

La difficulté du partenariat entre professionnels de santé et mutualistes: le cas de la mutuelle de santé Maliando en Guinée-Conakry

Bart Criel¹, Alpha Ahmadou Diallo², Jean Van der Vennet¹, Maria-Pia Waelkens¹ et Axel Wiegandt³

¹ Département de Santé publique de l'Institut de médecine tropicale, Anvers, Belgique

² Ministère de la Santé publique, Conakry, Guinée

³ Medicus Mundi Belgique

Résumé

Une mutuelle communautaire d'aire de santé (MUCAS) a été conçue et mise en place en 1998 en Guinée forestière dans le cadre du projet de recherche action PRIMA (Projet de recherche sur le partage du risque maladie). Ce projet visait à tester sous quelles conditions un système mutualiste permet d'améliorer l'accès à des soins de qualité. La spécificité du modèle MUCAS est double: d'une part, le souhait de l'intégrer dans le système local de santé par la construction d'un partenariat entre mutuelle et services de santé; et d'autre part, l'effort systématique de l'équipe de recherche locale pour essayer d'impliquer les professionnels de santé, aux niveaux opérationnels aussi bien que gestionnaires du système, dans la planification et la mise en place de la mutuelle. Nous présentons ici les résultats d'une étude de la perception du modèle MUCAS par les professionnels de santé guinéens. L'étude a consisté en une série d'interviews semi-structurées faite auprès de 16 agents de santé au mois d'avril 2000. Les résultats montrent que les professionnels perçoivent la mutuelle comme une stratégie efficace pour améliorer l'accès aux soins, mais ils illustrent également le manque de compréhension, l'incertitude et même la résistance que le modèle semble avoir suscité auprès des professionnels. L'approche partenariale, si elle a été comprise, n'a pas été intériorisée par les professionnels de la santé. Ils maîtrisent l'outil technique mais sont désemparés dans leur dialogue avec la population. Cette étude illustre les difficultés d'un réel partenariat entre population et services de santé et le besoin de mieux préparer, former et encadrer les professionnels lors de la conception, la mise en place et l'organisation de modèles mutualistes de financement des soins de santé. L'importance de cet aspect a été insuffisamment reconnue par l'équipe de recherche malgré sa bonne volonté et les nombreux moments de concertation qu'elle a organisé entre les différentes parties prenantes. Une leçon importante de cette expérience est le besoin pour les promoteurs de concevoir et d'opérer des systèmes mutualistes dans lesquels les attentes et craintes des agents de santé sont mieux identifiées et mieux prises en compte.

mots clé mutuelles de santé, prestataires de soins, partenariat, système de santé local, Guinée Conakry

Summary

In 1998, a Mutual Health Organization (MHO) was created in the region of *Guinée forestière* in Guinea-Conakry, West Africa, in the context of the action-research project PRIMA (*Projet de recherche sur le partage du risque maladie*). The aim of the project was to test whether, and under which conditions, an MHO can improve the access to quality health care. The specificity of the model is double-sided: on the one hand, the wish to integrate the organization into the local health system through a partnership between MHO and health services; on the other hand, the systematic efforts by the local research team to involve health professionals, at both the operational and managerial level of the system, in the planning and implementation of the MHO. We present the results of a study that investigates the health professionals' perception of this model. In April 2000, semi-structured interviews were held with 16 health professionals working at the different operational, managerial and administrative levels of the Guinean health system. The professionals perceive the MHO as an effective

strategy to overcome financial accessibility problems. However, the interviews highlight the uncertainties and worries of the health professionals, their lack of understanding of the model, their reluctance even to fully accept it. The partnership approach was not internalized. They understand the technical instrument, but are confused and uncomfortable in their dialogue with the population. This study illustrates the difficulties of establishing a real partnership between population and health services, as well as the need for proper training and coaching of the health workers in the set-up of MHOs. The importance of this aspect was insufficiently recognized by the research team, despite its good intentions and its huge investment in organizing exchange between stakeholders. An important lesson of this experience is the need for promoters to conceive and operate MHO systems in which the expectations and fears of the health care providers are better identified and better taken into account.

keywords Mutual Health Organizations, health care providers, partnership, local health systems, Guinea Conakry

Introduction

Le contexte

Depuis la mise en œuvre de l'initiative de Bamako à la fin des années 80, sous l'impulsion de l'UNICEF et de l'Organisation Mondiale de la Santé, le système de santé guinéen s'est transformé de façon remarquable (Levy-Bruhl *et al.* 1997). L'extension considérable de la couverture sanitaire et l'augmentation des taux d'utilisation des services de santé sont des indicateurs du succès des activités entreprises dans le cadre d'un large effort national, planifié et géré de près par le ministère de la Santé.

Mais les limites d'une gestion presque exclusivement orientée du haut vers le bas sont devenues progressivement apparentes. Cette gestion à partir du niveau central du système, justifiée dans les années 80, a contribué au développement d'une culture de gestion rigide, avec peu de marge de manœuvre aux niveaux périphériques du système de santé et une réactivité insuffisante aux nouvelles exigences des années 90. Les patients, de plus en plus, exprimaient leur mécontentement quant à la qualité de l'offre des services de santé publics guinéens. La rationalisation de la prise de décision clinique avec l'introduction d'arbres de décision standardisés était perçue comme excessive et inadaptée à leurs besoins. La population se plaignait aussi, et peut-être surtout, des comportements désagréables et irrespectueux des agents de santé vis-à-vis des utilisateurs des services de santé publics (Haddad *et al.* 1998). Ensuite, une partie grandissante de la population s'est vue confrontée à un problème d'accessibilité financière aux soins de santé. Ce problème d'accès est 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. Dans la région de la Guinée forestière, Guinée-Conakry, il est estimé que l'exclusion temporaire touche presque la moitié des ménages (Soucat *et al.* 1997). En plus, environ

4 % des ménages seraient des exclus permanents (Galland 1996). Le problème d'accès financier aux soins est encore aggravé par la pratique courante – illicite – des travailleurs de santé de 'surtarifier' les malades au-delà des tarifs forfaitaires en vigueur.

Mise en place d'une mutuelle de santé communautaire dans le cadre du projet PRIMA (Projet de recherche sur le partage du risque maladie)

C'est dans ce contexte qu'en septembre 1996, le ministère de la Santé publique de Guinée a lancé, en collaboration avec la Coopération bilatérale allemande *Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit* (GTZ), le Projet de recherche sur le partage du risque maladie (PRIMA). Les principales hypothèses de cette recherche étaient que (1) la mise en œuvre d'un système de prépaiement avec mutualisation du risque maladie permettrait d'améliorer l'accessibilité des services de santé; et que (2) l'implication réelle des communautés dans le financement et dans la gestion des structures sanitaires s'accompagnerait d'une amélioration de la qualité des prestations et de leur adéquation à la demande.

