sur tous les aspects financiers nécessaires à assurer un fonctionnement durable.

LES ENSEIGNEMENTS DE LA COMPARAISON ENTRE LES MECANISMES ENDOGENES ET LA MUTUELLE EXOGENE

Comment se fait-il que des systèmes financiers avec mutualisation du risque ne sont pas développés localement de façon spontanée?

Il ne semble pas être nécessaire de développer un système financier « greffé » sur les systèmes endogènes. Plutôt que de vouloir trouver des mécanismes qui sont déviés de modèles endogènes, il faudrait tenir compte de l'affirmation des participants que les arrangements endogènes ne semblent pas être adaptés aux modalités nécessaires pour constituer une assurance maladie. Le fait qu'aucune solution satisfaisante pour le financement de soins de santé n'ait été trouvée par des communautés qui font preuve d'ingénuité quant au développement de systèmes d'entraide et financiers mérite considération. Une recherche qui étudie les raisons pour cette lacune peut être plus propice qu'une recherche qui se concentre sur le développement d'assurance maladie à partir de mécanismes existants³⁸.

Négocier un contrat pour financer les soins de santé n'est sans doute pas

³⁸ Voir les travaux d'Abram de Swaan à ce sujet. Il formule la question de recherche comme suit: *A comparison between the nineteenth-century European and American mutual associations and late twentieth-century funds in developing countries and immigrant circles in the West must focus in the first place on the question of why the former fulfilled insurance functions while the latter are far less likely to do so.* de Swaan (2001). Mutual funds: then and here, now and there. International Conference on: Livelihood, Savings and Debt in a Changing World. Developing anthropological and sociological perspectives. Wageningen, 14-16 May, 2001.

facile pour des non-professionnels. Il y a toujours une relation de dépendance du malade qui peut avoir des attentes bien définies mais pour qui finalement la démarche thérapeutique et l'organisation des soins de santé restent un mystère. En comparaison, acheter du matériel de construction avec les revenus des travaux communautaires est plus simple. La relation client – fournisseur est beaucoup plus équilibrée, le client garde un contrôle, parce qu'il a les connaissances nécessaires pour juger si le prix payé semble honnête et si le produit est de qualité. Il peut également refuser d'acheter tandis qu'un malade dépend des soins. Il se pourrait que les communautés locales se sentent trop inférieures par rapport aux professionnels de la santé pour initier des initiatives de financement dans un domaine qu'ils connaissent insuffisamment.

Une collaboration entre les communautés locales et le secteur de santé public semble problématique de toute façon. Les différentes initiatives pour promouvoir la participation communautaire dans ce système ont rarement eu des résultats positifs. Les comités de gestion des Initiatives de Bamako n'ont généralement pas bien fonctionné³⁹. Les villageois ne se sentent peut être pas un partenaire égal pour négocier avec un système si complexe, l'attitude du personnel pourrait empêcher une collaboration productive ou encore cette institution de l'Etat n'inspire pas confiance. Les différentes suggestions des participants d'établir un centre de santé spécifique pour les mutualistes indiquent qu'une collaboration avec un centre de santé privé pourrait avoir de meilleurs résultats parce que plus proche d'une relation client – fournisseur ordinaire dans laquelle le client garde un contrôle plus sûr.

Cela n'explique toujours pas pourquoi les communautés locales n'ont pas instauré spontanément un système de financement de type mutualiste pour les soins de santé avec l'infirmier privé de Mano ou un mécanisme financier indépendant des prestataires de soins. La conception traditionnelle de la maladie pourrait également avoir empêché l'émergence d'un système de financement endogène. La connotation moralisatrice liée à la maladie qui existe dans la plupart des sociétés, pourrait être un obstacle à une solidarité qui bénéficie à ceux qui sont « punis » par une maladie pour une « faute »

³⁹ Pour la Guinée, Knippenberg et al. en parlent dans leur édition spéciale de *International Journal of Health Planning and Management*, 12 (Suppl. 1) de 1997.

commise. Ce n'est que quand les maladies peuvent être traitées que cette connotation peut progressivement diminuer et que la maladie devient un événement neutre pour lequel on peut négocier un contrat. Il se pourrait aussi tout simplement que les sommes nécessaires pour financer les soins de santé soient trop considérables pour les communautés démunies.

De l'intégration du concept à l'intégration réelle : la nécessité d'un suivi rapproché

La facilité avec laquelle la notion exogène du partage des risques est intégrée n'exclut pas que la mutuelle doit être adaptée et doit intégrer des éléments appris des systèmes endogènes. Par exemple, la difficulté rencontrée pour payer la prime annuelle est ignorée dans la mutuelle. L'étude des systèmes endogènes d'épargne ou de crédit aurait pu avertir que fournir une somme considérable en une seule fois peut poser problème. Organiser le paiement de la prime au moment de la récolte est sans doute une décision logique, mais il serait étonnant si l'argent disponible à ce moment chaque année n'était pas déjà sollicité pour d'autres causes. D'autres solutions pour faciliter le paiement de la prime devraient être cherchées. Serait-il utile d'annexer à la mutuelle un système d'épargne endogène ou exogène en prévision du paiement de la prime ?

Pour avoir des chances de réussir, un projet de développement d'assurance maladie doit être suivi de près et demande un engagement constant et soutenu pendant une durée suffisante de la part des organisateurs. Il ne faut pas perdre de vue que si la communauté n'a pas développé un mécanisme local pour assurer l'accès aux soins de santé, cela signifie qu'il y a des difficultés majeures à vaincre qu'il faut d'abord identifier et que seule une collaboration intensive entre les organisateurs et la communauté pourra surmonter.

LA GESTION DE LA MUTUELLE

L'interprétation du terme « gestion »

L'hypothèse initiale que le manque de confiance dans les capacités gestionnaires des mutualistes pourrait être un motif de non-adhésion était formulée en faisant référence à la gestion financière et à l'intégrité des responsables de la mutuelle uniquement. Cette hypothèse était inspirée par les détournements de fonds qui ont eu lieu dans d'autres initiatives d'épargne

et de crédit. Dans l'analyse des discussions, la notion de « capacités gestionnaires » a été élargie à d'autres domaines de la gestion, puisque l'intégrité des responsables n'est pas mise en doute et que d'autres aspects de la gestion ont suscité beaucoup plus de commentaires.

L'importance de la campagne d'information

La campagne de sensibilisation initiale bien menée est sans doute à la base de l'excellente information des participants et une première condition au succès d'une telle initiative innovatrice. L'importance d'une campagne d'information n'est que confirmée par l'intervention suivante : « . . . , *au moment qu'ils nous expliquaient la méthodologie du fonctionnement, des renseignements ont été largement commentés à l'intention de la population. . . . Ce jour là, je n'ai pas voulu adhérer, pensant que si c'est quelque chose d'important, ces gens là reviendront au village pour une deuxième fois.* »

Néanmoins, la campagne de sensibilisation est rapportée comme un événement unidirectionnel, de haut en bas, « *les gens nous ont sensibilisé et convaincu sur l'importance de Maliando* » ; « *les gens étaient venus tout au début nous parler clairement . . .* ». Aucun intervenant ne fait référence à la phase de préparation qui s'est faite en étroite collaboration avec la communauté (la MARP – cfr annexe au Chapitre 1), ni au fait que la mutuelle soit planifiée spécifiquement comme une organisation communautaire. Ceci pourrait indiquer que malgré la démarche très explicite des organisateurs d'associer la communauté locale dans la conception de la mutuelle, les gens ne se sentent pas un partenaire égale vis-à-vis du système de santé.

***La nécessité d'un système de recours officialisé et efficace*⁴⁰**

Les adhérents à la mutuelle ont la possibilité de présenter des problèmes encourus au comité de gestion, ce qui n'a pas été mentionné pendant les discussions. L'existence d'une Assemblée Générale de la mutuelle, et la possibilité de participer aux réunions ne semble pas être suffisamment connue par les adhérents, d'où la remarque qu'il n'y a pas de système de recours prévu. Malgré le fait que les gens ont été très bien informés pendant la campagne de sensibilisation, il pourrait y avoir un manque de communi-

⁴⁰ Au niveau du Secrétariat général de la Mutuelle, il y a une quasi-permanence permettant de recevoir les adhérents confrontés à des problèmes de contact avec les établissements de soins ou pour diverses réclamations. Mais il n'y a pas de système officiel avec possibilité de recourir à des procédures judiciaires.

cation entre gestionnaires et adhérents depuis la mise en pratique de la mutuelle et/ou entre membres de l'Assemblée Générale et population. La majorité des plaintes concernent la qualité des soins offerts. Il est possible que les participants ne considèrent pas le système de recours existant satisfaisant parce que ces plaintes introduites auprès du comité de gestion n'ont pas trouvé une solution. La déception des gens se traduit en non-adhésion et l'incapacité de la mutuelle de garantir des soins de qualité s'exprime dans un déversement de frustrations lors des discussions.

LES DIFFICULTES FINANCIERES

L'incapacité de payer la prime

Il n'y a pas de doute que la prime d'adhésion jugée raisonnable en elle-même devient inabordable pour certaines familles nombreuses. De nombreux participants se déclarent trop pauvres pour payer la prime d'adhésion, sans qu'il soit possible de déduire des discussions s'ils appartiennent à des familles nombreuses ou non. Il serait important de vérifier si la prime d'inscription est abordable pour les familles restreintes et à partir de quel nombre de membres le montant devient une charge trop lourde.

Les participants aux discussions de validation mentionnent que les modalités de paiement ont été changées récemment. En négociation avec l'Assemblée Générale de la mutuelle, il avait été décidé que le paiement de la prime pouvait se faire par petits versements du mois de décembre jusqu'au mois de mai. Par cette modification, qui rapprochent les modalités de paiement des mécanismes d'épargne endogènes, ils pensent qu'effectivement « *ainsi on peut payer pour toute la famille* ». Le même intervenant trouve néanmoins que « *le fait que Maliando a dit qu'il faut que toute la famille adhère est le côté le plus mauvais* ». Une mesure supplémentaire semble encore nécessaire pour aider les familles nombreuses (qui dans les assurances sociales européennes également bénéficient d'avantages financiers).

Eviter la sélection adverse est une considération financière qui a pour but de préserver l'équilibre financier de la mutuelle. Si le fait de devoir inscrire toute la famille entrave l'adhésion d'un grand nombre de gens, finalement l'objectif de la mutuelle de faciliter l'accès aux soins n'est pas atteint. Dans les discussions, ce sont les participants qui ont inscrit leurs familles pendant deux années consécutives qui mentionnent le plus souvent les

avantages financiers de l'accès aux soins à un prix réduit. Les participants qui n'ont jamais inscrit leurs familles répètent le plus souvent que le montant trop élevé de la prime est l'obstacle principal à l'adhésion. Les avantages financiers ne sont donc accessibles qu'à ceux qui déjà peuvent se permettre de payer la prime. Cet état des choses est évidemment inhérent à une assurance maladie privée, néanmoins, dans le cadre de la mutuelle il semble que la difficulté de payer la prime est mentionnée très souvent et que trop de gens sont exclus pour des raisons financières.

Y a-t-il un seuil de pauvreté en dessous duquel organiser une mutuelle devient impossible ?

Le nombre important de personnes qui s'avouent trop pauvres pour payer la prime ou la payer pour tous les membres de la famille laisse un doute quant à la faisabilité d'instaurer une mutuelle parmi une population si démunie. D'autre part, plusieurs participants insistent sur l'importance d'être en bonne santé pour pouvoir travailler aux champs ou disent que la maladie a rendu leur situation financière si précaire qu'ils n'ont pas pu inscrire leur ménage. Sans pour autant retourner aux soins gratuits, la question doit être posée si partiellement financer une mutuelle communautaire par des subsides ne présente pas à long terme le plus grand équilibre coûts-bénéfices aussi bien pour le système de santé que pour la population.

LA QUALITE DES SOINS

Aussi longtemps qu'un niveau de qualité atteint n'ait satisfait les attentes de la population, ou un niveau qui visiblement évolue dans le bon sens, toute autre mesure pour améliorer l'accès aux soins semble inutile.

La mutuelle peut-elle jouer son rôle de promoteur de qualité ? Quels peuvent être les moyens de persuasion pour une mutuelle privée face au personnel sous-payé du secteur public ? Il y a en plus une culture interne qui ne semble pas facile à rompre. Comment réintroduire une attitude qui a le service au patient comme objectif premier ? La demande des participants de créer un centre de santé privé fait peut être preuve de leur plus grand réalisme.

L'accès à l'hôpital est indiqué comme l'avantage qualitatif principal de la mutuelle, non seulement pour le bénéfice financier considérable, mais éga-

lement parce que les soins donnés sont jugés de bonne qualité. Aussi longtemps que la qualité des soins au centre de santé est un obstacle à l'adhésion, on pourrait envisager une assurance qui couvre uniquement les « gros risques » qui pourrait attirer plus de membres tout en aidant la population pour la couverture d'un risque financier important. Une couverture des gros risques uniquement pourrait cependant entrer en conflit avec l'attente de 'réciprocité équilibrée' de la part des adhérents.

La déception souvent exprimée, les comparaisons fréquentes entre adhérents et non-adhérents, la frustration du fait que les non-adhérents « *se moquent* » des mutualistes qui ne reçoivent pas de bons soins et les observations qu'il faudrait un centre de santé spécifique pour les adhérents seuls laissent entendre que les membres de la mutuelle avaient espéré un statut privilégié⁴¹.

Les composantes de la qualité des soins identifiées sont les mêmes également décrits dans d'autres études de la perception de la qualité des soins. Les discussions de validation ont néanmoins indiqué des éléments nouveaux qui pourraient être explorées davantage :

- Plusieurs participants ont attiré l'attention sur la différence de l'attitude du personnel dans leur rôle professionnel et dans leur rôle de membre de la communauté. Vu que les participants remarquent que dans la vie de tous les jours ils ont des relations 'normales' avec le personnel de santé, la question s'impose de chercher ce qui est à l'origine de la différence d'attitude du personnel dans leurs relations professionnelles. Il serait intéressant de les interpeller à ce sujet, et d'organiser des groupes focalisés avec les professionnels de la santé pour entendre leur opinion.
- L'association entre l'accueil, l'écoute et le bon diagnostic ; l'opposition entre la compétence et l'expérience ; la confiance dans le diagnostic et le traitement de l'infirmier dont on juge les connaissances moins bon-

⁴¹ Cette attente de la part des adhérents d'un meilleur 'statut' est également apparu dans l'investigation de la perception sociale du système d'assurance pour soins hospitaliers de Bwamanda (RDC) mentionné plus haut, ainsi que dans le système d'assurance pour soins hospitaliers mis en place dans le district de Nkoranza au Ghana. Pour ce dernier voir le travail de Atim (2000), *Participation and adverse selection in a voluntary community health insurance scheme. A further evaluation of the Nkoranza community health insurance scheme in Ghana*. Colloque International 'Financement des systèmes de santé dans les pays à faible revenu d'Afrique et d'Asie', CERDI, Clermont Ferrand, 30 novembre-1er décembre 2000.

nes, en opposition au manque de foi dans les capacités des infirmiers dont on juge les connaissances meilleures ; sont des notions qui méritent une investigation approfondie.

- Quand les patients observent que le choix limité de médicaments est imposé dans le centre de santé, il doit y avoir une possibilité de débat au sujet des divergences d'opinion entre les professionnels et les patients au sujet des médicaments. Peut-être ne s'est-on jamais donné la peine d'entrer sérieusement dans cette discussion ?