En effet, le mouvement mutualiste peut théoriquement jouer de façon positive sur la qualité des services à partir de trois leviers distincts (Letourmy 1998): (1) en garantissant des ressources régulières aux structures de soins (levier *financier*), (2) en faisant pression sur les personnels de santé (*activisme* des patients mutualistes), et (3) en sanctionnant les structures au moment des conventions (levier *contractuel*).

L'exécution du projet et son accompagnement scientifique, furent confiées à l'Organisation non gouvernementale *Medicus Mundi Belgique* et au département de Santé publique de l'Institut de médecine tropicale à Anvers pour une période de quatre ans (septembre 1996-décembre 2000). Une description détaillée des hypothèses de recherche, des aspects méthodologiques et des résultats obtenus

B. Criel *et al.* **La difficulté du partenariat entre professionnels de santé et mutualistes**

est disponible dans un document de synthèse (Le Projet PRIMA en Guinée Conakry 2002).

Un modèle d'organisation de partage du risque maladie appelé «MUtuelle Communautaire d'Aire de Santé (MUCAS)» fût conçu et mis en place par le projet PRIMA fin 1997. Ce modèle s'est largement inspiré du modèle mutualiste développé depuis une dizaine d'années dans divers pays de la région Ouest-africaine (Atim 1998). Il s'agit d'une mutuelle communautaire, gérée par des membres élus, qui cible explicitement la population d'une aire de santé autour d'une structure de soins fonctionnelle. L'originalité du modèle réside dans l'option prise de développer la mutuelle communautaire en concertation avec les services de santé, dans une perspective de partenariat. Le projet PRIMA a cherché à s'intégrer autant que possible dans la planification sanitaire publique et à impliquer les agents de santé et les gestionnaires du niveau préfectoral de santé dans les prises de décision concernant le développement du modèle.

Pour réussir le partenariat entre les prestataires et les usagers, les étapes suivantes étaient jugées de première importance:

- L'implication des prestataires et des usagers à la mise en pratique du modèle pour qu'il réponde le mieux que possible aux attentes des bénéficiaires et à ce que les prestataires sont capables d'offrir;
- L'établissement d'un contrat entre la mutuelle et les services de santé;
- Le consensus sur un *Paquet minimal consensuel* (PMC) de soins de santé. Le PMC est une gamme de services qui représente la synthèse dynamique entre les priorités des services de santé et les priorités des usagers, résultant d'un dialogue et d'une négociation entre techniciens et population;
- L'animation d'un collectif d'usagers afin de réaliser l'implication effective des utilisateurs et des communautés dans la gestion locale des services de santé.

Le modèle MUCAS a été mis en application dans l'aire du centre de santé de Yendé dans la préfecture de Kissidougou Guinée forestière à partir de mars 1998. L'aire de santé couvre environ un rayon de 15 km autour du centre de santé. La population de l'aire de santé était de 17275 personnes, issues de 2326 ménages habitant 67 villages. Deux hôpitaux de référence, les hôpitaux préfectoraux de Kissidougou et de Gueckédou, se situent au nord et au sud du centre de santé à distance égale d'environ 42 km.

Avant le lancement de la mutuelle de santé le 1er mars 1998, l'équipe PRIMA a mené dans la période 1996-1997 plusieurs investigations préparatoires. Il s'agit plus

particulièrement d'une enquête 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 (Criel *et al.* 1999). La première enquête a fait ressortir deux choses: d'abord la perception médiocre qu'avaient les gens sur l'offre de soins dans les structures publiques, et ensuite la confirmation de l'existence d'un réel problème d'exclusion financière des soins pour une grande partie des ménages. La deuxième enquête, quantitative, montrait que l'utilisation des services diminuait effectivement pendant les mois de la période de soudure.

Pendant l'année 1998, l'équipe de recherche a mené une campagne d'information intensive dans les villages de la sous-préfecture. Les habitants ont été largement impliqués dans la conception, la préparation, la prise de décision et ensuite la gestion du système. Les différentes étapes chronologiques du processus de préparation et de conception de la mutuelle de santé sont brièvement décrites dans l'encadré 1.

En juillet 1998, 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. Le paquet de bénéfices offert aux mutualistes couvrait les soins curatifs au niveau du centre de santé, ainsi que les soins obstétricaux et chirurgicaux d'urgence et les soins pédiatriques au niveau de l'hôpital préfectoral. 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 mutuelle a élu deux responsables chargés des relations avec les établissements de soins. 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. La mise en pratique du concept de Paquet minimum consensuel (PMC) a abouti à la prise en charge de nouveaux problèmes de santé et à l'élargissement de la gamme des médicaments essentiels d'une vingtaine de nouvelles molécules. Un barème de primes proposé par le personnel du centre de santé et les membres du comité de gestion a été intégré au budget du centre de santé. Les frais de transport lors d'une évacuation urgente vers l'hôpital sont inclus dans le paquet de bénéfices. Un contrat d'évacuation des malades fut signé en juillet 1998 entre Maliando et le Syndicat des transporteurs de Yendé. La cotisation individuelle à la mutuelle était fixée à l'équivalent en monnaie locale d'un montant de US\$2 par an. Au niveau de l'équipe cadre de la préfecture de santé, le niveau le plus décentralisé de l'administration sanitaire, une Equipe préfectorale de promotion de la mutuelle (EPPM) fut créée. Le rôle de cette structure

Encadré 1 Etapes chronologiques dans le processus d'élaboration du modèle MUCAS

1. Atelier initial de définition du projet regroupant les différents agents des services de santé et de l'administration de santé des préfectures de Kissidougou et de Gueckédou; les représentants du niveau central du Ministère de la Santé; les partenaires extérieurs finançant le projet; et l'équipe de recherche.
2. Collecte et étude d'un jeu documentaire sur le sujet des mutuelles de santé.
3. Atelier préfectoral de planification des activités de la recherche avec la Direction Préfectorale de la Santé (DPS) 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 projet GTZ 'Projet Santé Rurale'.
4. Dépouillement du système d'information sanitaire des différents établissements de soins concernés par le programme de la recherche. Genèse des données de base pour les évaluations futures et les données opérationnelles pour les calculs actuariels.
5. Etude participative selon la Méthode Active de Recherche Participative (MARP) dans l'aire de santé de Yendé afin d'obtenir une meilleure connaissance du milieu et des barrières à l'accès aux soins de santé.
6. Atelier de restitution générale de tous les résultats des dépouillements du système d'information sanitaire et des études du milieu au chef-lieu de la sous-préfecture en vue d'identifier le contenu du Paquet Minimum Consensuel (PMC).
7. Proposition du modèle de la Mutuelle Communautaire d'Aire de Santé (MUCAS) intégrant les principales informations recueillies tout au long du processus de recherche. Les textes étaient ventilés à tous les niveaux du système.
8. Rétro-information à la population à travers une campagne d'information conduite par une structure *ad hoc*: la 'Commission Locale de Promotion de Solidarité Santé' (dite ComPS) constituée par des représentants des six districts administratifs de la sous-préfecture de Yendé.
9. Elaboration de projets de statuts et de règlement d'ordre intérieur guidant le développement de la MUCAS-test.
10. Constitution par la Direction Préfectorale de la Santé de Kissidougou d'une équipe pour la révision des ordigrammes du Centre de Santé afin d'intégrer les nouveaux médicaments.
11. Formation du personnel du centre de santé de Yendé sur les nouveaux ordigrammes; proposition d'un barème de primes pour le personnel du centre de santé; adaptation des tarifs ordinaires du centre de santé; détermination du montant forfaitaire de la prime; proposition de projets de conventions et de contrats entre mutuelle et établissement(s) de soins.