Certaines observations des intervenants indiquent des modifications possibles pour améliorer la qualité des soins :

- Un meilleur suivi des patients pourrait empêcher que ceux qui reviennent pour les mêmes plaintes pendant le même épisode de maladie ne soient traités avec les mêmes médicaments.
- Il faudrait chercher quels sont les cas de non-guérison. Y a-t-il des plaintes qui sont ignorées par les professionnels de santé ? Devraient-ils référer plus souvent à l'hôpital ? Mieux informer les patients de la durée attendue du rétablissement ? Insister plus sur la prise correcte des traitements prescrits ?
- Une formation du personnel du centre de santé sur l'importance de l'accueil et de l'écoute comme facteurs intégrant de la démarche thérapeutique pourrait être bénéfique
- Le choix des médicaments accessibles pourrait être élargi. Néanmoins, la liste des médicaments essentiels établie dans le cadre de la mutuelle semble être suffisante pour assurer les traitements courants au niveau d'un centre de santé. Il se pourrait que des ruptures de stock, non perçues comme telles par les participants, soient en cause et que l'approvisionnement des médicaments doit être revu.
- L'effet de certains médicaments pourrait être mieux expliqué aux patients : leur mépris de certains médicaments de base semble exagéré.
- Il faudrait aussi vérifier si le centre de santé n'est pas déjà un deuxième recours pour les maladies fréquentes qui peuvent être traitées avec les médicaments de base qui se vendent au marché. Dans ce cas, il serait normal qu'ils attendent du centre d'autres médicaments. Demander quels médicaments les patients ont déjà pris est une démarche rare lors des consultations du premier échelon.

Futures recherches ?

LA SURCONSOMMATION DES SOINS

Il serait utile d'explorer ce que signifie une consultation « justifiée » et une consultation « abusive » dans l'opinion des prestataires et des utilisateurs de soins. Le résultat d'une telle investigation pourrait vérifier l'utilité de l'introduction d'un ticket modérateur pour diminuer le recours aux soins « abusifs ».

LE SYSTEME D'ASSURANCE POUR LES SOINS DE SANTE LE PLUS ADAPTE

Une recherche qui étudie pourquoi aucune solution satisfaisante pour le financement de soins de santé n'ait été trouvée par les communautés locales peut être plus indiquée qu'une recherche qui se concentre sur le développement d'assurance maladie à partir de mécanismes existants. Les résultats seraient utiles pour apporter les modifications nécessaires pour l'introduction locale d'un modèle d'assurance maladie exogène qui a déjà fait ces preuves dans plusieurs sociétés différentes.

UN SEUIL MINIMUM DE PAUVRETE

Avant l'introduire un mécanisme d'assurance maladie, il pourrait être utile de vérifier si les habitants ont les ressources financières nécessaires pour participer⁴². Il devrait être possible de déterminer quels sont les pré-requis nécessaires pour qu'une proportion suffisante de la population puisse adhérer et un seuil de pauvreté en dessous duquel une assurance maladie a peu de chance d'attirer suffisamment de membres.

UNE MUTUELLE COMMUNAUTAIRE SUBSIDIEE

Partiellement financer une mutuelle communautaire par des subsides (publiques) pourrait non seulement assurer l'accès aux soins à des communautés démunies, mais en même temps présenter à long terme le plus grand équilibre coûts-bénéfices pour le système de santé et pour la population.

L'ATTITUDE DU PERSONNEL DE SANTE

Les participants observent que le personnel de santé, avec qui ils ont des

⁴² Ceci a été fait dans le cadre du projet PRIMA. Cependant, la question portait sur la capacité des gens à payer une prime *individuelle* de quelques milliers de Francs Guinéens, et pas sur la capacité d'un *ménage entier* à payer en une fois les primes pour tous les membres de ce ménage!

relations normales dans la vie de tous les jours, changent tout à fait d'attitude quand ils prennent leur rôle au centre de santé. La question s'impose de chercher ce qui est à l'origine de la différence d'attitude du personnel dans leurs relations professionnelles. Il serait intéressant de les interpeller à ce sujet, et d'organiser des groupes focalisés avec les professionnels de la santé pour entendre leur opinion.

L'APPROCHE DU PATIENT

L'association entre l'accueil, l'écoute et le bon diagnostic, l'opposition entre la compétence et l'expérience, la confiance dans le diagnostic et le traitement de l'infirmier dont on juge les connaissances moins bonnes en opposition au manque de foi dans les capacités des infirmiers dont on juge les connaissances meilleures, sont des notions qui méritent une investigation approfondie.

Annexes au Chapitre 2

Annexe 1 : Thèmes à discuter dans les focus groupes 'inscrits année 1 et inscrits année 2' (Population 1)

Annexe 2 : Thèmes à discuter dans les focus groupes 'inscrits année 1 mais non-inscrits année 2' (Population 2)

Annexe 3 : Thèmes à discuter dans les focus groupes 'non-inscrits année 1 mais inscrits année 2' (Population 3)

Annexe 4 : Thèmes à discuter dans les groupes 'non-inscrits année 1 et non-inscrits année 2' (Population 4)

Annexe 5 : Groupes focalisés de validation pour les populations 1, 2 et 3

Annexe 6 : Groupes focalisés de validation pour la population 4

ANNEXE 1 : THEMES A DISCUTER DANS LES FOCUS GROUPES 'INSCRITS ANNEE 1 ET INSCRITS ANNEE 2' (POPULATION 1)

1. Actuellement les temps sont difficiles. Les soins de santé ne sont qu'une de vos multiples préoccupations à côté de beaucoup d'autres (par exemple: *trouver de la nourriture, payer les frais d'école des enfants, payer des vêtements, chercher de l'eau et du bois etc...*). Aussi la maladie n'est qu'un risque potentiel et non une certitude. Pourtant vous vous êtes inscrits à la mutuelle Maliando deux années de suite (1998 et 1999) et vous l'avez fait de façon libre. Pourquoi? Est-ce que vous pouvez nous en parler un peu plus? Aidez-nous à mieux comprendre les raisons de votre adhésion.
2. Un des objectifs de la création de la mutuelle est de contribuer à l'amélioration de la qualité de l'offre de soins en général (par exemple: une plus grande gamme de médicaments disponibles), et la qualité de la relation humaine entre agent de santé et patient en particulier (par exemple: un meilleur accueil au CS et à l'hôpital, pas de surtarification). Qu'en pensez-vous? Est-ce que vous trouvez que Maliando a contribué à cela? Parlez-nous en svp.
3. Un autre objectif de la mutuelle est d'améliorer l'accès financier aux soins au centre de santé et à l'hôpital. Qu'en pensez-vous? Est-ce que maintenant vous allez plus souvent et plus vite (càd sans trop attendre à la maison) au centre de santé et/ou à l'hôpital? Parlez-nous en un peu.
4. 4.1. Est-ce qu'il y a des ménages au sein de votre communauté qui n'ont pas assez d'argent pour payer la cotisation pour chaque membre de famille?
4.2. A votre avis, qu'est-ce que pourrait être l'attitude de Maliando par rapport à ces gens là?
5. Dans votre communauté existent de nombreuses associations (endogènes) d'entraide au niveau de la famille, du groupe, du clan. Elles interviennent aussi, parmi d'autres choses, en cas d'événements 'catastrophiques' (par exemple un décès ou un accident). En quoi ces associations diffèrent-elles alors de la mutuelle Maliando? Et faut-il encore une mutuelle si ces associations sont en mesure de couvrir adéquatement les frais de la maladie?
6. Dans les associations tout le monde se connaît et la vie associative est souvent une occasion pour les membres de pouvoir se retrouver afin de

causer, plaisanter, et fêter. Est-ce aussi le cas dans la mutuelle? Qu'en pensez-vous?

7. Si une personne inscrite à la mutuelle n'est pas tombée malade, mais une autre personne inscrite l'est, alors la contribution du premier va servir à payer les soins de santé de l'autre. Cette autre personne peut être quelqu'un de sa propre famille mais aussi quelqu'un que vous ne connaissez pas (par exemple quelqu'un d'un autre village). Qu'en pensez-vous?
8. La campagne de cotisation pour la troisième année de Maliando (2000) bat son plein pour le moment. Quels sont vos intentions? Allez-vous renouveler votre adhésion encore une (troisième) fois? Si oui, pourquoi? Et si non, pourquoi pas?
9. Pourquoi est-ce que la grande majorité des gens dans votre village n'a jamais adhéré à Maliando? Qu'en pensez-vous? Et pourquoi est-ce que certains qui ont adhéré la première année ne l'ont plus fait la deuxième année?

ANNEXE 2 : THEMES A DISCUTER DANS LES FOCUS GROUPES 'INSCRITS ANNEE 1 MAIS NON-INSCRITS ANNEE 2' (POPULATION 2)

1. Actuellement les temps sont difficiles. Les soins de santé ne sont qu'une de vos multiples préoccupations à côté de beaucoup d'autres (par exemple: *trouver de la nourriture, payer les minervals pour l'école des enfants, payer des vêtements, chercher de l'eau et du bois etc...*). Aussi la maladie n'est qu'un risque potentiel et non une certitude. Malgré ces difficultés vous vous êtes tous volontairement inscrits à la mutuelle Maliando la première année (1998). Mais vous avez librement décidé de ne pas renouveler votre inscription la deuxième année (1999). Pourquoi? Est-ce que vous pouvez nous en parler un peu plus? Quelles sont les raisons qui font que vous ne semblez plus être intéressés dans la mutuelle?
2. Un des objectifs de la création de la mutuelle est de contribuer à l'amélioration de la qualité de l'offre de soins en général (par exemple: une plus grande gamme de médicaments disponibles), et la qualité de la relation humaine entre agent de santé et patient en particulier (par exemple: un meilleur accueil au CS et à l'hôpital, pas de surtarification). Qu'en pensez-vous? Est-ce que vous trouvez que Maliando a contribué à cela? Parlez-nous en svp.
3. 3.1. Un autre objectif de la mutuelle est d'améliorer l'accès financier aux soins au centre de santé et à l'hôpital. Qu'en pensez-vous? Est-ce vous pensez que les adhérents vont plus souvent et plus vite (càd sans trop attendre à la maison) au centre de santé et/ou à l'hôpital que les non adhérents?
3.2. Et vous qui n'avez pas renouvelé votre cotisation en 1999, est-ce que vous, ou quelqu'un de votre famille, avez éprouvé des difficultés à accéder aux soins de santé? Parlez-nous en un peu. Comment est-ce que vous vous êtes 'débrouillé' en cas de maladie?
4. Dans votre communauté existent de nombreuses associations (endogènes) d'entraide au niveau de la famille, du groupe, du clan. Elles interviennent aussi, parmi d'autres choses, en cas d'événements 'catastrophiques' (*par exemple un décès ou un accident*). En quoi ces associations diffèrent-elles alors de la mutuelle Maliando? Et avons-nous encore besoin d'une mutuelle si ces associations sont en mesure de couvrir adéquatement les frais de la maladie?
5. Dans les associations tout le monde se connaît et la vie associative est

souvent une occasion pour les membres de pouvoir se retrouver afin de causer, plaisanter, et fêter. Est-ce aussi le cas dans la mutuelle? Qu'en pensez-vous?

6. Si une personne inscrite à la mutuelle n'est pas tombée malade, mais une autre personne inscrite l'est, alors la contribution du premier va servir à payer les soins de santé de l'autre. Cette autre personne peut être quelqu'un de sa propre famille mais aussi quelqu'un que vous ne connaissez pas (par exemple quelqu'un d'un autre village). Qu'en pensez-vous?
7. La campagne de cotisation pour la troisième année de Maliando (2000) bat son plein pour le moment. Quels sont vos intentions? Allez-vous payer votre adhésion cette fois-ci? Si oui, pourquoi? Et si non, pourquoi pas?

**ANNEXE 3 : THEMES A DISCUTER DANS LES FOCUS GROUPES 'NON-
INSCRITS ANNEE 1 MAIS INSCRITS ANNEE 2' (POPULATION 3)**

1. Actuellement les temps sont difficiles. Les soins de santé ne sont qu'une de vos multiples préoccupations à côté de beaucoup d'autres (par exemple: *trouver de la nourriture, payer les frais d'école pour les enfants, acheter des vêtements, chercher de l'eau et du bois etc...*). Aussi la maladie n'est qu'un risque potentiel et non une certitude. Vous vous êtes librement inscrits à la mutuelle Maliando lors de sa deuxième année de fonctionnement (1999) mais pas lors de sa première année de fonctionnement (1998). Pourquoi? Est-ce que vous pouvez nous en parler un peu plus? Qu'est-ce qui vous a fait changer d'avis en 1999? Qu'est-ce qui fait que vous avez adhéré à Maliando en 1999?
2. Avant l'existence de Maliando, un malade qui va au centre de santé ou à l'hôpital est isolé, seul... face aux agissements du personnel de santé. Maintenant, que vous êtes membre de Maliando, est-ce que c'est différent? Est-ce que vous êtes plus fort maintenant? Est-ce que vous vous sentez protégé? Parlez-nous en un peu.
3. Un autre objectif de la mutuelle est d'améliorer l'accès financier aux soins au centre de santé et à l'hôpital. Qu'en pensez-vous? Est-ce que maintenant vous allez plus souvent et plus vite (càd sans trop attendre à la maison) au centre de santé et/ou à l'hôpital? Parlez-nous en un peu.
4. 4.1. Est-ce qu'il y a des ménages au sein de votre communauté qui n'ont pas assez d'argent pour payer la cotisation pour chaque membre de famille?
4.2. A votre avis, qu'est-ce que pourrait être l'attitude de Maliando par rapport à ces gens là?
5. Dans votre communauté existent de nombreuses associations (endogènes) d'entraide au niveau de la famille, du groupe, du clan. Elles interviennent aussi, parmi d'autres choses, en cas d'événements 'catastrophiques' (*par exemple un décès ou un accident*). En quoi ces associations diffèrent-elles alors de la mutuelle Maliando? Et faut-il encore une mutuelle si ces associations sont en mesure de couvrir adéquatement les frais de la maladie?
6. Dans les associations tout le monde se connaît et la vie associative est souvent une occasion pour les membres de pouvoir se retrouver afin de causer, plaisanter, et fêter. Est-ce aussi le cas dans la mutuelle? Qu'en

pensez-vous?

7. Si une personne inscrite à la mutuelle n'est pas tombée malade, mais une autre personne inscrite l'est, alors la contribution du premier va servir à payer les soins de santé de l'autre. Cette autre personne peut être quelqu'un de sa propre famille mais aussi quelqu'un que vous ne connaissez pas (par exemple quelqu'un d'un autre village). Qu'en pensez-vous?
8. La campagne de cotisation pour la troisième année de Maliando (2000) bat son plein pour le moment. Quels sont vos intentions? Allez-vous renouveler votre adhésion? Si oui, pourquoi? Et si non, pourquoi pas?
9. Pourquoi est-ce que la grande majorité des gens dans votre village n'a jamais adhéré à Maliando? Qu'en pensez-vous? Et pourquoi est-ce que certains qui ont adhéré la première année ne l'ont plus fait la deuxième année?