Source: Sylla M.B., Barry A.N., Diallo Y., Yobouno M.S., Bongono M., Keita A. & Condé S. (2002). Test du modèle de Mutuelle Communautaire d'Aire de Santé (MUCAS) en Guinée Forestière dans la période 1996–2000. In: Le projet PRIMA en Guinée Conakry. Une expérience d'organisation de mutuelles de santé en Afrique rurale, B. Criel, A. Barry & F. von Roenne (eds). Bruxelles: Medicus Mundi Belgique, pp 17–62.

était d'assurer l'animation du système et l'appui technique aux différentes parties impliquées dans la promotion d'une MUCAS.

La prise en charge des soins démarra effectivement le 21 juillet 1998. La première année (1998–1999) le nombre d'adhérents était de 276 ménages ou 1398 personnes, soit 8 % de la population totale de l'aire de santé de Yendé. Dans la deuxième campagne de 1999–2000 le nombre d'adhérents n'était que de 223 ménages ou 1038 personnes, soit environ 6 % de la population cible. Pour la troisième campagne de 2000–2001, et au-delà, les inscriptions stagnaient autour de 1000 membres. Bien que le faible taux d'inscription de la première année ne soit pas tout à fait inattendu et qu'il soit interprété comme l'expression d'une attitude rationnelle et prudente de la part de la population, le taux d'adhésion plus bas la deuxième année était beaucoup plus interpellant.

Afin de comprendre les raisons du faible taux d'adhésion, deux investigations ont été faites dans la période mars-avril 2000. La première étude a été conduite auprès de la population à travers des discussions de groupe focalisées afin de mieux cerner sa propre perception du modèle MUCAS. Les résultats de cette étude mettent en

avant le problème de la qualité médiocre de l'offre de soins au niveau du premier échelon et son impact négatif sur l'adhésion de membres (Criel et Waelkens 2003). Une des leçons stratégiques de cette première étude est qu'il est illusoire de penser que la mise en place d'une mutuelle de santé suffirait pour améliorer la qualité de l'offre de soins. Le développement de mutuelles de santé doit s'insérer dans une démarche plus globale d'amélioration de la qualité des soins. La deuxième investigation sondait la perception du modèle MUCAS par les professionnels de santé travaillant aux différents niveaux opérationnels et gestionnaires du système de santé. La question de recherche était la suivante: comment les agents de santé perçoivent-ils le concept et le fonctionnement de la mutuelle? Ce sont les investigations et résultats de cette deuxième étude que nous présentons ici.

Méthodes

L'approche méthodologique choisie dans cette étude est inductive. Plutôt que de tester des hypothèses préétablies concernant la perception du système mutualiste par les professionnels de santé, nous avons voulu arriver à une

B. Criel *et al.* **La difficulté du partenariat entre professionnels de santé et mutualistes**

meilleure compréhension de cette perception. Compréhension plutôt qu'explication était recherchée et le choix d'une méthodologie qualitative était donc justifié.

L'étude proprement dite a consisté en une série d'interviews semi-structurées auprès de 16 agents de santé. Les interviews ont été faites auprès de membres du personnel du centre de santé de Yendé et de l'hôpital de Kissidougou, des niveaux préfectoral, régional (l'Inspection régionale de santé (IRS)) et central (le ministère de la Santé publique à Conakry). Un infirmier, retraité des services publics, qui a ouvert un cabinet de soins privé situé à 1 km du centre de santé a aussi été interviewé. Le choix de ces 16 agents a été guidé par la préoccupation des chercheurs d'inclure des représentants des professionnels de santé travaillant aux différents niveaux du système de santé: les niveaux opérationnels (services de santé de première ligne public et privé, l'hôpital public préfectoral); mais aussi les niveaux administratifs-gestionnaires (directions préfectorale et régionale, niveau central du système de santé). Cette diversité était intentionnelle dans un but de générer la plus grande compréhension possible. Aucune des personnes contactées pour la conduite des interviews n'a refusé d'y participer.

Une équipe de deux sociologues – l'un guinéen, l'autre belge – en étroite collaboration avec l'équipe de recherche, a converti la question de recherche centrale en une grille d'interview qu'ils ont ensuite administrée au courant du mois d'avril 2000. Cette grille a été construite sur base d'un certain nombre d'aspects génériques des systèmes mutualistes (par exemple: accès, délai dans l'utilisation, volume d'utilisation, etc.), mais aussi à partir d'éléments issus des groupes de focalisés organisés quelques semaines avant. Les deux enquêteurs ne faisaient pas partie de l'équipe de recherche et ont été spécialement recrutés pour cette investigation. Les interviews se sont déroulées en français et ont duré en moyenne trente minutes. Les deux chercheurs ont réalisé toutes les interviews ensemble en prenant tous les deux note et en alternant les rôles d'intervieweur. Les notes d'interview étaient revues en commun directement après chaque interview et retranscrites le jour même. En annexe 1 est présentée la liste de questions qui a guidé les interviews administrées aux personnels du centre de santé de Yendé.

L'analyse des questionnaires a été faite avec l'appui d'un troisième chercheur recruté à cet effet. Le chercheur principal (BC) et un des deux sociologues qui a administré les interviews sur le terrain ont participé à l'analyse du matériel. Comme précisé plus haut, il s'est agit ici d'une analyse exploratoire non destinée à vérifier une ou des hypothèses explicites mais plutôt d'une démarche inductive menant à la formulation d'hypothèses explicatives. 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. L'analyse a été faite avec un système d'encodage construit à partir des différents thèmes abordés dans les interviews (voir annexe 1), et progressivement enrichi en cours de processus à partir de nouveaux thèmes émergents du matériel.

Les résultats de l'analyse sont présentés par thème. 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. Un acronyme accompagne les citations utilisées pour identifier le niveau du répondant dans le système de soins.