ANNEXE 4 : THEMES A DISCUTER DANS LES GROUPES 'NON-INSCRITS ANNEE 1 ET NON-INSCRITS ANNEE 2' (POPULATION 4)

1. Actuellement les temps sont difficiles. Les soins de santé ne sont en effet qu'une de vos multiples préoccupations à côté de beaucoup d'autres (par exemple: *trouver de la nourriture, payer les minerval pour l'école des enfants, payer des vêtements, chercher de l'eau et du bois etc...*).
 - 1.1. Est-ce que vous avez déjà entendu parler de la mutuelle Maliando? Si oui, pouvez-vous en parler un peu: qu'est-ce que c'est Maliando? À quoi cela sert-il?
 - 1.2. Vous avez librement décidé de ne pas adhérer à la mutuelle Maliando pendant les deux premières années de son existence (1998 et 1999). Pourquoi? Est-ce que vous pouvez nous en parler un peu plus? Aidez-nous à mieux comprendre les raisons du manque d'intérêt que vous semblez avoir dans la mutuelle.
2. Quand vous allez au centre de santé ou à l'hôpital, vous êtes seul, isolé... vis-à-vis des agissements du personnel de santé. Est-ce que pour un membre de Maliando c'est différent? (Ex. le personnel du centre de santé demande aussi bien à un adhérent qu'à un non adhérent de payer 5000 FG pour les soins. Que va t-il se passer pour l'un et pour l'autre?)
3. Un autre objectif de la mutuelle est d'améliorer l'accès financier aux soins. Qu'en pensez-vous? Est-ce vous pensez que ceux qui ont payé l'adhésion vont plus souvent et plus vite (càd sans devoir trop attendre à la maison) au centre de santé et/ou à l'hôpital que les non adhérents? Et vous qui n'avez jamais adhéré à la mutuelle, est-ce que vous même, ou quelqu'un de votre famille, ont éprouvé des difficultés à accéder aux soins de santé? Parlez-nous en un peu. Comment est-ce que vous vous êtes 'débrouillé' en cas de maladie ?
4. Dans votre communauté existent de nombreuses associations (endogènes) d'entraide au niveau de la famille, du groupe, du clan. Elles interviennent aussi, parmi d'autres choses, en cas d'événements 'catastrophiques' (*par exemple un décès ou un accident*). En quoi ces associations diffèrent-elles alors de la mutuelle Maliando? Et pensez-vous qu'une mutuelle comme Maliando est utile si ces associations sont capables de couvrir les frais de la maladie?
5. La campagne de cotisation pour la troisième année de Maliando (2000) bat son plein pour le moment. Quels sont vos intentions? Comptez-vous payer l'adhésion pour votre famille cette fois-ci? Si oui, pourquoi?

Et si non, pourquoi pas?

6. Qu'est ce qu'il faudrait faire pour que vous, et votre famille, deveniez membre de Maliando?

ANNEXE 5 : GROUPES FOCALISES (GF) DE VALIDATION POUR LES POPULATIONS 1, 2 ET 3

1. Lors des discussions de groupes, les éléments positifs suivants ont été fréquemment cités comme résultant de l'adhésion:

la mutuelle permet d'accéder plus souvent et plus vite au soins au Centre de Santé et elle facilite aussi l'accès à l'hôpital pour les urgences référées, par ailleurs elle permet de limiter le paiement au tarif convenu entre Maliando et les ES;

être membre de Maliando c'est appartenir à une association qui protège ses adhérents et qui est gérée par des personnes qui les représentent bien ; il y a beaucoup d'associations d'entraide dans les villages, Maliando est une association nouvelle, venue de l'extérieur, mais qui répond à un problème - la santé - que les associations existantes ne prennent en charge qu'incomplètement.

Etes-vous d'accord avec ces considérations? Lesquelles parmi ces considérations vous semblent les plus importantes (hiérarchisation)?

2. Au cours de ces mêmes discussions de groupes que nous avons eues avec vos frères et sœurs ils ont noté que les éléments suivants décourageaient l'adhésion :

le manque de satisfaction par rapport aux soins offerts au centre de santé; les modalités d'adhésion font que pour les familles nombreuses le montant à payer devient très difficilement supportable;

l'échec d'expériences associatives par le passé induit des hésitations et des refus d'adhésion;

l'insuffisance de l'information et de la sensibilisation des communautés explique la faible adhésion.

Etes-vous d'accord avec ces considérations? Lesquelles parmi ces considérations vous semblent les plus importantes (hiérarchisation)?

3. Pour les gens qui ont payé leur cotisations à Maliando il semble qu'il n'y ait pas de problème à ce que l'argent de leurs cotisations serve à financer les soins pour des adhérents d'autres villages, même des adhérents inconnus. Qu'en pensez-vous?

4. Dans les discussions faites avec vos frères et sœurs il est souvent ressorti qu'il y a un manque de communication entre la population et les 'docteurs' du centre de santé.

Est-ce que vous partagez cet avis? Selon vous, comment cette communication, ce dialogue pourraient-ils se développer? Par quel canal?

Est-ce que Maliando pourrait, à votre avis, jouer un rôle là dedans? Si oui, comment? Si non, pourquoi pas?

5. Dans les discussions avec vos frères et sœurs, beaucoup de personnes ont dit qu'elles vont consulter le centre privé de Mano plutôt que d'aller au centre de santé de Yendé. En est-il de même pour vous? A votre avis, qu'est-ce que le centre de santé de Yendé pourrait apprendre de Mano pour améliorer ses soins? Et à votre avis, il y a-t-il aussi des choses que le centre privé de Mano pourrait apprendre du centre de santé de Yendé?

ANNEXE 6 : GROUPES FOCALISES (GF) DE VALIDATION POUR LA POPULATION 4

1. Au cours des discussions de groupes que nous avons eues avec vos frères et sœurs ils ont noté que les éléments suivants décourageaient l'adhésion :

le manque de satisfaction par rapport aux soins offerts au centre de santé;
les modalités d'adhésion font que pour les familles nombreuses le montant à payer devient très difficilement supportable;

l'échec d'expériences associatives par le passé induit des hésitations et des refus d'adhésion;

l'insuffisance de l'information et de la sensibilisation des communautés explique la faible adhésion.

Etes-vous d'accord avec ces considérations? Lesquelles parmi ces considérations vous semblent les plus importantes (hiérarchisation)?

2. Dans les discussions faites avec vos frères et sœurs il est souvent ressorti qu'il y a un manque de communication entre la population et les 'docteurs' du centre de santé. Est-ce que vous partagez cet avis? Selon vous, comment cette communication, ce dialogue pourraient-ils se développer? Par quel canal?
3. Dans les discussions avec vos frères et sœurs, beaucoup de personnes ont dit qu'elles vont consulter le centre privé de Mano plutôt que d'aller au centre de santé de Yendé. En est-il de même pour vous? A votre avis, qu'est-ce que le centre de santé de Yendé pourrait apprendre de Mano pour améliorer ses soins? Et à votre avis, il y a-t-il aussi des choses que le centre privé de Mano pourrait apprendre du centre de santé de Yendé?

Chapitre 3 : La perception des professionnels de santé de la MUCAS Maliando. La difficulté de l'approche partenariale.

Axel Wiegandt⁴³, Jean Van der Vennet⁴⁴, Alpha Ahmadou Diallo⁴⁵
et Bart Criel⁴⁶

avec la collaboration de l'Equipe de Coordination de la Recherche

⁴³ Consultant *Medicus Mundi Belgique* auprès du projet PRIMA.

⁴⁴ Département de Santé Publique de l'Institut de Médecine Tropicale à Anvers et consultant *Medicus Mundi Belgique* auprès du projet PRIMA.

⁴⁵ Ministère de la Santé Publique à Conakry et consultant *Medicus Mundi Belgique* auprès du projet PRIMA.

⁴⁶ Département de Santé Publique de l'Institut de Médecine Tropicale à Anvers et responsable auprès de *Medicus Mundi Belgique* du suivi scientifique du projet PRIMA.

Question de recherche et méthodologie

Durant les deux années qui ont suivi le lancement de *Maliando*, le personnel de santé a été régulièrement confronté aux attentes et exigences de la population et surtout des mutualistes, exigences auxquelles il ne pouvait (ou ne voulait) pas toujours répondre. Par ailleurs, le système de remboursement forfaitaire des prestations par virement de la mutuelle, les systèmes de contrôle et la transparence financière introduits ont sans doute mis à mal les pratiques de sur-tarification des agents vis-à-vis les patients mutualistes. L'attention inlassable du mutualiste chargé des relations avec les établissements de soins a probablement aussi suscité des irritations et des crispations au sein du personnel de santé. Enfin une enquête réalisée en 1999 sur le financement du centre de santé de Yendé, visant entre autres à chiffrer la sur-tarification, a dû également mettre les nerfs du personnel du centre à rude épreuve...

En mars 2000, dans ce contexte tendu, une enquête visant à évaluer la perception de la mutuelle par le personnel de santé à tous les niveaux de responsabilité, opérationnel et administratif, a été réalisée. Le but de cette enquête était de mieux comprendre la perception des personnels de santé par rapport à la mutuelle. Cela devait contribuer à expliquer pourquoi, après deux années de fonctionnement, le modèle MUCAS n'avait pas atteint tous ses objectifs. Une des hypothèses de travail retenue était que le personnel de santé avait une part de responsabilité - à évaluer - dans la difficulté à atteindre les objectifs fixés : en terme d'adhésion à la mutuelle comme en terme d'amélioration de la qualité des soins.

Pendant cette même période une autre étude qualitative, par la méthode des groupes focalisés, a été conduite auprès de la population afin de mieux cerner sa propre perception du modèle MUCAS (voir chapitre 2). Nous référerons aux résultats de cette investigation chaque fois que cela sera utile.

ENQUETE AUPRES DU PERSONNEL DE SANTE

La méthode de recherche a été arrêtée au cours d'une mission en décembre 1999. Pour cerner les perceptions des différents acteurs de l'expérience MUCAS, il a été proposé d'utiliser la technique des interviews semi-structurés à administrer aux professionnels de santé travaillant aux différents échelons du système de santé. L'identification des questions de recherches s'est faite au cours d'un atelier organisé en mars 2000. Une liste de 16 personnes à interviewer fût ensuite établie par l'équipe de coordination de la recherche. Le Tableau 22 reprend les principales caractéristiques des personnes interrogées.

Une équipe de deux enquêteurs (JVDV et AAD) a converti les questions de recherche en grille d'interviews et les a administrées en avril 2000. En annexes 1-4 figurent respectivement la liste des questions adressées au personnel du centre de santé de Yendé, au personnel de l'hôpital de Kissidougou, aux personnels des niveaux régional (L'Inspection Régionale) et central (le Ministère de la Santé Publique), et à l'infirmier-chef du cabinet privé de Mano (à 1 km du centre de santé de Yendé).

Les interviews se sont déroulés en français et ont duré en moyenne trente minutes. Les deux chercheurs ont réalisé tous les interviews ensemble en alternant les rôles d'intervieweur et de secrétaire. Notons cependant que l'intervieweur prenait toujours des notes. Les deux jeux de notes d'interview étaient revus en commun directement après chaque interview et ensuite retranscrits le jour même. Comme les deux chercheurs peuvent être considérés comme faisant partie de l'équipe des promoteurs de la mutuelle ils ne peuvent être considérés comme complètement neutres et pourraient avoir influencé le processus tant dans la définition des questions à poser qu'au niveau des répondants qui peuvent avoir été influencés dans leurs réponses.

Tableau 22 : Caractéristiques des personnes interviewées

	Personnel masculin	Personnel féminin
Niveau opérationnel (le centre de santé gouvernemental)	3	1
Niveau opérationnel (le dispensaire privé)	1	
Niveau hôpital préfectoral	3	1
Niveau gestionnaire (la direction préfectorale de santé)	1	
Niveau intermédiaire (la direction régionale de santé)	2 (dont 1 expatrié)	
Niveau central (le Ministère de la Santé Publique)	4 (dont 1 expatrié)	

ANALYSE DE L'ENQUETE

L'analyse des questionnaires a été faite avec l'appui d'un chercheur indépendant (AW), en utilisant la technique de l'analyse de contenu. L'analyse de contenu est définie comme « *une technique de recherche pour la description objective, systématique et quantitative, du contenu manifeste des communications, ayant pour but de les interpréter* »⁴⁷. Le texte est découpé en éléments clés choisis ou recensés en liaison avec les questions de recherche. Cette analyse a été appliquée aux retranscriptions des entretiens.

Il s'est agi ici d'une analyse exploratoire non destinée à vérifier une hypothèse explicite mais plutôt d'aller par une démarche inductive, à la formulation d'hypothèses explicatives pour les phénomènes constatés. Les chercheurs faisaient cependant l'hypothèse de travail que le personnel de santé, en particulier au niveau opérationnel, était plutôt défavorable ou du moins avait de sérieuses réserves face à l'expérience MUCAS. Il s'est donc agi d'une analyse essentiellement qualitative reposant sur la présence ou l'absence d'une caractéristique donnée. Cela diffère de l'analyse quantitative qui recherche la fréquence des thèmes, mots, symboles retenus. Une liste exhaustive des 12 thèmes abordés dans les interviews a été établie. Elle reflète bien entendu la liste préalable des questions de recherche. La liste des thèmes figure dans l'Encadré 3.

⁴⁷ Gravitz M (1996). Méthodes des Sciences Sociales, 10ième édition, Précis Dalloz.

Encadré 3 : Liste des thèmes

- Thème 1: Compréhension de *Maliando*/ du modèle MUCAS
Thème 2: Impact de la mutuelle sur l'accessibilité aux soins
Thème 3: Impact de la mutuelle sur les revenus des agents
Thème 4: Impact de la mutuelle sur le travail des agents (charge et organisation du travail)
Thème 5: Limites de *Maliando*/du modèle MUCAS
Thème 6: Impact de la mutuelle sur les relations soignants/soignés
Thème 7: Positionnement des acteurs par rapport à la mutuelle/au modèle MUCAS
Thème 8: Opportunité de l'introduction de la MUCAS pour redéfinir les aires de santé
Thème 9: La contractualisation entre la mutuelle et les services de santé
Thème 10: Rôle et utilité de l'EPPM (Equipe Préfectorale de Promotion de la Mutuelle)
Thème 11: Modification dans l'offre de soins induite par la mutuelle
Thème 12: Positionnement d'un acteur du privé par rapport à *Maliando*

Plusieurs lectures attentives des interviews ont permis de formuler des catégories (et sous-catégories) pour chaque thème. Ces catégories sont définies ici comme des rubriques significatives, en fonction desquelles le contenu sera classé et éventuellement quantifié. Elles ont permis d'établir un inventaire des diverses opinions exprimées et des arguments utilisés. Ces catégories constituent les grilles d'analyse qui ont permis de sélectionner les données pertinentes en fonction des questions de recherche. L'Encadré 4 reprend en exemple la grille d'analyse ainsi définie pour le thème 'compréhension de *Maliando*/ du modèle MUCAS'.

Encadré 4: Grille de catégories et de sous-catégories retenues pour le thème 1

Pour le thème compréhension *Maliando* / modèle MUCAS les catégories retenues étaient 'organisation/association', 'projet', 'système/ méthode/ technique' et 'mutuelle'. Dans la catégorie organisation / association, les sous-catégories étaient 'utilisateurs de services', 'non précisé', 'personnes /individus', 'ménages' et 'communautaire'.

Pour chaque thème la perception des acteurs a été analysée par niveau de responsabilité dans le système de santé et les perceptions des différents niveaux ont été comparées. Cela a permis de dégager les forces et les faiblesses du modèle telles que perçues par les différents personnels de santé, d'apprécier la cohérence d'ensemble qui valide à posteriori l'approche partenariale, et de dégager des enseignements utiles au développement de la mutuelle, à son extension/diffusion éventuelle.

L'analyse des interviews a fait l'objet de plusieurs procédés de validation:

- Au long de la présentation des résultats les chercheurs ont essayé de donner suffisamment d'éléments pour permettre au lecteur de juger si l'interprétation proposée est supportée par les données, et une attention particulière été apportée durant l'analyse aux réponses négatives qui semblent contredire l'interprétation ainsi qu'aux omissions.
- Validation par la présentation d'une synthèse des résultats à un des acteurs de la recherche⁴⁸.

L'analyse, y inclus la validation et l'écriture d'un premier *draft* du rapport, a pris environ 1.5 hommes/mois.

Résultats et discussion

Les résultats de l'analyse sont présentés par thème, chaque thème étant analysé à partir de la grille correspondante. Dans celle-ci toutes les réponses obtenues et classées par catégories ont été reprises. Parmi les douze thèmes retenus, certains ont été abordés avec l'ensemble des personnes interrogées, d'autres thèmes seulement avec certaines personnes selon le niveau de responsabilité. Un acronyme est chaque fois utilisé pour identifier le niveau du répondant dans le système de soins. Il y a cinq niveaux possibles : centre de santé (CS), hôpital préfectoral (HOP), direction préfectorale de la santé (DPS), niveau régional (ou intermédiaire) de la santé (IRS) et niveau central ou national (MSP).