Annexel Grille de questions qui a guidé l'interview des personnels du centre de santé

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, pouvez-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? Pensez-vous 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 et 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 qui sont désormais liées au rendement. Qu'en pensez-vous? De ce point de vue jugeriez-vous plus acceptable qu'une plus grande proportion d'usagers soit mutualiste? Expliquez-nous.
 8. Lors des discussions de groupe que nous avons eu avec des usagers du centre de santé, des personnes ont laissé entendre qu'au centre de santé les 'riches' seraient mieux accueillis et mieux traités que les mutualistes. Qu'en pensez-vous?
 9. Quel rôle auriez-vous souhaité que l'administration du système de santé de la préfecture joue dans le cadre du renforcement du partenariat entre les 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?
-

Tableau 1 Caractéristiques des personnes interviewées

	Nombre d'interviewés	Acronyme
Niveaux opérationnels		
Le centre de santé gouvernemental	4	CS1 à CS4
Le dispensaire privé	1	CSp
L'hôpital préfectoral	4	H1 à H4
Niveaux administratifs		
La Direction préfectorale de santé (DPS)	1	DSP
L'Inspection régionale de santé (IRS)	2	IRS1 et IRS2
Le ministère de la Santé publique	4	MSP1 à MSP4

Le tableau 1 reprend les principales caractéristiques des personnes interrogées et les acronymes utilisés.

Résultats

La compréhension du modèle

La première question posée à tous les interviewés sondait leur compréhension du modèle. La mutuelle de santé Maliando est perçue comme une association ou une organisation communautaire, de ménages ou d'individus et en même temps comme un système, un instrument pour améliorer l'accès aux soins. «Maliando est une association communautaire qui en langue Kissi signifie entraide. Les gens ont mis en place une association où ils peuvent essayer de s'entraider pour la prise en charge de leurs problèmes de santé» (H3). Dans leurs descriptions, les interlocuteurs donnent les caractéristiques d'une mutuelle de santé communautaire, mais aucun ne mentionne explicitement la spécificité du partenariat entre mutualistes et prestataires dans le modèle MUCAS.

En ce qui concerne la finalité de la mutuelle, les formulations sont différentes: «faciliter l'accès aux soins» (H4), «assurer ou couvrir un risque» (MSP1), «s'entraider» (CS1) ou «prendre en charge les soins de santé» (H1). Mais le sens général revient à dire que l'objectif principal de la mutuelle est de permettre l'accès aux soins de santé. Trois répondants des niveaux administratifs mentionnent l'objectif d'améliorer «la qualité et la disponibilité des services offerts» (MSP4) et la relation entre soignants et soignés: «La mutuelle répond à une autre préoccupation qui est la mise en place d'un mécanisme agissant sur la relation soignant/soigné pour en améliorer la qualité ...» (IRS1). Enfin, plusieurs notent l'objectif d'améliorer les revenus des établissements de santé: «La mutuelle va

influencer positivement le financement de notre hôpital» (H3).

L'impact de la mutuelle sur l'accessibilité aux soins

Les répondants des différents niveaux considèrent que l'accessibilité financière aux soins s'est sensiblement améliorée. Au niveau du centre de santé, les répondants déclarent que la fréquentation a nettement augmenté et qu'il y a donc un impact favorable sur l'accessibilité – ce qui est objectivement correct. Les rapports d'activité du projet PRIMA indiquent que les taux d'utilisation dans la population de mutualistes sont en moyenne presque 4 fois plus élevés que dans la population de non mutualistes. Ce gradient est particulièrement important pour les populations habitant à proximité des structures de santé. Ils ont l'impression que les patients viennent plus précocement au centre de santé, et qu'en plus, le délai d'accès à l'hôpital est raccourci: «Oui, il y a augmentation du nombre d'utilisateurs. Oui, avec Maliando, les mutualistes utilisent les services plus rapidement. L'accès est rendu plus facile à l'hôpital également pour les référés mutualistes: transport, prise en charge assurée, ...» (CS2). Les répondants du niveau hospitalier constatent également que les mutualistes viennent plus rapidement: «Avant les gens de Yendé arrivaient trop tard ou venaient juste pour mourir à l'hôpital. Avant les évacués ... étaient presque tous des cas perdus. Maintenant ils viennent à temps grâce à la mutuelle» (H2).

Plusieurs raisons sont invoquées qui peuvent expliquer la hausse de l'utilisation des services. Au niveau du centre de santé les répondants ont l'impression que la hausse de la fréquentation n'est pas liée à la levée de la barrière financière mais bien à une plus grande disponibilité en médicaments. «Il y a eu des nouveaux médicaments. Le bruit a couru et donc les personnes viennent car les médicaments nécessaires sont là» (CS1). Les personnes interviewées à l'hôpital estiment que la 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 centre de santé de Yendé. «Grâce au transport que la mutuelle a négocié. Avant c'était un obstacle, ce ne l'est plus» (DPS).

L'impact de la mutuelle sur la charge et sur l'organisation du travail des agents

Seuls les personnels des niveaux opérationnels étaient concernés par ce sujet. Les personnels hospitaliers perçoivent essentiellement des changements dans le cheminement du malade au sein de l'hôpital avec une simplification

B. Criel *et al.* **La difficulté du partenariat entre professionnels de santé et mutualistes**

énorme de l'administration: «Avec la carte de membre, le circuit du malade change» (H1). Comparé aux autres patients référés, «les mutualistes eux montrent à leur arrivée leur carte de membre, aussitôt ils sont pris en charge et le circuit est raccourci pour eux. Ceux-ci ne perdent pas de temps à la caisse pour les formalités administratives contrairement aux autres référés» (H3).

Les agents du centre de santé constatent tous que la charge du travail a augmenté, mais ils trouvent que cela ne présente pas de difficultés. Une personne est d'avis qu'au niveau de l'organisation du travail «Maliando a induit des changements importants» (CS2). Le personnel a du s'adapter «à travailler dans un contexte de partenariat. Cela demande un changement de comportement avec une couche de gens avec qui on a signé un contrat» (CS2).

L'impact de la mutuelle sur la qualité des soins

Les répondants des niveaux administratifs font référence au lien qui existe, du moins en théorie, entre l'introduction d'une mutuelle de santé et la qualité des soins: «Si on améliore la qualité des soins on aura aussi accru l'accessibilité» (MSP1). Les améliorations attendues le sont dans le domaine de la disponibilité des médicaments, de l'adéquation de l'offre à la demande, et des relations entre prestataires et utilisateurs. «Le fait que le patient ait un canal pour exprimer ses doléances éventuelles et que cela peut déboucher sur des modifications de l'organisation du service me paraît pouvoir être considéré comme un effet de levier» (MSP4).

Au niveau du centre de santé, la question de la qualité des soins a été abordée indirectement en sondant les avis des personnels sur des modifications de l'offre de soins qui seraient induites par la mutuelle. Les personnels de ce niveau ont mentionné l'augmentation de la gamme des médicaments disponibles: «Maintenant on peut traiter mieux les malades. Si on a une MST on peut la traiter bien parce qu'on a les médicaments» (CS1). Mis à part l'élargissement de la gamme des médicaments, d'autres modifications de l'offre n'ont pas été nommées, même après une question spécifique de rattrapage: «Y a-t-il eu d'autres modifications de l'offre de soins?». Ni le sujet de l'accueil, ni celui de la surtarification par les agents sont mis en relation avec la qualité de l'offre. Les personnels du centre de santé sont pourtant conscients des plaintes à ce sujet exprimées par les usagers lors des études préparatoires à la création de la mutuelle: «avant, le personnel ne percevait pas l'importance de l'accueil. Avec Maliando il faut faire la propagande de notre centre, parler de manière cordiale, avoir de l'empathie, mettre le malade à l'aise» (CS2). Selon cet interlocuteur «l'accueil laisse toujours à désirer». Tous ne partagent pas cet avis et l'accueil est un

sujet qui met visiblement mal à l'aise certains agents du centre. Confrontés lors de l'interview à la plainte des mutualistes que les 'riches' seraient mieux accueillis et mieux traités que les mutualistes, un agent de santé répond que «Ils ont menti»(CS1) ; un autre: «Ceux qui disent cela ne connaissent pas. On a notre renommée. C'est du bon travail, il y a 100 % de satisfaits,...» (CS3).

Les personnels de l'hôpital semblent être beaucoup plus à l'aise pour aborder le sujet de la qualité des soins: «Nous, nous pensons bien faire, mais pour plus de précision il faut demander aux usagers bénéficiaires qui diront mieux s'ils sont satisfaits ou non» (H3). Ils sont conscients des modifications que la mutuelle a apportées à la qualité des soins: «Les exigences des mutualistes dans la demande des soins font qu'ils contribuent à l'amélioration de la qualité des soins» (H1). Mais, au niveau de l'hôpital, une démarche pour améliorer la qualité des soins avait déjà eu lieu au préalable: «La qualité des soins a été améliorée dans cet hôpital bien avant cette mutuelle. On a mis plus de personnel, plus de médicaments, et une réorganisation du circuit du malade» (H2).

Le problème de la surtarification

Au niveau du centre de santé ce thème a été abordé de façon indirecte en sondant l'opinion des agents sur le régime des primes. C'est à ce niveau 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 surtarification.

Il est difficile de se faire une idée exacte de l'impact financier de la mutuelle sur le revenu des agents et de comprendre leur perception des primes et leur attitude vis-à-vis des mutualistes à ce sujet. D'une part, ce qui est convenu entre la mutuelle et le centre de santé est moins que ce que les prestataires avaient demandé: «Ce qu'on avait demandé, ils ont dit que cela ne pouvait pas aller» (CS1). D'autre part, plus il y a des mutualistes, plus la prime est élevée: «Quand on travaille beaucoup, on voit beaucoup de cas et quand on voit beaucoup de cas les recettes en donc les primes augmentent» (CS1). Ou encore: «La réforme du régime des primes liées au rendement est introduite au centre de santé pour assurer davantage la motivation des agents. Plus il y a des adhérents, plus les primes des agents de santé augmentent» (CS2). Il semble que le personnel qualifié ait accepté et soit plutôt favorable au système de primes mis en place: «Je suis satisfait des primes actuelles» (CS2). C'est le personnel contractuel, non qualifié et dont le revenu dépend entièrement des recettes du centre de santé, pour lequel ce système n'est pas satisfaisant: «Si le budget était élevé ... C'est fonction de la production et la prime varie chaque mois» (CS3).

B. Criel *et al.* **La difficulté du partenariat entre professionnels de santé et mutualistes**

Les interviewés du niveau hospitalier s'ouvrent plus sur l'influence de la mutuelle sur la surtarification: «La surtarification disparaît» (H1). Cet impact se faisait déjà sentir avant le lancement proprement dit de la mutuelle: «Les communautés ont fait des remarques pertinentes: le mauvais accueil dans les services de santé, la surtarification. Ces remarques ont été prises en compte et des corrections ont été apportées» (H3). Cet interlocuteur donne l'exemple d'un comité d'accueil informel des malades qui existait à l'hôpital et qui «se faisait payer pour soignant aider le malade» (H3). C'est l'étude préparatoire qui a mis en évidence cette pratique et qui a permis d'y mettre fin.

Les interlocuteurs des niveaux administratifs sont bien conscients du problème de la surtarification et pensent que la mutuelle «pourrait constituer un moyen de répondre à la plainte des usagers comme de la population quant à la surtarification» (MSP4). Un seul des interlocuteurs trouve qu'il faut prêter plus d'attention à la rémunération des agents de santé: «On est en train de faire une étude au niveau du centre de santé, on estime la surtarification à au moins quatre millions par semestre. Avec le niveau actuel des primes versées par la MUCAS au personnel on ne peut compenser cela ...La mutuelle doit aussi garantir des primes de performance plus importantes que ce n'est le cas actuellement» (IRS1).

L'impact de la mutuelle sur les relations entre soignants et soignés

Un terme qui revient souvent dans les interviews aux niveaux opérationnels est celui de «l'exigence» des mutualistes. Certains répondants perçoivent l'exigence des mutualistes de façon positive: «C'est positif, car ça améliore notre travail» (CS2), 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: «Oui les mutualistes sont plus exigeants, ils se sentent forts de quelque chose, ils savent qu'ils doivent être bien reçus...» (CS2). Et encore: «Les mutualisés quand ils viennent, on dirait qu'ils sont chez eux, ils ne se gênent pas. Les autres ils se réservent d'abord» (CS1); «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...» (CS1).

Cette question d'égalité entre les mutualistes et les autres utilisateurs semble réellement préoccuper les personnels du centre de santé. Au début, les mutualistes voulaient être soignés avant les autres, mais «on a dit que le premier arrivé est le premier servi» (CS3). Et en ce qui concerne

l'augmentation de la gamme de médicaments: «Ces nouveaux médicaments sont là pour tous, les autres patients (non mutualistes) doivent être servis de la même manière» (CS1).

Les répondants du niveau hospitalier rapportent qu'il n'y a aucune différence de comportement entre mutualistes et non mutualistes. Ils font cependant remarquer que le mutualiste chargé des relations avec les établissements de soins, qui représente les adhérents et qui soumet les plaintes, est perçu comme exigeant: «Par l'intermédiaire de leur chargé des relations avec les établissements de soins, ils manifestent leurs désapprobations: s'ils sont mal reçus, si on les a fait payer de l'argent malgré leur statut (surtarification) ou s'ils sont insatisfaits des services offerts ou frustrés. Les mutualistes ont un agent bien déterminé à les défendre efficacement. Il nous bouscule suffisamment chaque fois qu'un mutualiste n'est pas mis à l'aise» (H1).

Aux niveaux administratifs, la question posée était s'ils pensaient qu'une mutuelle de type MUCAS constituait un levier pour améliorer les relations interpersonnelles entre soignants et soignés. Pour tous les répondants, une mutuelle de santé présente sans aucun doute une occasion pour améliorer ces relations: «Le cadre institutionnel favorise de meilleures relations entre soignants et soignés» (DPS); «C'est le principal résultat que j'attends» (MSP1). Ce dernier interlocuteur ajoute néanmoins que la mutuelle à elle seule ne suffit pas pour améliorer cette relation: «Ceci dit, la mutuelle n'est pas la seule chose à faire pour modifier cet aspect, les services de santé ont aussi des choses à faire.»