⁴⁸ Le Dr. Fofana, directeur de l'hôpital de Kissidougou au moment du démarrage de PRIMA et au moment de l'exercice de validation participant au Cours International pour la Promotion de la Santé (CIPS 2000-2001) à l'Institut de Médecine Tropicale à Anvers, Belgique.

THEME 1: COMPREHENSION DE MALIANDO, DU MODELE MUCAS

La formulation de la question a été adaptée en fonction du niveau de responsabilité du répondant dans le système de santé. Aux niveaux CS, HOP et DPS la question était: “ Pouvez-vous expliquer ce qu’est *Maliando*? ”.

Cette question appelle une réponse très concrète à une expérience très concrète. Tandis qu’aux niveaux IRS et MSP la question était: “ Pouvez-vous expliquer ce qu’est le modèle de mutuelle MUCAS développé par PRIMA? ”. Cette formulation appelle évidemment une réponse plus théorique.

Pour les personnels au niveau CS, *Maliando* est pour certains une association de ménages ou communautaire, un projet ou une mutuelle pour d’autres. Pour les personnels au niveau HOP, *Maliando* est considérée comme une association communautaire ou de ménages par trois répondants, comme une mutuelle et un système ou méthode pour améliorer l’accès aux soins pour deux autres. Au niveau DPS, *Maliando* est défini comme une association de ménages.

Pour les niveaux IRS et MSP le modèle Mucas est perçu comme une association et en même temps un système, un instrument, pour améliorer l’accès aux soins. Les citations suivantes illustrent ceci : “ *Maliando est une association communautaire d’aide, en langue Kissi cela veut dire entraide. Les gens ont mis en place une association où ils peuvent essayer de s’entraider pour la prise en charge de leur problèmes de santé* ”. Et encore : “ *Pour moi c’est la concrétisation d’une idée née des préoccupations du Ministère et de quelques partenaires: comment mettre en place un système de solidarité communautaire qui garantisse la réduction des exclusions, la responsabilisation partielle des communautés et qui contribue à améliorer la qualité et la disponibilité des services offerts...* ”

Lorsqu’on ‘monte’ dans le système, les définitions s’élargissent, deviennent plus complexes, prenant en compte à la fois l’aspect associatif et l’aspect instrumental. Pour ce qui concerne la finalité, le but de la mutuelle, les formulations sont différentes: faciliter l’accès, assurer ou couvrir contre des risques, s’aider ou s’entraider... Mais le sens général revient à dire que le but de la mutuelle est de permettre l’accès aux soins. Deux répondants donnent aussi le but d’améliorer la relation soignant/soigné. Le

niveau IRS ajoute aussi que le modèle est créé en réponse à un besoin : “ *Le modèle est né à cause d’un besoin non satisfait notamment en matière d’accessibilité aux soins de santé primaires...* ” C’est important puisque le modèle MUCAS se base précisément sur l’implication active de la population

Pour la majorité des personnes interrogées *Maliando*, ou le modèle MUCAS, est une association ou une organisation communautaire, de ménages ou d'individus. Certains considèrent la mutuelle comme un instrument, un outil, un levier qui sert à améliorer l'accès aux soins, sans que cela ne soit contradictoire avec le fait de considérer la mutuelle comme une association de personnes qui pourraient jouer un rôle de contre-pouvoir. Cependant aucun des répondants ne perçoit l’association dans ce rôle de contre-pouvoir, pas plus d'ailleurs que comme un lieu de solidarité. Pour les répondants la mutuelle est limitée à son rôle technique de prépaiement et plus particulièrement d'aide à l'accès aux soins. Personne ne parle de solidarité, ni d’amélioration de la qualité des soins, ou de financement additionnel des services de santé. L'aspect associatif est perçu par l'ensemble des répondants qui ont donc conscience d'une certaine dynamique sociale sous-jacente.

En conclusion, si les professionnels de santé ont bien compris et admis le rôle technique de la mutuelle pour améliorer l’accès aux soins par le prépaiement, ils ne semblent pas réaliser le rôle politique et social de la mutuelle en tant que force de proposition et de négociation avec les services pour améliorer l'offre. La mutuelle n'est pas considérée par les professionnels comme un interlocuteur, un partenaire mais plutôt comme un outil, une technique. C'est ce qui expliquerait qu'hormis l’effort initial d’amélioration de la qualité, il n’y a pas eu de nouveaux efforts d’adapter l’offre en concertation avec la population. Le dialogue semble se faire moins avec l’organisation qu’avec les mutualistes individuellement qui sont juste des patients plus exigeants, ce qui n’est pas sans poser des problèmes.

THEME 2: IMPACT DE LA MUTUELLE SUR L'ACCESSIBILITE AUX SOINS

Au niveau CS, les répondants déclarent que la fréquentation du centre de santé a nettement augmenté et qu'il y donc un impact favorable sur l'accessibilité. Ils ne leur semblent pas que les patients viennent plus tôt au CS, mais par contre ils ont l'impression que le délai d'accès à l'hôpital est raccourci : *“ Oui, il y a augmentation du nombre d'utilisateurs. Oui, avec Maliando, les mutualistes utilisent plus tôt les services. L'accès est rendu plus facile à l'hôpital également pour les référés mutualistes: transport, prise en charge assurée, rétro-information des assurés qui viennent remercier au CS...”*

Les répondants du niveau hospitalier pensent que la mutuelle améliore l'accès financier aux soins dans le sens où plus de gens viendraient se faire soigner plus fréquemment. Par contre ils constatent que les mutualistes viennent plus tôt : *“L'hôpital est influencé sous l'effet de la mutuelle, mais le pourcentage de mutualistes qui utilisent notre établissement est faible...Le délai de recours aux soins est raccourci. En général les mutualistes viennent tôt pour les soins curatifs...”* Et encore : *“ Avant les gens de Yendé arrivaient trop tard, ou venaient juste pour mourir à l'hôpital. Toufoudou est loin, avant les évacués de ce village étaient presque tous des cas perdus. Maintenant ils viennent à temps grâce à la mutuelle ”.*

Les 'gestionnaires' (DPS, IRS et MSP), pensent que l'accessibilité financière s'est améliorée. Il n'en va pas de même pour l'utilisation précoce, en particulier pour ce qui concerne les centres de santé : *“ Dans le cas de Yendé, je ne sais pas si le délai de recours aux soins est raccourci. Au point de vue théorique l'effet est certain puisqu'il ne faut plus consacrer de temps à chercher de l'argent ou un moyen de transport”.*

Certains semblent être en mal d'explication de l'amélioration de l'accès (HOP, IRS et MSP). Au niveau CS il semble que la hausse de fréquentation ne soit pas liée à la levée de la barrière financière mais plutôt à une plus grande disponibilité en médicaments. Au niveau CS le meilleur accès pour un plus grand nombre d'utilisateurs est souligné alors que les répondants hospitaliers insistent sur la réduction du 'délai patient'. La mutuelle semble remplir deux fonctions différentes selon le niveau.

Tous les niveaux considèrent donc que l'accessibilité financière aux soins s'est améliorée mais les explications sont très différentes et pas toujours convaincantes. Les arguments utilisés sont souvent pauvres et se cantonnent aux aspects techniques, sans que personne (à l'exception d'un interlocuteur au niveau MSP) ne perçoive la dynamique sociale. En général on a l'impression que peu de gens ont vraiment réfléchi au phénomène MUCAS et à ses implications. Comme pour le premier thème, la perception générale est une amélioration de l'accessibilité qui est attribuée à la technique de prépaiement et très peu à la qualité des soins ou à l'organisation et la responsabilisation des utilisateurs.

THEME 3: IMPACT DE LA MUTUELLE SUR LES REVENUS DES AGENTS

Ce thème n'a été abordé qu'au niveau du centre de santé. C'est là que l'introduction de la mutuelle a modifié le système de primes et qu'elle est aussi susceptible d'avoir eu une incidence significative sur la pratique de sur-tarifification. Avec les éléments à notre disposition il est difficile de se faire une idée de l'impact financier réel de la mutuelle sur le revenu des agents. Auparavant les primes au personnel étaient fixes. Au moment de l'introduction de la mutuelle et en concertation avec le personnel, il a été décidé du principe que les primes seraient liées au rendement – même si les critères pour ce faire n'étaient pas (encore) définis. Le montant mensuel moyen des primes a ainsi été multiplié par quatre. Au niveau de l'hôpital un système de primes au rendement existait déjà et n'a pas été modifié.

Il semble que le personnel qualifié au niveau CS ait accepté et soit plutôt favorable au système de primes mis en place : *“ Je suis satisfait des primes actuelles ”*. C'est le personnel contractuel, non qualifié, pour lequel ce système n'est pas satisfaisant : *“ Oui, on est guinéens...Si le budget était élevé...C'est fonction de la production et la prime varie chaque mois ”*.

Les interviews n'ont porté que sur le changement du système de primes. Les salaires nominaux n'ont pas été modifiés. Les autres pratiques, telle la sur-tarifification n'ont bien évidemment pas pu être abordés à travers des interviews. Il est donc difficile sans investigation par d'autres méthodes de se faire une idée exacte de l'impact de la mutuelle sur le revenu des agents.

THEME 4: IMPACT DE LA MUTUELLE SUR LE TRAVAIL DES AGENTS (CHARGE ET ORGANISATION DU TRAVAIL)

Comme pour le thème précédent, seuls les personnels des niveaux opérationnels étaient concernés par ce sujet. Au niveau CS, l'impact de la mutuelle sur le travail des agents est une question de charge de travail. Les avis divergent : l'un trouvant qu'elle a augmenté, l'autre estimant qu'elle a diminué et le troisième jugeant qu'il n'y a pas de changement.

Les personnels hospitaliers (HOP) perçoivent essentiellement des changements dans le cheminement du malade au sein de l'hôpital avec une simplification énorme de l'administration. Cela facilite le parcours du malade en même temps que cela simplifie le travail administratif: *“ Avec la carte de membre, le circuit du malade change. Il y a une différence de conduite face au malade mutualiste...”* Il est cependant difficile de dire si le changement d'organisation est perçu favorablement par manque de réponse claire à ce propos. Les personnels n'ont pas été spécifiquement interrogés sur la charge de travail mais on peut supposer que celle-ci n'a pas dû varier significativement vu le faible nombre de mutualistes hospitalisés.

L'impact de la mutuelle au niveau du centre de santé a été surtout perçu en terme de charge de travail augmentée pour une partie des répondants, tandis qu'au niveau de l'hôpital il été plutôt perçu en terme d'organisation avec une simplification de l'administration. Ces constats viennent renforcer les conclusions concernant les premiers thèmes: la mutuelle serait surtout perçue comme une technique qui facilite l'accès des gens et donc augmente la fréquentation et la charge de travail, ou bien comme un outil de simplification des procédures administratives mais pas comme une occasion de revoir et d'améliorer l'organisation du travail, le circuit du malade, le dialogue avec les malades et la population.

A travers ces interviews les professionnels donnent à penser qu'ils ont subi la mise en place de la mutuelle plutôt que d'y jouer un rôle actif, les changements intervenus au niveau du travail sont des changements minimaux et inévitables mais sans volonté d'aller au-delà. Le personnel ne semble pas avoir voulu ou su saisir l'occasion pour réfléchir en profondeur à l'organisation du travail, au circuit du malade etc.

THEME 5: LIMITES DE MALIANDO ET DU MODELE MUCAS

Ce thème n'a pas été traité de manière identique avec les personnels des différents niveaux. Au niveau opérationnel et jusqu'au niveau DPS il est demandé les raisons supposées du faible taux d'adhésion. Les personnels des niveaux IRS et MSP, moins impliqués dans l'activité opérationnelle quotidienne, ont été interrogés sur leur perception des limites du modèle. Il a aussi été demandé aux interviewés de suggérer des pistes pour augmenter l'adhésion.

Les réponses sont fort variées et font apparaître de multiples hypothèses expliquant le faible taux d'adhésion. Selon les niveaux, les interviewés invoquent le manque de confiance des gens dans les associations (HOP), l'acceptabilité culturelle discutable d'un modèle importé (niveaux HOP et MSP), la qualité des soins encore insuffisante (niveaux CS, HOP et DPS), les difficultés dues à l'obligation d'adhésion par ménage (HOP). Seul le niveau IRS semble être conscient que le faible taux d'adhésion limite fortement la viabilité économique du système mais aussi la possibilité pour *Maliando* de jouer pleinement son rôle de contre-pouvoir.

Les répondants du niveau centre de santé sont les seuls à citer le manque d'information et de sensibilisation des gens : *“ Il faut qu'on renforce la sensibilisation, le message n'est pas bien transmis... Beaucoup de gens ne sont pas au courant. ”* Pour ces répondants, le faible taux d'adhésion s'expliquerait par le manque d'information effectivement parvenue aux usagers. Dans leur perception des choses, la mutuelle en tant que telle n'est pas remise en cause, ni la qualité des prestations au niveau du centre de santé. C'est plutôt la population qui est mise en cause dans sa faculté à comprendre et à assimiler le message. Le personnel du centre de santé semble considérer la population non pas comme un partenaire mais comme une masse ignorante et passive qu'il faut sans cesse encadrer, informer, éduquer afin qu'elle comprenne et fasse ce que l'on veut et qui est bien pour elle. Les répondants du CS ne considèrent pas que la population puisse jouer un rôle actif, prendre des décisions en connaissance de cause et refuser le modèle tout simplement parce qu'elle estimerait qu'il ne convient pas, ou ne répond pas à leur problème.

Les répondants des niveaux CS et HOP estiment aussi que les gens n'ont pas confiance dans le système. Ils soulignent d'ailleurs les échecs passés :

“ Il y a eu l'échec par le passé des modèles associatifs ayant précédé la MUCAS tel le crédit mutuel où il y a eu des détournements de fonds”.

Cette perception des choses contraste fortement avec les résultats des groupes focalisés conduits dans la même période (voir chapitre 2). L'analyse de la perception de la mutuelle par la population indique clairement que dans l'ensemble les gens, mutualistes et non mutualistes, ont fort bien compris les concepts et principes qui sous-tendent la mutuelle. La spécificité du modèle mutualiste (par rapport aux systèmes d'entraide *endogènes* qui existent dans la communauté), plus particulièrement sa capacité redistributive au-delà de l'échelle de la famille, n'est pas seulement reconnue, mais également appréciée et valorisée de façon explicite. Le manque de confiance comme hypothèse explicative du peu d'intérêt des gens pour adhérer à *Maliando* a également été réfutée dans cette étude : l'intégrité des personnes responsables de la gestion de la mutuelle n'est jamais remise en question.

Concernant les moyens qui permettrait d'augmenter l'adhésion des usagers les suggestions varient en fonction du niveau où se situent les répondants dans le système. Les niveaux gestionnaires donnent des arguments techniques : mobiliser le système de santé, c'est-à-dire convaincre et obtenir l'appui de toutes les autorités (HOP et MSP), intégrer les postes de santé aux centres de santé et accroître leur nombre (HOP et IRS), contractualiser avec le privé (MSP)... Agir sur le personnel de santé : le préparer, le former et ne pas le laisser seul face aux nouveaux problèmes (CS et MSP).

En conclusion, ce souhait d'accroître la formation doit être considéré très sérieusement car le partenariat exige des compétences et des capacités dans l'animation, la communication, la négociation. Le contenu de l'animation doit être clairement défini, pour ce qui est de la négociation une bonne connaissance des textes juridiques, une clarification des niveaux de décision sont nécessaires. On peut effectivement se demander si le projet a suffisamment préparé les agents de santé à la nouvelle situation et a suffisamment tenu compte des contraintes et de la rigidité du système. Si les agents de santé n'ont aucune marge de manœuvre dans le système il n'est pas forcément bon de les exposer au partenariat avec ses exigences.

THEME 6: IMPACT DE LA MUTUELLE SUR LES RELATIONS SOIGNANTS/ SOIGNÉS

Ce thème n'a été abordé qu'aux niveaux opérationnels (CS et HOP).