La contractualisation entre la mutuelle et les services de santé

Les niveaux administratifs ont été interviewés sur ce qui devrait, selon eux, figurer dans un contrat entre la mutuelle et le prestataire de soins. Certains remarquent qu'un contrat «est un engagement bilatéral» (MSP2) qui «nécessite des engagements de part et d'autre» (IRS2). Pourtant, l'énumération des dispositions qui devraient figurer dans un contrat concerne plus ce qui est attendu des prestataires que ce qui est attendu des mutualistes. Il s'agit surtout de garantir en relation avec le paquet de prestations et de la qualité des soins. Tous les répondants des niveaux administratifs sont favorables à l'extension des contrats au secteur privé. Ils décrivent le mieux les obligations des prestataires qui devraient être repris dans un contrat en donnant les conditions que les prestataires privés devraient remplir: ils doivent respecter un paquet minimum d'activités, utiliser des médicaments essentiels, respecter des arrangements spécifiés pour la référence et respecter les tarifs fixés. Les interviewés partagent l'opinion que le contrat doit préciser l'exigence de qualité des soins et doit

B. Criel *et al.* **La difficulté du partenariat entre professionnels de santé et mutualistes**

définir des critères de qualité. Le personnel de santé doit être qualifié; «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» (MSP3).

La mutuelle de son côté doit «respecter les échéances de paiement selon les procédures définies» (MSP2). Deux interlocuteurs du niveau national précisent que la mutuelle doit aussi respecter la politique de soins des prestataires. «Par exemple, si une procédure n'exige pas de RX ce n'est pas à la mutuelle de le réclamer» (MSP2). Les prestataires ne doivent pas être contraints à répondre à n'importe quelle demande: «Le contenu du contrat devrait se discuter pour arriver à un consensus» (MSP4).

Les interlocuteurs des niveaux opérationnels ne perçoivent pas l'aspect 'bilatéral' du contrat. Tous les commentaires concernent plutôt les obligations des prestataires et leurs efforts pour répondre aux exigences des mutualistes. «La mutuelle ne cesse d'exercer une pression à notre niveau dans le cadre du respect des engagements contenus dans le contrat entre eux et nous» (H1).

Malgré cette «pression», l'existence d'un contrat entre prestataires et utilisateurs est perçue comme un facteur positif par tous les intervenants. Le contrat est considéré comme un outil de gestion qui clarifie et améliore les relations, le rôle et les obligations de chacun. «Le respect de ce qui est mis dedans suite aux négociations est une obligation» (IRS2). Au niveau de l'hôpital, les interlocuteurs signalent que, à l'exception de quelques problèmes au début, ils ne rencontrent pas de difficultés pour réaliser les dispositions du contrat. Les causes de ces difficultés initiales étaient l'information insuffisante du personnel hospitalier sur les nouvelles procédures (H1) et sur les cartes de membres de Maliando (H3); et l'information insuffisante de certains patients qui pensaient que toute maladie était couverte à l'hôpital (H2). En plus, «tous les cas litigieux ont été réglés à l'amiable avec la participation effective des représentants des mutualistes ... Le chargé des relations avec les établissements de soins est bien apprécié pour son sérieux et son dynamisme. Il exerce une pression morale assez forte sur les prestataires de soins. Il est bien connu de nous tous ici» (H1), et ceci malgré le fait qu'il n'y a eu que 12 patients mutualistes référés la première année et 32 la deuxième année sur un total de 4500 nouveaux cas par an au centre de santé.

La perception du partenariat

Comme suggéré plus haut, les effets du partenariat sont avant tout perçus d'une seule façon: «... à travers le dialogue, la mutuelle va améliorer la qualité des prestations, car le partenariat est exigeant» (H3). Bien qu'on parle de «dialogue», ce ne sont que les «exigences» des

mutualistes qui sont à l'ordre du jour. Pour mieux répondre à la demande et pour renforcer le partenariat entre service de santé et mutuelle, un agent de santé trouve qu'il faudrait «assurer la supervision interne active pour induire des changements dans les comportements des agents du centre de santé. Organiser une formation appropriée des agents du centre de santé pour les rendre capables d'offrir des services dans le contexte du partenariat» (CS2).

Deux répondants des niveaux administratifs se rendent compte de ce déséquilibre et insistent sur le fait que «le pouvoir ne peut pas être d'un seul côté. C'est à travers les réunions de concertation et le respect du contrat qu'on peut améliorer les choses» (IRS2). «On devrait faire en sorte que le personnel trouve son compte dans le modèle. On s'est trop appesanti sur la satisfaction de la population» (MSP2).

Pourquoi le faible taux d'adhésion?

Les réponses font apparaître de multiples hypothèses expliquant le faible taux d'adhésion. Les interviewés invoquent le manque d'information et de compréhension de la population, leur manque de confiance dans les associations, la qualité des soins encore insuffisante et l'exclusion géographique et financière. Plusieurs répondants mettent en cause le manque d'information et de sensibilisation de la population: «Il faut qu'on renforce la sensibilisation, le message n'est pas bien transmis ... Beaucoup de gens ne sont pas au courant» (CS1). D'autres estiment que tous n'ont pas compris le fonctionnement de ce modèle importé dont les modalités diffèrent des tontines et des associations traditionnelles: «Les gens n'ont pas compris le risque lié à la maladie» (MSP2); «Nos populations ne sont pas habituées à ce type d'association, ce n'est pas dans la culture» (H3).

La plupart des répondants estiment que les gens n'ont pas suffisamment confiance dans le système. Ils soulignent les mauvaises expériences antérieures: «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» (CS2).

Le faible taux d'adhésion s'expliquerait aussi par l'insatisfaction des mutualistes par rapport à la qualité des soins. Dans l'opinion de l'infirmier qui tient un cabinet privé, c'est la seule cause de la faible adhésion: «Les soins ne sont pas de bonne qualité. Les gens le mentionnent. Ils ne sont pas satisfaits des soins» (CSp). Selon lui les patients se plaignent d'abord de l'accueil, ensuite des médicaments qu'ils reçoivent. Selon un agent du centre de santé, «l'insatisfaction des usagers mutualistes à cause de la triade 'aspirine-chloroquine-cotrimoxazole', malgré l'augmentation de la gamme des médicaments» est la première plainte des mutualistes (CS2). Les mutualistes demandent de «bons

B. Criel *et al.* **La difficulté du partenariat entre professionnels de santé et mutualistes**

médicaments», mais à cause de la «limitation dans la prescription du fait de l'ordinogramme à suivre» le personnel du centre de santé ne peut pas prescrire les médicaments que les mutualistes préféreraient (CS2). «Lors de la campagne de collecte des cotisations, il est mis dans l'esprit des mutualistes qu'ils vont recevoir de bons médicaments et le bon médicament dans la tête des gens c'est l'injectable» (CS2). Les observations de l'interlocuteur du niveau préfectoral à ce sujet vont dans le même sens. Concernant les soins donnés par l'infirmier du cabinet privé, il trouve que : «Il semble qu'il répond systématiquement aux vœux du malade (par exemple, à toute demande d'injection) ce que nous ne pouvons pas faire non plus de par notre déontologie. » (DPS). Par contre, il est conscient que des ruptures de stock au niveau du centre de santé ont influencé la perception de la qualité des soins.