Au niveau HOP aucune différence de comportement entre mutualistes et non mutualistes n'est rapportée. Les répondants font cependant remarquer que c'est le chargé de relation avec les établissements qui représente les mutualistes et qui soumet les plaintes. Ce serait plutôt lui qui est perçu comme exigeant.

Les répondants du centre de santé sont partagés sur la question, le personnel plus qualifié estime plutôt que les mutualistes sont plus exigeants tandis que le personnel peu ou moins qualifié (dont l'accueillant par exemple) ne fait pas de différence. Les avis ne sont pas unanimes : certains perçoivent l'exigence des mutualistes de façon positive, d'autres sont plus mitigés.

C'est surtout le niveau centre de santé qui a affaire à des mutualistes exigeants et qui le ressent négativement. C'est bien sûr aussi à ce niveau que les utilisateurs mutualistes sont les plus nombreux : *“ Les mutualisés quand ils viennent, on dirait qu'ils sont chez eux, ils ne se gênent pas. Les autres ils se réservent d'abord ”* Et encore : *“ Ils veulent qu'on leur donne la priorité or ils doivent être mis sur le même plan d'égalité ...Vous savez que tout le monde doit être traité de la même manière...”* Et encore : *“ Oui les mutualistes sont plus exigeants, ils se sentent forts de quelque chose, ils savent qu'ils doivent être bien reçus...”*

Soulignons cette préoccupation récurrente de vouloir traiter tout le monde de la même façon (mal ou bien). Cela semble même plus important que de traiter tout le monde le mieux possible ou traiter chacun en fonction de ses besoins. Vouloir traiter tout le monde de la même manière serait-ce ne pas vouloir (ou pouvoir) prendre en compte la plainte individuelle? Refuser un traitement spécial à quelqu'un qui le réclame sous prétexte de ne pas créer d'inégalités ne va-t-il pas à l'encontre des intérêts de la mutuelle et de ses adhérents qui adhèrent justement pour être mieux traités? Il y a là certainement besoin de clarifier les choses avec le personnel, surtout du niveau centre de santé, qui semble plutôt réfractaire à une amélioration qui ne bénéficierait qu'aux mutualistes, du moins dans un premier temps. Or on peut penser que toute amélioration nouvellement introduite doit

s'appliquer d'abord au petit nombre avant d'être élargie à tous.

THEME 7: POSITIONNEMENT DES ACTEURS PAR RAPPORT A MALIANDO, AU MODELE MUCAS

Ce thème a été abordé indirectement en sondant les différents niveaux de répondants pour avoir leur avis sur le pourcentage de mutualistes qui leur semble souhaitable. Les questions différencient le niveau CS du niveau hôpital. Aux niveaux DPS, IRS et MSP les questions portaient sur l'opportunité et les conditions d'une extension/diffusion du modèle MUCAS à d'autres aires et/ou d'autres DPS.

L'ensemble du personnel au niveau CS, à l'exception d'une personne, émet des réserves par rapport à la mutuelle et ne souhaite pas une clientèle 100% mutualiste : *“ Jusqu'à 35, 40% des usagers peuvent être mutualistes. Je préférerais que ce soit 30%, pas plus. ”* Et encore : *“ Le seuil raisonnable ne doit pas dépasser 25%. ”* Le personnel hospitalier par contre se montre très favorable à la mutuelle et souhaite une clientèle uniquement composée de mutualistes : *“ Je souhaiterais que la mutuelle soit proposée à toute la sous-préfecture, car il y a beaucoup de décès maternels, de femmes en grossesse à risque pas référées à temps. ”* Et encore : *“ Vu le cas de Yendé, j'aurais souhaité que tous les usagers de la sous-préfecture soient mutualisés ”.*

Le niveau DPS est également réservé par rapport aux mutuelles et souhaite garder le contrôle : *“ Si vous ajoutez encore beaucoup de mutuelles la DPS ne pourra pas suivre. ”* Il redoute d'être rapidement dépassé et souhaite donc limiter le nombre de mutuelles. Les niveaux IRS et MSP, par contre, sont favorables au modèle et à son extension.

A l'exception du personnel hospitalier, il apparaît que ceux qui sont favorables au modèle le sont plutôt pour des motifs théoriques. Ils supposent que le modèle va permettre un certain nombre d'améliorations mais le projet PRIMA ne semble pas avoir pu leur donner une idée précise de ce que la mutuelle peut raisonnablement accomplir et atteindre.

Est-ce que tous doivent être mutualistes? Quand on ne sait pas comment répondre à la charge de travail supplémentaire et comment les autres problèmes organisationnels seront réglés il peut sembler normal de ne pas souhaiter que tous les usagers soient mutualistes. Au niveau du centre de

santé, si les usagers étaient à 100% de mutualistes, il y aurait forcément des mesures à prendre concernant la formation du personnel, les rôles et tâches de chacun, et la quantité de personnel affecté. Et donc être contre l'affiliation de tous les usagers à la mutuelle ne signifie pas forcément dire être contre la mutuelle.

THEME 8: OPPORTUNITE DE L'INTRODUCTION DE LA MUCAS POUR REDEFINIR LES AIRES DE SANTE

Ce thème n'était pas du ressort des personnels du centre de santé et de l'hôpital et n'a donc pas été abordé avec eux. Les niveaux IRS et MSP sont défavorables à une redéfinition des aires⁴⁹. Ils mettent en avant les difficultés politiques de telles modifications, l'intérêt de rester près de l'autorité administrative, et la difficulté de la réforme : *“ On peut bien redéfinir, mais moi j'aimerais garder le découpage actuel et y apporter des améliorations... ”*. Au contraire, le niveau DPS est favorable à une redéfinition principalement afin d'améliorer l'accès aux services : *“ Pourquoi ne pas faire carrément changer les populations de responsabilité et les faire correspondre à la réalité? ”*

Il ne semble pas y avoir d'opposition au fait que la mutuelle, dans le cadre d'un projet de recherche, base sa planification sur l'aire d'attraction réelle au lieu de l'aire administrative. Mais pour les interlocuteurs régionaux et nationaux cela ne doit pas amener à une redéfinition des aires de santé⁵⁰. Il n'y a pas d'unanimité quant au niveau où la décision de redéfinition des aires devrait, le cas échéant, être prise : certains disent que cela relève du niveau central, de la communauté, de l'IRS, ou encore de tous les niveaux en concertation. Pour l'un l'existence de postes de santé⁵¹ peut permettre

⁴⁹ Actuellement, les aires des centres de santé sont calquées sur les aires administratives de la sous-préfecture.

⁵⁰ Ce raisonnement amène un commentaire. S'il on estime que la mutuelle doit représenter et organiser la population, formuler des propositions pour améliorer l'offre de soins, il semble important que la première et plus importante demande entre toutes - que la population puisse aller se soigner là où c'est le plus commode pour elle - soit du moins prise en compte. Si cette demande de base pose des problèmes on voit difficilement en quoi va pouvoir consister le partenariat et en quoi les autorités sanitaires seraient prêtes à accepter le dialogue et à répondre aux besoins des gens.

⁵¹ Le poste de santé est une structure de premier échelon staffé par un seul agent. Cette structure a été conçue pour couvrir des populations éloignées et disparates. L'offre de soins y est plus modeste que dans le centre de santé.

d'éviter un redécoupage, pour un autre ces mêmes postes de santé constituent un problème.

THEME 9: LA CONTRACTUALISATION ENTRE LA MUTUELLE ET LES SERVICES DE SANTE

L'établissement d'un contrat entre la mutuelle et les services de santé est un des éléments pivots du modèle MUCAS. Les niveaux ayant une responsabilité de gestionnaire (DPS, IRS et MSP) ont été interviewés sur ce qui devrait, selon eux, figurer dans ces contrats. Deux éléments importants en ressortent : l'idée, partagée par tous, que le contrat doit préciser l'exigence de qualité des soins et *a contrario* l'absence d'importance accordée par les cadres guinéens à l'intégration du préventif et du curatif .

En ce qui concerne la qualité, les interviewés pensent qu'un contrat entre la mutuelle et le prestataire de soins devrait exiger des critères de qualité. Ils n'entrent cependant pas dans le détail des critères de qualité : *“ Il faut tenir compte de la politique de santé et donc s'assurer de la qualité des services, du respect des tarifs, de la disponibilité des médicaments ”*. Cette position surprend car lorsqu'il était question du modèle MUCAS pratiquement personne n'avait évoqué la qualité des soins. On pourrait en déduire que pour les professionnels de santé c'est un contrat, avalisé par l'autorité sanitaire, qui peut garantir la qualité des soins. La contribution potentielle d'une association d'individus ou de ménages, comme la mutuelle *Maliando*, dans le processus d'amélioration de la qualité n'est pas reconnue par ces professionnels. Cela pourrait indiquer une fois de plus la méfiance instinctive et systématique de beaucoup de personnels de santé, à tous les échelons, face à toute organisation communautaire et à sa capacité d'avoir une vision claire du type et de la qualité des soins dont elle a besoin.

Seuls les deux interlocuteurs expatriés⁵² considèrent l'intégration du curatif et du préventif comme un critère essentiel qui doit figurer dans les contrats. Pour les interlocuteurs nationaux, le privé pourrait bien n'offrir que des soins curatifs à partir du moment où le préventif est pris en charge par le service public. Les répondants nationaux donnent à penser que selon eux le secteur privé doit être traité à part, avec des critères différents de

⁵² Coopérants GTZ.

ceux qui s'appliquent au public : avec plus de souplesse, et avec la possibilité de compromis par exemple par rapport au principe des soins intégrés.

Presque personne n'évoque les engagements que la mutuelle doit prendre et respecter. Tous se focalisent sur les critères que le prestataire de soins doit respecter. Cela dénote soit un manque de connaissance de la mutuelle et de son fonctionnement et donc un manque de capacité de raisonner autrement qu'en responsable de services de santé. Soit cela s'interprète comme une relativisation des engagements que la mutuelle peut prendre car elle est considérée comme "portion négligeable" dans le partenariat. C'est sans doute un peu des deux et cela montre à quel point les responsables sanitaires sont loins d'une véritable compréhension de la démarche mutualiste. Le niveau national souligne toutefois l'obligation de la mutuelle de respecter les échéances de remboursement des prestations ainsi que de respecter la politique de soins des prestataires.

Enfin, il n'y a pas d'unanimité pour définir le niveau responsable de l'approbation du contrat. Les niveaux supérieurs ayant tendance à reconnaître aux niveaux subalternes un droit d'avis tout en estimant qu'ils sont eux-mêmes responsables de la signature du contrat. A tout le moins cela dénote un certain malaise et une absence de clarté dans la définition des responsabilités de chacun. Mais comme un processus de décentralisation ou de déconcentration est en cours dans le secteur de la santé, chaque répondant a tendance à donner une réponse théorique qui suit la logique de la décentralisation et une réponse réaliste qui tient plus compte de la réalité actuelle.

THEME 10: ROLE ET UTILITE DE L'EQUIPE PREFECTORALE DE PROMOTION DE LA MUTUELLE (EPPM)

Le thème du rôle et de l'utilité de l'Equipe Préfectorale de Promotion de la Mutuelle (EPPM) n'a été discuté qu'au niveau de l'hôpital, de la DPS et de l'IRS. Un des intervenants hospitaliers méconnaît l'existence de l'EPPM. Un autre intervenant au niveau HOP, qui est membre de l'EPPM, précise que le rôle de cette équipe est d'assurer le suivi du travail fait par PRIMA, d'assurer la continuité des actions et l'extension du modèle, et d'entreprendre les études de pré-faisabilité dans d'autres zones. Selon lui, la principale difficulté rencontrée est le manque de temps pour réaliser les activités de l'EPPM. La personne suggère d'intégrer dans l'équipe des

cadres d'autres secteurs.

Au niveau régional le rôle de l'EPPM n'est pas perçu plus clairement. Un des répondants estime cependant que le rôle de l'EPPM est d'assurer le prolongement de PRIMA. Les deux répondants divergent aussi concernant le rôle éventuel de l'EPPM dans la dynamisation communautaire : pour l'un ce n'est pas un rôle souhaitable car l'EPPM est partenaire dans le contrat alors que pour l'autre c'est un moyen adéquat pour mettre en place le processus d'animation communautaire. Les acteurs, à quelque niveau que ce soit, ne semblent pas avoir une perception claire du rôle et de la fonction de l'EPPM, ni d'ailleurs de la différence de rôle entre PRIMA et de *DynaM*.

En conclusion on retiendra l'intéressante question : est-il légitime de considérer que l'EPPM, puisse assurer l'animation communautaire alors qu'elle est constituée par des professionnels des services de santé? En a-t-elle la compétence? Et est-ce son rôle, dans l'optique du partenariat? En effet, on pourrait craindre que l'animation pour la création d'une mutuelle faite par des professionnels de la santé ne se fasse au détriment de la 'demande sociale' des gens.

THEME 11: MODIFICATION DE L'OFFRE INDUITE PAR LA MUTUELLE

La perception par les acteurs de l'influence de la mutuelle dans la modification de l'offre de soins est un thème qui n'a été discuté qu'au niveau du CS. Les personnels de ces niveaux ont principalement cité l'augmentation de la gamme des médicaments disponibles qui permet de mieux traiter les maladies sexuellement transmissibles et l'infection respiratoire aiguë chez l'enfant grâce à la présence d'antibiotiques sous forme de sirop. Notons la préoccupation, déjà soulignée plus haut, de maintenir l'équité : *“ Ces nouveaux médicaments sont là pour tous, les autres patients (non mutualistes) doivent être servis de la même manière. ”* Et encore : *“ Maintenant on peut traiter mieux les malades. Si on a une MST on peut la traiter bien parce qu'on a les médicaments ”*.

Les répondants ne mentionnent aucune autre modification de l'offre qui aurait été induite par la mutuelle, ils sont cependant unanimes pour estimer que l'augmentation de la gamme de médicaments est bénéfique et ce non seulement pour les mutualistes mais, ce qui leur est semble-t-il essentiel, pour l'ensemble des usagers.

THEME 12: PERCEPTION D'UN INFIRMIER DU PRIVE PAR RAPPORT A MALIANDO

La recherche s'est aussi intéressée à la perception d'acteurs extérieurs au service public mais impliqués à un moment ou un autre dans le projet *Maliando*. Un infirmier, retraité des services publics, ayant ouvert un cabinet privé situé à quelques kilomètres de Yendé a aussi été interviewé. Il a été à un moment pressenti par les mutualistes pour offrir les services de première ligne proposés par la mutuelle et est lui-même mutualiste. Son interview a permis de rapporter les éléments et commentaires suivants :

- *Maliando* est un système pour venir en aide et s'entraider
- Il serait prêt à signer un contrat avec *Maliando* et pour cela il est d'accord d'agrandir son local, d'utiliser des médicaments essentiels et de démarrer des activités préventives. En contrepartie, il souhaiterait pouvoir garder sa clientèle et utiliser (aussi) ses propres médicaments.
- Des mutualistes viennent chez lui car il a un meilleur accueil, il propose des médicaments autre que la triade 'Aspirine-Chloroquine-Cotrimoxazole', et il fait crédit. Il a enregistré une légère baisse des consultations depuis le démarrage de *Maliando*.
- Selon lui, la principale limite de *Maliando* est la mauvaise qualité des soins et plus particulièrement le mauvais accueil.

Cet agent de santé privé réitère son intérêt à collaborer avec la mutuelle et prendre en charge des mutualistes. Il exprime aussi clairement les conditions qu'il mettrait à sa participation : qu'il puisse garder sa clientèle privée et utiliser pour celle-ci des médicaments autres que les médicaments essentiels. Tout au long de l'interview il a exprimé à plusieurs reprises ce qui lui semblaient être les principales limites de *Maliando* à savoir la mauvaise qualité des soins offerts (dans le centre de santé public), en particulier l'accueil peu satisfaisant et le manque d'écoute.

Conclusion

Dans leur ensemble les répondants considèrent que la mutuelle *Maliando* a permis d'améliorer l'accès au soins non seulement pour les mutualistes qui grâce à leur affiliation ont pu recourir aux soins plus aisément, mais aussi pour les non mutualistes qui ont pu bénéficier des améliorations du service engendrées par la mutuelle. Nous songeons ici à l'augmentation de la liste des médicaments disponibles au CS de Yendé qui a bénéficié à tous les usagers.

Les personnes interviewées à l'hôpital ont toutes relevé que les patients mutualistes référés arrivent désormais dans un délai raisonnable à l'hôpital ce qui permet une meilleure prise en charge et un pronostic plus favorable. Tous les répondants estiment que cette réduction du délai de recours aux soins est directement liée à l'amélioration de l'accessibilité financière entraînée par la mutuelle qui, rappelons le, prend aussi en charge les frais d'évacuation des patients mutualistes référés par le CS de Yendé pour un nombre précis de problèmes majeurs nécessitant le recours au plateau technique hospitalier.

Les répondants des niveaux CS et DPS expriment leur malaise face à leur rôle dans le développement de la mutuelle. Ils soulignent l'insuffisance de leur préparation et les doutes quand à leur compétence. En cela ils donnent à penser qu'ils pourraient chercher à freiner le mouvement. Nous mettons ici le doigt sur l'importance de la formation du personnel au dialogue, au partenariat, à la négociation avec les représentants de la mutuelle. Nous devons aussi tenir compte des contraintes spécifiques du système sanitaire guinéen qui mettent le personnel dans une situation difficile où ils ne sont pas en mesure de décider des changements et où leur pouvoir de négociation est donc limité.

A notre étonnement, aucun des personnels guinéens interrogés aux niveaux gestionnaires (DPS, IRS et MSP) n'a l'air de considérer l'intégration des soins curatifs et préventifs comme une condition qui devrait obligatoirement figurer dans un contrat entre une mutuelle et un prestataire de soins. Ce peu de considération nous étonne en égard au large consensus existant pour observer qu'il est souvent plus aisé et plus efficient d'offrir un service préventif à une population qui utilise déjà spontanément un service curatif.

Des différences sensibles de perception apparaissent cependant entre les personnels de santé du CS et la population interrogée à travers les groupes focalisés quand il s'agit d'interpréter la faible adhésion. Pour les personnels, la faible adhésion à la mutuelle s'explique par un manque d'information et de compréhension de la part des gens. Et la solution consisterait donc à informer et à sensibiliser des populations 'ignorantes'. Par contre, l'étude de la perception du modèle MUCAS à travers les groupes focalisés indique que le problème ne se situe pas là. Les gens, mutualistes et non mutualistes, semblent avoir très bien compris et apprécier les principes et concepts qui sous-tendent la mutuelle, mais souhaitent avoir une offre de meilleure qualité – surtout au niveau du relationnel – dans le centre de santé public avec lequel la mutuelle a établi un contrat. Les groupes focalisés font clairement ressortir le jugement (sévère) des gens à ce sujet : si les mutualistes sont moins bien reçus au centre de santé, c'est parce que la mutuelle diminue les avantages financiers des agents du centre de santé...

Les personnels de santé interrogés n'évoquent la qualité des soins que lorsqu'ils envisagent la possible signature d'un contrat de prestation de soins entre une entité "privée" et la mutuelle : le respect et le renforcement de la qualité devenant alors une condition qu'ils jugent fondamentale. Cette préoccupation, logique en elle-même, appelle l'attention : comment se fait-il que les mêmes personnes ne s'interrogent pas sur la qualité des services publics alors que pour beaucoup d'observateurs cette qualité laisse à désirer dans les services du Ministère de la Santé Publique?

L'analyse des interviews nous a aussi permis, en replaçant ces résultats dans le contexte plus large de la recherche, de pousser la réflexion dans deux axes : le partenariat et le rôle de l'Equipe Préfectorale de Promotion de Mutuelles (EPPM).

L'approche partenariale, si elle a été comprise, n'a semble-t-il pas été intériorisée par les professionnels de la santé. Cette approche qui implique un vrai dialogue avec la population et ses représentants, suppose aussi des changements dans l'organisation du travail et dans les niveaux de prise de décision. Les personnels ne semblent pas avoir été assez préparés à la nouvelle donne. Ils maîtrisent l'outil technique mais sont apparemment désemparés dans leur dialogue avec la population. Ce sont les niveaux CS et DPS directement confrontés aux mutualistes et à leur représentant qui expriment le plus de réserves vis à vis de la mutuelle. Ces résistances ne sont

cependant guère étonnantes : les principes mêmes de fonctionnement de la mutuelle affectent les rapports de force entre techniciens de santé et population de façon significative et rappelons-le : parmi les effets espérés de la création de mutuelle de santé nous attendons que les services de santé soient plus responsables vis-à-vis des usagers (notion d'*accountability*) et que leur gestion soit plus transparente. Une façon nette d'exprimer cette réticence se manifeste lorsque l'ensemble du personnel aux niveaux CS et DPS souhaite à ce que le nombre de mutualistes ne dépasse pas le tiers de la population.

La stratégie de mise en place d'une EPPM, conçue comme un instrument pour appuyer et diffuser les mutuelles de santé, semble avoir échoué. L'identité et le fonctionnement de cette cellule technique créée au sein de la direction préfectorale sont toujours restés ambigus. Il s'est trouvé être peu réaliste d'imaginer dans le contexte de la Guinée que des techniciens de santé, agents de la fonction publique, puissent avoir la crédibilité et la flexibilité nécessaires pour animer des groupes communautaires dans l'organisation et la structuration de leur effort pour obtenir une offre de bonne qualité et accessible dans les services de santé publics.

Annexes au chapitre 3

Annexe 1 : Questions posées au niveau du centre de santé dans les interviews semi-structurés

Annexe 2 : Questions posées au personnel de l'hôpital dans les interviews semi-structurés

Annexe 3 : Questions posées aux Niveaux Régional et Central dans les interviews semi-structurés

Annexe 4 : Questions posées à l'infirmier-chef du cabinet privé de Mano dans les interviews semi-structurés

Annexe 5 : Conférence-débat sur le projet PRIMA au Cours International pour la Promotion de la Santé (CIPS), novembre 2000, IMT Anvers.

ANNEXE 1 : QUESTIONS POSEES AU NIVEAU DU CENTRE DE SANTE DANS LES INTERVIEWS SEMI-STRUCTURES

1. Pouvez-vous expliquer ce qu'est *Maliando* ?
2. Dans votre expérience de tous les jours avez-vous l'impression que la mutuelle a des effets et/ou des implications sur l'organisation du travail ?
- 3.a. Si l'on considère l'accessibilité à votre centre de santé, quels sont selon vous les effets de la mutuelle ?
- 3.b. Avez-vous l'impression que cela influence le moment de recourir aux soins ? Si oui, pouvez-vous nous dire sur quels éléments vous vous basez pour penser cela ?
- 3.c. Si l'on considère l'accès au deuxième échelon quels sont selon vous les effets de la mutuelle ?
4. Vous savez sans doute que la liste des médicaments du centre de santé a été augmentée. Pouvez-vous nous en parler ? Savez-vous comment cela a été décidé. Pensez-vous que cela a eu un effet sur l'utilisation du centre de santé ? Y a-t-il eu d'autres modifications de l'offre de soins ? Si oui pourriez-vous nous les expliquer ?
5. Le niveau des adhésions à *Maliando* reste, jusqu'à maintenant, faible. Selon vous à quoi peut-on attribuer cette situation ? Auriez-vous des solutions concrètes à proposer ? Vous ne pensez pas qu'il pourrait y avoir un problème de confiance ?
6. Estimez-vous qu'il y a une différence de comportement dans la demande de soins des adhérents comparée à celle des non adhérents ? Si oui pouvez-vous nous détailler cela ?
7. L'influence de la mutuelle a induit un changement du régime des primes des agents désormais liées au rendement. Qu'en pensez-vous ? De ce point de vue jugeriez-vous plus acceptable qu'une plus grande proportion d'usagers soient mutualistes ? Expliquez nous.

8. Lors des discussions de groupe que nous venons d'avoir avec des usagers du centre de santé⁵³, des personnes ont laissé entendre qu'au centre de santé les 'riches' seraient mieux accueillis et mieux traités que les mutuellistes. Qu'en pensez-vous

9. Quel rôle auriez-vous souhaité que l'administration du système de santé de préfecture joue dans le cadre du renforcement du partenariat entre services de santé et les mutuelles ? A votre avis quelles pourraient être les stratégies appropriées d'amélioration du partenariat établissement de soins – mutuelles de santé qui respectent les deux partenaires ?

⁵³ Ici, référence est faite aux Groupes Focalisés organisés afin de mieux cerner la perception sociale des gens du système MUCAS: voir chapitre 2 à ce sujet.

ANNEXE 2 : QUESTIONS POSEES AU PERSONNEL DE L'HOPITAL DANS LES INTERVIEWS SEMI-STRUCTURES

1. Pouvez-vous nous expliquer ce qu'est *Maliando* ?
2. Avez-vous le sentiment que la mise en place de *Maliando* a eu une influence sur la manière d'assurer les soins à l'hôpital ? Si oui, quel type d'influence ? Pouvez-vous nous illustrer cela ? Est-ce que cela facilite ou complique la tâche pour l'hôpital ? Cela vous donne des idées pour organiser le reste de l'hôpital ?
3. Pensez-vous que l'accessibilité à votre hôpital est influencée sous l'effet de la mutuelle ? Si oui, pouvez-vous préciser ?
4. Avez-vous l'impression que le fait d'être couvert par la mutuelle a une influence sur le moment de recourir aux soins ? Si oui, pouvez-vous nous dire sur quels éléments vous vous basez pour penser cela ? Estimez-vous qu'il y a une différence de comportements dans la demande de soins des adhérents comparée à celle des non adhérents ? Si oui, pouvez-vous nous détailler cela ? Avez-vous rencontré des difficultés pour respecter le contrat ?
5. Avez-vous rencontré des difficultés pour remplir vos engagements vis à vis de la mutuelle ? Si oui, pouvez-vous préciser ? Selon vous à quoi ces difficultés sont dues ? Qui est intervenu pour régler ces difficultés ?
6. De votre point de vue, estimez-vous souhaitable qu'une plus grande proportion d'usagers de l'hôpital soit mutualiste ? Expliquez nous. Pensez-vous que cette augmentation est faisable, jusqu'où ?
7. Le niveau des adhésions à *Maliando* reste, jusqu'à maintenant, faible. Selon vous à quoi peut-on attribuer cette situation ? Auriez-vous des suggestions concrètes à proposer pour augmenter les adhésions ?

**ANNEXE 3 : QUESTIONS POSEES AUX NIVEAUX REGIONAL ET CENTRAL
DANS LES INTERVIEWS SEMI-STRUCTURES**

1. Pouvez-vous nous expliquer ce qu'est le modèle de mutuelle « MUCAS » développé par PRIMA ? Quelles en sont les limites ? Comment l'améliorer ? Est-ce que l'appui institutionnel préfectoral a été suffisant ? Selon vous le modèle MUCAS est pertinent et utile pour d'autres préfectures de votre région ?

2. Jusqu'à maintenant la politique nationale de santé a axé sa planification sur la mise en place d'un centre de santé par sous-préfecture, alors que la MUCAS est fondée sur l'aire d'attraction réelle du centre de santé. Que dites-vous de cela ? Estimez-vous acceptable la redéfinition de l'aire de santé des centres de santé ? Quel niveau d'autorité vous semble le plus qualifié pour prendre ce type de décision ? Pourquoi ?

3. De votre point de vue de responsable d'une région sanitaire, l'influence des mutuelles de type MUCAS, constitue-t-elle un levier dans le processus d'amélioration :
 - des relations interpersonnelles soignants/soignés ?
 - l'accès aux soins ?

4. En tant qu'inspecteur régional vous avez été amené, et vous serez peut-être amené, à prendre connaissance des contrats entre de nouvelles mutuelles communautaires et des prestataires de soins, et qui sont avalisés par les DPS. Pouvez-vous nous donner les grandes lignes de ce qui selon vous devrait figurer dans les contrats ? Vous pensez que c'est aussi valable pour les prestataires privés ? Quels effets pourrait-on attendre de ces contrats avec des privés ?

5. Une structure nommée Equipe Préfectorale de Promotion des Mutuelles a été mise en place à Kissidougou. En connaissez-vous les fonctions ? Estimez-vous que c'est un moyen adéquat et adapté pour encourager l'animation communautaire ?

ANNEXE 4 : QUESTIONS POSEES A L'INFIRMIER-CHEF DU CABINET PRIVE DE MANO DANS LES INTERVIEWS SEMI-STRUCTURES

1. Pouvez-vous nous dire ce qu'est selon vous *Maliando* ?
2. En tant que prestataire privé souhaiteriez-vous passer un contrat avec *Maliando* pour prendre en charge les soins de base pour ses adhérents ? Quels seraient les prérequis à satisfaire ? Supposez que *Maliando* accepte de passer un contrat avec vous, avez-vous des conditions ? Vous accepteriez de faire des activités préventives comme les vaccinations ? Accepteriez-vous d'utiliser les médicaments essentiels ? Vous auriez des conditions financières à poser ? Le travail pour *Maliando* serait partiel ? Vous voyez un problème à avoir deux types de clientèles ?
3. Durant ces trois dernières années avez-vous l'impression que le volume de patient que vous voyez a varié ? Dans quel sens ? Cela pourrait-il être lié à l'existence de la mutuelle ? Il y a des mutualistes qui viennent utiliser vos services ? Qu'est-ce qui les attire ?
4. Le niveau des adhésions à *Maliando* reste jusqu'à maintenant faible. Selon vous, à quoi peut-on attribuer cette situation ? Auriez-vous des suggestions à faire pour changer cela ?
5. Etes-vous mutualiste ?
6. Vous ne voulez pas faire un premier pas vers *Maliando* ?

ANNEXE 5 : CONFERENCE-DEBAT SUR LE PROJET PRIMA AU COURS INTERNATIONAL POUR LA PROMOTION DE LA SANTE (CIPS), NOVEMBRE 2000, IMT ANVERS.

Si on veut multiplier le modèle, il faudra faire appel à des compétences nationales, ce n'est pas le Directeur Préfectoral de la Santé qui peut faire cela ; il est surchargé et il serait juge et partie. Il risquerait aussi d'être trop influencé par l'autorité administrative.

Voilà ce qu'a déclaré quelqu'un du Ministère de la Santé Publique à Conakry quant au rôle à jouer par le gestionnaire de services de santé du niveau périphérique.

Dans le cadre de cette analyse, nous avons voulu mettre à profit la présence des participants au CIPS, tous à différents niveaux gestionnaires des services de santé dans leurs pays, pour recueillir leurs réactions après la présentation du projet PRIMA et connaître leur avis sur le rôle, s'il y en a un, qu'ils estiment avoir à jouer dans cette initiative.

Un débat a donc été organisé entre les membres de l'équipe PRIMA, en séjour à Anvers pour la rédaction du rapport final du projet, et les participants au CIPS 2000/2001. Le débat était animé par Bart Criel. Après une présentation du projet par l'équipe PRIMA et les questions de clarification et de fond qui ont suivies, les questions suivantes ont été posées aux participants du CIPS, dont beaucoup sont originaires d'Afrique francophone et travaillent dans des contextes assez similaires à celui de la Guinée forestière :

Imaginez que vous êtes confronté dans la zone où vous travaillez à une initiative similaire au projet PRIMA.

Question 1 : « Pensez-vous, en tant que gestionnaire de services de santé, avoir un rôle à jouer dans le cadre d'une telle initiative ? »

Question 2 : « Si oui, quel rôle serait le vôtre ? »

Tous les répondants (dix-huit) ont estimé qu'ils avaient un rôle à jouer dans le cadre d'une telle initiative.