Finalement, les interlocuteurs citent les difficultés financières pour payer l'adhésion. Deux situations particulières invoquées sont les difficultés pour les familles nombreuses dues à l'obligation d'adhésion par ménage (H1) et l'exclusion des plus pauvres (MSP3).

«Renforcer la sensibilisation» (CS2), «continuer à informer la population» (H3), «augmenter l'animation» (IRS2) est la solution la plus souvent avancée pour améliorer l'adhésion. Certains interlocuteurs donnent des idées plus spécifiques pour une meilleure campagne d'information. Pour éviter toute frustration à cause de médicaments prescrits, il faut informer les mutualistes sur le bon usage des injectables et des médicaments oraux (CS2). Plusieurs interlocuteurs mentionnent l'importance de résultats positifs pour stimuler l'adhésion, et suggèrent d'utiliser la satisfaction des bénéficiaires pour motiver les autres : il faut «compter sur les gens satisfaits du service pour influencer les autres» (CS3) ; «il faudrait montrer que les malades mutualistes ont bénéficié de soins, que des résultats ont été obtenus, puis comparer les frais d'adhésion avec les frais qu'ils auraient eu s'ils n'avaient pas été mutualisés» (H4).

D'autres suggestions concernent des interventions qui peuvent être menées au niveau du système de santé lui-même. Il faut «une sensibilisation de l'administration sanitaire» (MSP2), c'est-à-dire convaincre et obtenir l'appui de toutes les autorités. Il faut avant tout améliorer la qualité des soins : «amélioration de la crédibilité des établissements de soins... La qualité des soins commence par l'accueil, l'écoute au cours de la conversation, la prescription, la disponibilité des produits, le respect des tarifs. L'offre de services appropriés se mesure aussi par le taux élevé de guérison, de satisfaction des patients. Enfin, on peut avoir des résultats surprenants en évitant les frustrations des patients pour quelque motif que se soit, car votre publicité va se répandre comme une onde» (H1).

Positionnement des acteurs par rapport à l'extension du modèle

Le personnel hospitalier se montre très favorable à la mutuelle et souhaite une clientèle uniquement composée de mutualistes : «Plus les utilisateurs de services hospitaliers sont des mutualistes, mieux cela vaut» (H1). Plusieurs raisons sont invoquées. Il y a d'abord les bénéfices d'une référence rapide : «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» (H2). Ensuite, il y a les avantages administratifs et financiers pour l'hôpital : «... ça facilite le travail infiniment» (H3); «Le système de prépaiement est une meilleure méthode pour le financement de l'hôpital» (H3).

Aux niveaux supérieurs, tous sont favorables à l'extension des mutuelles de santé à d'autres régions du pays : «au plus tôt cela commencera, au mieux ce sera» (IRS1). L'interviewé du niveau préfectoral, cependant, est plus réticent. Il trouve qu'il vaut mieux commencer petit et garder le contrôle : «Si vous ajoutiez encore beaucoup de mutuelles la Direction préfectorale ne pourra pas suivre».

Le personnel du centre de santé également émet des réserves par rapport à la mutuelle et ne souhaite pas une clientèle 100% mutualiste : «jusqu'à 35 ou 40% des usagers peuvent être mutualistes. Je préférerais que ce soit 30%, pas plus» (CS3). Et encore : «Le seuil raisonnable ne doit pas dépasser 25%» (CS4).

L'infirmier qui tient un cabinet privé a enregistré une légère baisse des consultations depuis le démarrage de Maliando. Il serait prêt à signer un contrat avec la mutuelle et pour cela il est d'accord d'agrandir son local, d'utiliser des médicaments essentiels et de démarrer des activités préventives. Mais en contrepartie, il souhaiterait pouvoir garder sa clientèle privée et utiliser pour celle-ci des médicaments autres que les médicaments essentiels.

Le rôle et l'utilité de l'Equipe préfectorale de promotion de la mutuelle (EPPM)

La question du rôle et de l'utilité de l'Equipe préfectorale de promotion de la mutuelle (EPPM) a été discutée avec les professionnels au niveau hospitalier, préfectoral et régional.

Le rôle de l'EPPM n'est pas clair. Un des intervenants hospitaliers ne connaît même pas son existence. Un deuxième, membre de l'EPPM, précise que le rôle de cette équipe est d'assurer le suivi du travail fait par l'équipe du projet PRIMA, d'assurer la continuité des actions et l'extension du modèle, et d'entreprendre des études de faisabilité dans d'autres zones. Un des répondants du

B. Criel *et al.* **La difficulté du partenariat entre professionnels de santé et mutualistes**

niveau régional estime que le rôle de l'EPPM est d'assurer le prolongement de l'initiative après l'arrêt du projet de recherche PRIMA.

Les opinions des répondants divergent concernant le rôle éventuel de l'EPPM dans la dynamisation communautaire: pour l'un l'EPPM est l'acteur adéquat pour mettre en place le processus d'animation communautaire alors que pour l'autre ce n'est pas un rôle souhaitable car l'EPPM est partenaire dans le contrat. Selon ce dernier, il faudrait collaborer avec des structures existantes, par exemple avec «le directeur des micro-réalisations de la préfecture qui pourrait même jouer le rôle de point focal de l'EPPM. L'avantage c'est qu'il est fondé de pouvoir à la préfecture en matière d'animation communautaire et contact permanent avec les décideurs préfectoraux. ... L'EPPM doit être nécessairement multisectorielle » (H1).

L'opportunité de l'introduction de la MUCAS pour redéfinir les aires de santé

Ce thème n'étant pas du ressort des personnels du centre de santé et de l'hôpital n'a pas été abordé avec eux.

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 sur l'aire administrative. Le niveau préfectoral est favorable à une redéfinition afin d'améliorer l'accès aux services: «Pourquoi ne pas carrément changer les populations de responsabilité et les faire correspondre à la réalité?» (DPS). Mais les interlocuteurs régionaux et nationaux mettent en avant les difficultés administratives et politiques de telles modifications: «Le découpage administratif existe et tant sur le plan administratif que politique c'est difficile à modifier» (MSP2); «... la discussion de la carte sanitaire a été longue et jusqu'à présent les avantages de se conformer aux limites administratives l'emportent sur le reste» (MSP4).

Plusieurs ont une attitude pragmatique et ne trouvent pas que cette réforme est une priorité: «Il ne faut pas exagérer l'importance de cette découpe» (MSP1); «Cela peut fonctionner sur ce mode et c'est d'ailleurs ce qui se passe. Les gens vont consommer les soins où ils veulent» (MSP2).