A la question : « Quel rôle doivent-ils jouer ? » les réponses étaient :

- Mise à niveau des formations sanitaires, sensibilisation des acteurs, formation continue des agents de santé ;
- Sensibilisation de la population, organisation en comités, responsabilisation et formation à la gestion ;
- Rôle d'interface, de courroie de transmission, veiller à garder la balance entre mutualistes et non mutualistes, car le gestionnaire est responsable pour toute la population ;
- Veiller à ce que les établissements de soins ne sont pas lésés dans les contrats ;
- Rôle d'info-conseil auprès des mutualistes ;
- Rôle de facilitateur, mais d'autres secteurs en particulier le secteur de l'agriculture peuvent intervenir ;
- Rôle d'encadrement de l'initiative, catalyseur pour vulgariser, documenter et évaluer ;
- Rôle de mise en place de structures spécialisées dans ce domaine pour plus de professionnalisme, améliorer la qualité des prestations, veiller au respect des tarifs ;
- Rôle de plaider au niveau de l'état pour encourager, vulgariser ces initiatives, obtenir les dérogations nécessaires ;
- Garantir l'approvisionnement en médicaments ;
- Plaider auprès des mutualistes pour qu'ils s'ouvrent aux privés ;
- Rôle de conseiller, veiller à la sécurité des fonds collectés ;
- Préparer et former les agents de santé car ils doivent savoir communiquer ;
- Concilier le rôle de la mutuelle avec celui du Comité de Gestion.

Par la suite, et pour terminer le débat, il a été demandé à l'assistance :
« Vous avez tous répondu que vous aviez un rôle à jouer, et vous avez détaillé ce rôle. Pensez-vous être suffisamment armé pour pouvoir jouer ce rôle ? C'est à dire estimez-vous avoir les compétences nécessaires, le temps et les moyens pour jouer ce rôle ? »

Pour un répondant, le rôle que devra jouer le gestionnaire ne représente pas une contrainte extraordinaire car il dispose d'une équipe cadre, il peut déléguer à des cadres spécialisés en animation communautaire. Il y a par contre nécessité de ressources humaines supplémentaires.

Un autre participant est d'un tout autre avis : il ne croit pas du tout que le personnel de santé puisse se transformer en animateur de mutuelles. Il estime qu'il faut une formation spécifique pour se comporter face aux mutuelles. Le personnel de santé peut accompagner le processus mais cela représente déjà une grosse charge de travail.

Conclusion

On retient que tous estiment avoir un rôle à jouer. Ce rôle serait plutôt celui de médiateur, de facilitateur, d'intermédiaire. Pour tous donc, il n'est pas question de s'appropriier le processus mais de l'accompagner. Ce qui est intéressant à noter c'est que, personne ne semble réaliser le potentiel de conflit que représente la création d'un contre-pouvoir et toute la démarche de partenariat. Comment gérer ces tensions, ces conflits ? Personne dans l'assemblée n'a réagi sur ce point. Par ailleurs, il apparaît très clairement que la grande majorité estime n'avoir pas besoin de compétences supplémentaires, une formation spécifique pour jouer son rôle dans cette initiative.

Le personnel de santé semble sous-estimer les difficultés du partenariat ainsi que la nécessité d'avoir des compétences et une formation spécifiques, et de prévoir des moyens supplémentaires.

Chapitre 4: Réflexions finales

Bart Criel⁵⁴

⁵⁴ Département de Santé Publique de l'Institut de Médecine Tropicale à Anvers et responsable auprès de *Medicus Mundi Belgique* du suivi scientifique du projet PRIMA.

Le projet PRIMA : un 'projet de société'

Une des caractéristiques importantes de PRIMA a été l'effort consenti tout au long de la vie du projet à l'écoute et l'échange entre les différents acteurs impliqués dans la recherche: les services de santé, les autorités sanitaires et bien sûr la population. L'équipe a investi un an et demi dans une intense préparation, avec une présence permanente sur le terrain, et sous la pression récurrente de la part des commanditaires de la recherche pour 'faire plus vite' et 'faire plus grand'. L'équipe de recherche a veillé à créer un dialogue pendant toute la suite du projet : en témoignent les nombreuses réunions de restitution pendant lesquelles les chercheurs présentaient systématiquement leurs activités, observations et plans aux différents acteurs concernés.

Ce projet PRIMA a constitué une expérience importante pour les chercheurs et institutions impliqués dans la recherche: non seulement sur le plan technique, mais aussi sur le plan humain. Le décès dramatique au mois de mai 2000 de Sylla Moussa Bokar, coordinateur de l'équipe de recherche, a encore d'avantage marqué le souvenir que garderont les personnes impliquées dans PRIMA.

La structure multidisciplinaire de l'équipe de recherche (sciences sociales, santé publique, animation communautaire, développement rural, économie de la santé) a beaucoup contribué à la (nécessaire) vision systémique de l'équipe dans son analyse de la situation et dans la planification de son action. Sylla Moussa Bokar, à maintes reprises, utilisait le terme de *projet de société* lorsqu'il faisait référence aux dimensions sociétales de la réflexion et de l'action de PRIMA.

PRIMA a été une occasion de concevoir une série de concepts rafraîchissants, voire innovateurs. La notion de *Paquet Minimal Consensuel* (PMC) en est un exemple. Ce concept se situe quelque part entre la notion de 'Paquet Minimal Technique' et la notion de 'Paquet Minimum Social', pour reprendre tel quel la terminologie utilisée par l'équipe de recherche du projet. En fait le PMC n'est rien d'autre que ce que le Paquet Minimum d'Activités (le classique PMA) devrait réellement être mais qu'il n'est pas (encore) dans la réalité du système de santé public Guinéen: une offre de soins qui représente la synthèse *dynamique* entre les priorités des services de

santé et les priorités des gens, résultant d'un dialogue et d'une négociation entre techniciens et population.

PRIMA a aussi, et peut-être surtout, été une opportunité de placer en haut de l'agenda des débats une série de valeurs, thèmes, concepts et instruments essentiels à un développement harmonieux des systèmes de soins: le respect de la rationalité de l'autre; l'importance d'une réelle écoute; la solidarité, son potentiel et ses limites; la qualité des soins; la responsabilité devant autrui (*accountability* en anglais); l'ébauche de ce que pourrait être une politique de contractualisation entre organisations communautaires et services de santé; la nécessité pour les planificateurs de mieux appréhender les rapports de force souvent douloureux entre agents de santé et patients; l'importance d'une planification de bas en haut à côté de la planification de haut en bas, etc⁵⁵.

Le modèle MUCAS s'est largement inspiré du modèle mutualiste développé depuis une dizaine d'années dans divers pays de la région Ouest-Africaine. Nous pensons que l'originalité relative du modèle réside dans l'option prise par PRIMA (d'essayer) de développer les MUCAS en concertation avec les services de santé, dans une perspective de partenariat. L'attention continue des chercheurs à informer et impliquer les agents de santé et les gestionnaires du système préfectoral de santé dans les prises de décision concernant le développement du modèle, et le fait que la MUCAS cible explicitement la population d'une aire de santé existante autour d'une structure de soins fonctionnelle, sont des indications du souhait de PRIMA

⁵⁵ Y. Jaffré et J .P. Olivier de Sardan (2002), dans leur conclusion du rapport des enquêtes sur l'accès aux soins dans 5 capitales d'Afrique de l'Ouest (volet socio-anthropologique du Projet Santé Urbaine UNICEF – Coopération française), écrivent (p58) : « On peut donc se demander si des négociations formelles avec les acteurs de terrain, professionnels comme usagers, sur les lieux même d'exercice de la profession, loin des séminaires et des cursus de santé publique, mais au cœur des pratiques soignantes, négociations au long cours où seraient simultanément mis sur la table les problèmes de moyens, d'effectifs, de qualification, mais aussi de mépris des malades, de manque de conscience professionnelle, d'absence de sanction, de non suivi des procédures (quand il y en a), de désorganisation des services, d'absentéisme, de corruption, etc. ne constitueraient pas une approche préférable à cette multiplication des projets en tous genres dans le secteur de la santé ... ». Nous pensons que la démarche suivie dans le projet PRIMA était semblable à celle suggérée par Jaffré et Olivier de Sardan : créer un espace de dialogue et de négociation entre services de santé et population afin « d'instaurer un langage de la vérité sur la ligne de front des soins dispensés aux malades » .

de vouloir s'intégrer autant que possible dans la planification sanitaire publique en cours.

Cependant, l'analyse de la perception du modèle MUCAS par les agents de santé (voir chapitre 3) a mis en évidence pour certains d'entre eux un manque de compréhension, un malaise et parfois même une résistance par rapport au modèle. Cette difficulté d'arriver à un réel partenariat entre mutuelles et services de santé devra être pris en compte dans des futurs projets et recherches sur la mise en place de mutuelles de santé.

La perception du modèle par la population et les professionnels de santé

Les recherches qualitatives sur la perception du système mutualiste par la population et par les professionnels de santé contribuent à une meilleure compréhension des difficultés et obstacles qui se posent au développement harmonieux des mutuelles de santé en Afrique. A notre avis, ces résultats sont également pertinents pour les autres pays de la région Ouest-Africaine qui partagent bien des aspects en terme d'organisation du système de santé et en terme d'environnement social et culturel.

LES GENS ONT BIEN COMPRIS LES CONCEPTS ET PRINCIPES QUI SOUS-TENDENT LE MODELE MUCAS

Un résultat puissant de cette recherche qualitative, nous pensons, est qu'elle remet en question les clichés et préjugés qui font régulièrement surface dans le débat sur le développement de systèmes de mutualisation du risque-maladie en Afrique sub-Saharienne.

Les promoteurs de mutuelles de santé en Afrique, dans leur analyse de l'intérêt relativement limité que manifestent les populations vis-à-vis des mutuelles de santé⁵⁶, ont parfois tendance à l'attribuer à des interprétations culturelles particulières que les ménages Africains auraient du concept de risque. L'hypothèse est alors avancée que les Africains ne seraient pas 'risco-phobes' (*risk-averse* en Anglais) et donc peu ou pas enclins à engager

⁵⁶ Les faibles couvertures que ces systèmes atteignent aujourd'hui en témoignent. Voir le travail de Bennett S, Creese A et Monach R (1998) : *Health Insurance Systems for people Outside Formal Sector Employment*, Geneva : World Health Organisation, WHO/ARA/CC/98.1.

des investissements aujourd'hui pour éviter des dépenses pour des soins de santé dans le futur. Ou encore, que les ménages Africains n'accepteraient pas des mécanismes de partage de risque qui s'étendent au-delà du noyau de la famille, du clan ou du groupe ethnique.

Un résultat important de cette recherche en Guinée Forestière est qu'elle montre clairement qu'un manque de compréhension n'est *pas* la raison du faible taux d'adhésion à la mutuelle *Maliando*. La très grande majorité des 137 participants aux groupes focalisés, des femmes et des hommes, des adhérents et des non adhérents, ont en effet fait preuve d'une excellente compréhension des concepts et des principes qui sous-tendent l'assurance maladie sociale ou solidaire. Qui plus est, ils ne remettent pas en question – bien au contraire – les effets de redistribution de *Maliando* au-delà de l'échelle du village ou de la famille. Les gens apprécient l'amélioration de l'accessibilité financière aux soins de santé amenée par le système. La notion de prévention, c'est-à-dire l'idée de payer aujourd'hui pour prévenir les difficultés de demain, est bien présente⁵⁷.

L'intensité et la qualité de l'information donnée par l'équipe de recherche du concept de mutuelle de santé ont été, à notre avis, essentielles dans la bonne compréhension des gens. Cette phase préparatoire dans le projet PRIMA a en effet pris plus d'un an.

Les participants aux groupes focalisés ont peu ou pas fait référence à des expériences antérieures négatives dans le domaine de la micro-finance, comme par exemple des situations de fraude dans des systèmes d'épargne et de crédit mis en place dans le passé. Dans le même ordre d'idées il était frappant de voir qu'un manque de confiance dans les gestionnaires de *Maliando* était très rarement cité.

⁵⁷ Ce résultat de recherche valide la précaution formulée par Letourmy comme quoi « il faut éviter toute interprétation culturelle du refus de la prévoyance qui mettrait en avant le fatalisme des populations face aux événements de santé. Si fatalisme il y a, il est construit à partir de l'incapacité matérielle à faire face à certaines conséquences de la maladie, mais dès que les contraintes se desserrent, le comportement de prévoyance se dessine » (Letourmy A. 1998, *Etude pour une stratégie d'appui aux mutuelles de santé*, p.30, Rapport à l'intention du Ministère des Affaires Etrangères, Paris).

LA COMPLEMENTARITE ENTRE SYSTEMES D'ENTRAIDE ENDOGENES ET EXOGENES

Un autre résultat important de cette recherche qualitative est qu'elle invalide l'hypothèse de travail selon laquelle des systèmes plus formels de mutualisation de risque maladie ou de sécurité sociale, devraient nécessairement se greffer sur, ou même être intégrés dans les systèmes traditionnels d'entraide existants⁵⁸. Les participants aux groupes focalisés ont, en effet, clairement indiqué les différences, mais aussi la complémentarité des deux types de systèmes: l'un existant et endogène, l'autre nouveau et importé. L'aisance avec laquelle la mutualisation du risque est acceptée comme un mécanisme de financement spécifique qui permet de prendre en charge des besoins bien définis, montre qu'il n'est pas nécessairement indiqué de concevoir des systèmes d'assurance se basant sur les systèmes existants endogènes. Bien au contraire, beaucoup de participants disent que leurs propres associations et arrangements d'entraide ne permettent pas de gérer correctement le problème que pose le coût des soins de santé, et que ce nouveau système, basé sur des principes auparavant inconnus d'eux, constitue une solution bienvenue pour remplir cette lacune.

CE FAMEUX 'HASARD MORAL' : UN PROBLEME POUR LES PROMOTEURS PLUTOT QUE POUR LES MUTUALISTES ?

L'existence éventuelle d'une surconsommation de soins de santé (pour autant que des instruments de mesure valides existent) par les adhérents - ce fameux hasard moral ou aléa moral - n'a pas été investiguée tel quel dans cette recherche. Les discussions des groupes focalisés suggèrent cependant que le phénomène semble moins fréquent qu'on ne l'attendait a priori et que la notion de surconsommation n'est pas réellement acceptée par les gens. Certains participants étaient même perturbés par l'allusion au fait que les gens pourraient 'abuser' du système.

Dans le même ordre d'idées, les groupes focalisés ont montré que le rationnel du concept de ticket modérateur n'a pas été compris. (Ceci est peut-être le seul commentaire critique que l'on pourrait formuler vis-à-vis de la campagne d'information qui a précédé le développement de *Maliando*). Ce résultat remet en question, du moins dans le contexte de la Guinée rurale,

⁵⁸ Voir par exemple les travaux de Midley J (1994), Social security in developing countries: integrating state and traditional systems. *Focaal* N°22/23, pp.219-229.

la pertinence de la mise en place de tickets modérateurs dans le cadre de systèmes locaux d'assurance maladie.

LES FAMILLES PAUVRES ET LES FAMILLES NOMBREUSES : ATTENTION A LA CAPACITE DE PAYER

Les gens ont aussi exprimé des réserves importantes par rapport au système *Maliando*. La première concerne la capacité de payer les cotisations: afin de limiter la sélection préférentielle ou adverse d'individus à haut risque, *Maliando* imposait la mesure (classique) d'une cotisation individuelle pour tous les membres d'un même ménage. Quoique la plupart des participants considéraient une prime individuelle de l'ordre de 2\$US comme étant abordable, il y avait un problème dans la capacité de payer pour les ménages les plus pauvres et pour les familles nombreuses – y compris lorsqu'elles n'étaient pas pauvres. En effet, de nombreux ménages de 10 à 15 personnes semblent éprouver des grandes difficultés à payer en une fois la cotisation pour *tous* les membres du ménage. Ce résultat devrait inspirer les promoteurs de mutuelles de santé à une plus grande flexibilité et créativité dans la gestion de la sélection adverse.

ET QUE GAGNENT LES PROFESSIONNELS DE SANTE AVEC UNE MUTUELLE DE SANTE ?

L'analyse de la perception du modèle MUCAS par les professionnels de santé a clairement mis le doigt sur la nécessité d'arriver à une situation de gain(s) mutuel(s) entre population et professionnels de santé. Il y a du point de vue des agents de santé des raisons rationnelles pour ne pas appuyer, voire opposer, le développement de mutuelles de santé. En effet, le fonctionnement d'une mutuelle de santé, comme celle de *Maliando* implique pour les agents de santé, à des degrés variables, une exigence de plus grande transparence et de responsabilité devant l'organisation mutualiste, un besoin de négocier – plutôt que d'imposer – un paquet de soins avec la mutuelle, et une pression pour plus et mieux tenir compte de la demande des gens⁵⁹.

Ceci pose un défi majeur aux promoteurs de futures initiatives mutualistes: il faudra concevoir et opérer des systèmes mutualistes dans lesquels les at-

⁵⁹ Cfr la notion de 'réactivité' (*responsiveness* en Anglais) développée dans le rapport (2000) de l'OMS sur la Santé dans le Monde : *Pour un Système de Santé plus performant*.

tentes et craintes des agents de santé sont suffisamment pris en compte. Ceci devra nécessairement passer par un effort d'explicitation des intérêts, enjeux et agendas (possiblement contradictoires) des différents acteurs impliqués dans le processus de développement de la mutuelle.

Une leçon importante du projet PRIMA est d'avoir montré l'utilité d'une institution ou organisation intermédiaire, médiatrice entre services de santé et population, pour initier et accompagner le dialogue et l'échange entre eux. Une telle institution, afin d'être suffisamment crédible dans son rôle médiateur, doit avoir une neutralité suffisante par rapport aux enjeux locaux. Elle doit aussi être suffisamment familiarisée avec les concepts de base d'organisation des services de santé. Enfin, elle doit avoir des compétences importantes dans le domaine de la communication.

L'échec relatif du fonctionnement des *Equipes Préfectorales de Promotion des Mutuelles* (EPPM) met le doigt sur l'ambiguïté, voire les conflits d'intérêts potentiels auxquels sont exposés les techniciens. En effet, on demande à des équipes de professionnels de santé d'animer des communautés qui vont alors dénoncer, s'ils sont honnêtes et osent le faire, la qualité médiocre d'une offre dont ces mêmes promoteurs sont responsables !

Il s'est avéré peu réaliste d'imaginer dans le contexte de la Guinée que des techniciens de santé, agents de la fonction publique, puissent avoir la crédibilité et la flexibilité nécessaires pour animer des groupes communautaires et les accompagner dans leurs efforts pour obtenir une offre accessible et de bonne qualité dans les services de santé publics.

LA QUALITE DE L'OFFRE RESTE L'ELEMENT CLE DANS LE SUCCES DE LA MUTUELLE

Cependant, la principale réserve exprimée était la perception d'une qualité médiocre des soins au niveau du centre de santé. Cette critique, fort incisive, concernait presque exclusivement le fonctionnement du centre de santé public avec lequel *Maliando* avait établi un contrat. Les participants des groupes focalisés étaient quasi unanimement positifs lorsqu'ils parlaient des soins offerts à l'hôpital préfectoral et du dispensaire privé de Mano à proximité du centre.

Il va de soi que les gens ne seront pas motivés à adhérer à un système

d'assurance si la qualité des soins laisse à désirer. L'équipe de recherche en était bien consciente au stade de la conception du projet, mais avait pourtant sous-estimé la dureté de la critique...

MUTUELLE DE SANTE COMME LEVIER POUR AMELIORER LA QUALITE DE L'OFFRE : OUI, MAIS...

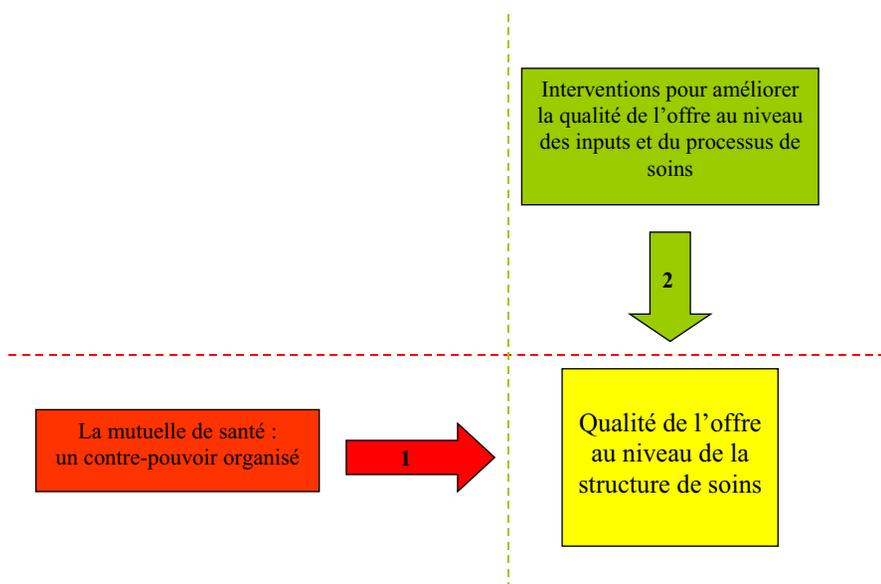
Il y a une autre leçon, beaucoup plus fondamentale, à tirer de cette histoire. L'hypothèse - largement implicite au début de la recherche PRIMA mais qui s'est progressivement précisée et cristallisée au cours de la recherche - selon laquelle une mutuelle de santé pourrait, presque à elle seule, constituer un levier suffisamment puissant pour améliorer la qualité de l'offre n'a pas été confirmée. La mutuelle *Maliando* a certainement contribué à créer un contre-pouvoir à celui des services et professionnels de santé - en témoignent les résultats de l'enquête auprès des agents de santé - mais cela n'a pas suffi.

L'analyse de Letourmy⁶⁰ par rapport aux attentes des pouvoirs publics à l'égard des mutuelles de santé en Afrique va dans le même sens. En théorie le mouvement mutualiste peut jouer de façon positive sur la qualité des services à partir de trois leviers distincts : i) en garantissant des ressources régulières aux structures de soins (levier *financier*), ii) en faisant pression sur les personnels de santé (*activisme* des patients mutualistes), et iii) en sanctionnant les structures au moment des conventions (levier *contractuel*). Letourmy affirme qu'en pratique ces leviers ne peuvent être que très rarement actionnés aujourd'hui: « Le niveau de développement des mutuelles est encore insuffisant pour que le chiffre d'affaires qu'elles représentent apporte le supplément de ressources propres à l'amélioration de la qualité ou incite les établissements à plus de rigueur : en tant que clients les mutualistes ne pèseront que lorsqu'ils seront plus nombreux. La démarche de négociation avec les établissements de conventions comprenant des engagements de qualité n'en est qu'à ses débuts. Il reste l'activisme des patients mutualistes qui, dans certains cas (par exemple lorsqu'ils refusent la surtarification) peut modifier les comportements de certains personnels de santé indécis » (Letourmy 1998, p.33).

⁶⁰ Letourmy A (1998). Op. Cit. , p 239.

Ceci a des implications importantes sur le montage de futurs projets (voir Figure 8): la création et le développement d'une mutuelle de santé (flèche 1 dans la figure) – c'est-à-dire une organisation communautaire mandatée par un groupe de gens qui négocie un paquet de soins avec un prestataire – devrait (au moins) aller de pair avec la mise en place, par d'autres acteurs, d'activités et interventions méthodologiques et techniques au niveau du processus de consultation clinique visant à améliorer la qualité de l'offre dans le service avec lequel la mutuelle a passé contrat (flèche 2 dans la figure). *Le développement de mutuelles de santé doit s'insérer dans une démarche plus globale de management de la qualité des soins.*

Figure 8 : *L'amélioration de la qualité requiert des interventions à plusieurs niveaux du système de soins*



Améliorer la qualité de l'offre ne peut résulter que d'un effort global aux différents niveaux du système de santé : créer des contre-poids au 'pouvoir' des professionnels de santé (une mutuelle de santé n'étant qu'une modalité pour le faire); adapter/changer la formation des agents de santé, infirmiers-

praticiens et médecins, dans les instituts professionnels et les universités; confronter les agents de santé à des modèles alternatifs de pratique médicale (par exemple : la médecine de famille); former les agents en poste à de nouvelles méthodes de consultation clinique qui marient les acquis de la standardisation et le besoin de (beaucoup) plus de globalité dans l'approche diagnostique et thérapeutique ; introduire plus de 'professionnalisme' dans les systèmes de santé Africains⁶¹; former les agents au dialogue, à la négociation, au partenariat ; etc.

Reste à apprendre quelle est la combinaison optimale d'interventions pour améliorer la qualité des soins dans une variété de contextes : un vaste terrain de recherche-action demeure donc.

⁶¹ Blaise P & Kegels G (2001). Minzberg, Organisation's Configuration and Quality Management in Health Care. In : Quality in « Professional Organisations » : Higher Education and Health Care. Proceedings from the 4th « Toulon-Verona » Conference, Polytechnic Faculty of Mons, Belgium, 30-31st August 2001, pp 25-41.

Table des matières

DÉDICACE.....	3
PRÉFACE.....	5
REMERCIEMENTS.....	9
INTRODUCTION	11
CHAPITRE 1 : TEST DU MODÈLE DE MUTUELLE COMMUNAUTAIRE D’AIRE DE SANTÉ (MUCAS) EN GUINÉE FORESTIÈRE DANS LA PÉRIODE 1996-2000 (RAPPORT AVRIL 2000)	17
SIGLES UTILISÉS.....	18
INTRODUCTION	19
RAPPEL SUR LA MISSION DE PRIMA.....	21
QUESTION CENTRALE DE LA RECHERCHE	22
HYPOTHÈSES DE LA RECHERCHE	22
DURÉE DE PRIMA	23
RÉSULTATS ATTENDUS DE PRIMA	23
PRÉSENTATION DU MODÈLE DE MUTUELLE COMMUNAUTAIRE D’AIRE DE SANTÉ (MUCAS).....	24
DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE DE PRIMA POUR LA CRÉATION DU MODÈLE MUCAS.....	25
LA MUCAS TEST MALIANDO DE YENDÉ-MILLIMOU	31
LE POTENTIEL DU MODÈLE MUCAS PARTANT DE LA MUCAS-TEST MALIANDO : L’ADAPTABILITÉ DU MODÈLE AU SYSTÈME DE SANTÉ DE DISTRICT.....	35
LES FAIBLESSES DU MODÈLE MUCAS.....	49
CONDITIONS DE PERENNISATION ET D’EXTENSION DU MODÈLE	53
ANNEXES AU CHAPITRE 1	63
CHAPITRE 2 : ETUDE DE LA PERCEPTION SOCIALE DE LA MUCAS MALIANDO	121
INTRODUCTION	122
MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE.....	123

MÉTHODE D'ANALYSE	124
RÉSULTATS	128
LES DISCUSSIONS DE VALIDATION.....	167
CONSIDÉRATIONS FINALES.....	178
FUTURES RECHERCHES ?	192
ANNEXES AU CHAPITRE 2	194
CHAPITRE 3 : LA PERCEPTION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ DE LA MUCAS MALIANDO. LA DIFFICULTÉ DE L'APPROCHE PARTNERIALE.	207
QUESTION DE RECHERCHE ET MÉTHODOLOGIE	208
RÉSULTATS ET DISCUSSION	212
CONCLUSION.....	227
ANNEXES AU CHAPITRE 3	230
CHAPITRE 4: RÉFLEXIONS FINALES.....	239
LE PROJET PRIMA : UN 'PROJET DE SOCIÉTÉ'	240
LA PERCEPTION DU MODÈLE PAR LA POPULATION ET LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ	242

Liste des figures

FIGURE 1: LE MODÈLE MUTUALISTE – PRÉSENCE D’UN ORGANISME ACHETEUR.....	27
FIGURE 2: DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE DU PROJET PRIMA.....	30
FIGURE 3 :ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE MALIANDO À YENDÉ	34
FIGURE 4 : CARTE DES PRESTATIONS MUTUELLE MALIANDO 1998.....	34
FIGURE 5: TAUX D’UTILISATION DE LA CPC PAR MOIS (1/08/1998 AU 31/05/1999).....	39
FIGURE 6 : CARTE D’HONNEUR DE MALIANDO.....	46
FIGURE 7: ADHÉRENTS ET NON-ADHÉRENTS EN 1998 ET 1999.....	123
FIGURE 8 : L’AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ REQUIERT DES INTERVENTIONS À PLUSIEURS NIVEAUX DU SYSTÈME DE SOINS.....	248

Liste des tableaux

TABLEAU 1: ADHÉSION À LA MUTUELLE MALIANDO (1998-1999).....	36
TABLEAU 2: UTILISATION DE LA CONSULTATION CURATIVE AU CENTRE DE SANTÉ DE YENDÉ PAR LES MUTUALISTES (PÉRIODE DU 1/08/1998 AU 31/05/1999 EXTRAPOLÉE À 12 MOIS).....	37
TABLEAU 3: UTILISATION DE LA CONSULTATION CURATIVE AU CENTRE DE SANTÉ PAR LES NON MUTUALISTES (PÉRIODE DU 1/08/1998 AU 31/05/1999 EXTRAPOLÉE À 12 MOIS).....	38
TABLEAU 4: UTILISATION CPC DANS LA SOUS-POPULATION MUTUALISÉE EN FONCTION DE LA DISTANCE (1/08/1998 – 31/05/1999).....	40
TABLEAU 5: UTILISATION CPC DANS LA SOUS-POPULATION NON MUTUALISÉE EN FONCTION DE LA DISTANCE (1/08/1998 – 31/05/1999).....	40
TABLEAU 6: UTILISATION ET FRAIS DE FONCTIONNEMENT DU CENTRE DE SANTÉ DE YENDÉ (1996-1999).....	41
TABLEAU 7: PART DE MALIANDO DANS LES RECETTES DU CENTRE DE SANTÉ.....	42
TABLEAU 8: HOSPITALISATIONS DANS LA POPULATION MUTUALISTE DANS LES HÔPITAUX PRÉFECTORAUX DE KISSIDOUGOU ET GUÉCKÉDOU (JUILLET 1998 À MAI 1999).....	43
TABLEAU 9: RÉSULTATS D'EXPLOITATION DE LA MUCAS MALIANDO (EXERCICE 1998-1999)	44
TABLEAU 10: POURQUOI ADHERER? FORMULATIONS UTILISEES.....	132
TABLEAU 11: LES DIFFERENCES ILLUSTRÉES ENTRE LES ASSOCIATIONS ENDOGENES ET LA MUTUELLE.....	140
TABLEAU 12 : « LA MUTUELLE N'ATTEINT PAS SES OBJECTIFS ». NOMBRE DE CITATIONS.....	146
TABLEAU 13: NE PAS ADHERER :RAISONS FINANCIERES	151

TABLEAU 14: NOMBRE D'INTERVENTIONS QUI COMPRENNENT UNE OBSERVATION SUR LA QUALITE DES SOINS.....	153
TABLEAU 15: LA QUALITE DES SOINS AU CENTRE DE SANTE. OBSERVATIONS NEGATIVES.....	159
TABLEAU 16 :OBSERVATIONS RELATIVES AUX SOINS A L'HOPITAL ET DANS LE SECTEUR PRIVE.....	160
TABLEAU 17: LES CAUSES DE NON-ADHESION.....	163
TABLEAU 18: INTENTIONS D'INSCRIPTION A L'AVENIR.....	163
TABLEAU 19: DECOURAGEMENT ET DECEPTION. LES CAUSES EXPRIMEES	165
TABLEAU 20: QUE FAUT-IL FAIRE?.....	166
TABLEAU 21: TOUT LE MONDE ADHERERAIT.....	167
TABLEAU 22 : CARACTERISTIQUES DES PERSONNES INTERVIEWEES.....	210