Discussion

Des différences sensibles de perception apparaissent entre les professionnels de santé et la population quand il s'agit d'interpréter le faible taux d'adhésion à la mutuelle. Pour les personnels de santé, la faible adhésion s'explique d'abord par un manque d'information et de compréhension de la population et la solution consisterait à mieux l'informer et la sensibiliser. L'étude de la perception du

modèle MUCAS par la population, interrogée à travers des discussions de groupe focalisées conduites dans la même période, indique qu'aussi bien mutualistes que non mutualistes ont bien compris les principes qui sous-tendent la mutuelle, ainsi que les bénéfices qu'ils pouvaient en attendre (Criel et Waelkens 2003). Le manque de confiance, une deuxième hypothèse explicative avancée par les professionnels de santé, a également été réfuté dans l'étude de la perception de la population. Les participants aux discussions de groupe focalisées ont peu fait référence à des expériences antérieures négatives dans le domaine de la microfinance et l'intégrité des personnes responsables de la gestion de la mutuelle n'est jamais remise en question. Par contre, pour les utilisateurs, une offre de meilleure qualité – surtout au niveau du relationnel – dans le centre de santé public avec lequel la mutuelle a établi un contrat motiverait la majorité des utilisateurs à rejoindre Maliando. Pour les personnels du centre de santé, cette qualité de l'offre est maintenant un fait avec l'élargissement de la gamme des médicaments. Cette divergence de perception pourrait être un premier signe du manque de communication réelle entre les prestataires et les mutualistes.

Un deuxième signe qu'un dialogue réel ne s'est pas établi et que les professionnels ne perçoivent pas pleinement l'importance du dialogue se manifeste à travers leur description de la mutuelle mise en place. Pour les personnes interrogées, Maliando est avant tout une association communautaire d'entraide. L'aspect associatif est perçu par l'ensemble des répondants qui ont donc conscience d'une certaine dynamique sociale sous-jacente. Mais leur perception de cette dynamique ne semble pas s'étendre aux relations avec les prestataires de soins. La plupart des interviewés réduisent la mutuelle à son rôle technique d'assureur. Le rôle potentiel de la mutuelle comme partenaire des prestataires ne semble pas être reconnu.

Aux niveaux administratifs et gestionnaires, il apparaît que les répondants sont favorables au modèle pour des motifs théoriques. Ils se rendent compte de la nécessité d'améliorer la qualité des soins qui est au centre des exigences des utilisateurs, et ils supposent que la mutuelle va permettre un certain nombre d'améliorations. Mais le projet PRIMA ne semble pas avoir donné une idée précise de ce qu'elle peut raisonnablement accomplir et atteindre. Aux niveaux opérationnels, la perception de ce que sont des soins de qualité se cantonne avant tout aux aspects techniques. L'impact de la mutuelle au niveau hospitalier est surtout perçu en terme d'organisation avec une simplification du travail administratif. Même l'accueil des malades est réduit à ses aspects techniques: la diminution du temps d'attente par l'amélioration du circuit du malade. Au centre de santé, l'impact de la mutuelle sur l'offre des soins est perçu en terme d'augmentation de la gamme des

B. Criel *et al.* **La difficulté du partenariat entre professionnels de santé et mutualistes**

médicaments et le personnel ne met pas en doute la qualité de leurs prestations. Dans leur perception, l'accueil ne fait apparemment pas partie de l'offre proprement dite. Pourtant, les personnels du centre de santé sont tous au courant des plaintes des usagers au sujet de la qualité des soins et de l'accueil en particulier. Visiblement, ils se sentent désemparés devant cette doléance et ne savent pas comment y répondre.

Soulignons la préoccupation récurrente des prestataires 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 de traiter chacun en fonction de ses besoins. Il y a là certainement besoin de clarifier les choses avec le personnel du centre de santé qui semble plutôt réfractaire à une amélioration qui ne bénéficierait qu'aux mutualistes. Mais alors, pourquoi ne pas conclure que ce serait dans l'intérêt de tous les patients de devenir mutualistes? L'opinion des personnels du centre de santé que seulement une minorité des usagers devrait adhérer à la mutuelle suggère qu'ils aient des préoccupations auxquelles la mutuelle ne répond pas adéquatement. L'une de ces préoccupations pourrait bien être l'impact de la mutuelle sur leurs propres revenus. Il est bien connu que la surtarification est un problème récurrent dans les structures de santé publique en Guinée. La description des pratiques d'un centre de santé de Conakry en est un témoignage éloquent (Diallo et Camara 2003). Depuis l'introduction de la mutuelle, le système de remboursement forfaitaire des prestations par virement et les systèmes de contrôle introduits ont sans doute mis à mal les pratiques de surtarification 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 au sein du personnel de santé. Plusieurs cas de surtarification (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 de santé à rembourser les montants indûment perçus, tant au centre de santé qu'à l'hôpital (Sylla *et al.* 2002). Enfin, une étude réalisée en 1999 sur le financement du centre de santé de Yendé (Djan *et al.* 2002), visant entre autres à quantifier la surtarification, a dû également mettre les nerfs du personnel du centre à rude épreuve et entraver les relations avec les mutualistes. Les résultats de cette étude suggèrent que la surtarification s'élève presque au quart des recettes. Il était estimé que 60% du bénéfice théorique du centre de santé viendrait de la surtarification sans que ceci ne soit officiellement comptabilisé.

Lors des interviews des personnels de santé, le sujet de la surtarification n'a pas été abordé directement avec les agents du centre de santé. Les interviews n'ont porté que

sur le changement du système de primes. Les discussions de groupe conduites avec la population, par contre, font clairement ressortir qu'il y a toujours un malaise au sujet des paiements informels. Si les mutualistes sont moins bien reçus au centre de santé, selon la population, c'est parce que la mutuelle diminue les avantages financiers des agents du centre de santé (Criel et Waelkens 2003), un argument que certains des personnels du centre de santé ont contesté. Pour comprendre ce que les différents acteurs entendent vraiment par le terme 'accueil', il faudrait une discussion plus franche au sujet de la surtarification qui en constitue probablement un élément important. Cette discussion devrait aussi tenir compte du point de vue des prestataires et pas seulement des exigences des mutualistes pour arriver finalement à une situation de gain mutuel.

Un intervenant du niveau régional qui n'hésite pas à aborder le sujet de la surtarification avec pragmatisme avance qu'il faudrait plus de supervision, mais aussi que la mutuelle paye des primes de performance plus substantielles. Les autres intervenants des niveaux administratifs signalent la nécessité d'arrêter la pratique de surtarification sans faire mention de la position des prestataires. Aucun intervenant n'aborde le sujet des salaires nominaux.

Les répondants des niveaux administratifs abordent la problématique de la qualité des soins surtout lorsqu'il est question du contrat et peu ou pas lorsqu'il était question de la description du modèle MUCAS. Tous spécifient qu'un contrat devrait comprendre des critères de qualité : le renforcement de la qualité devient alors une condition qu'ils jugent fondamentale. Bien qu'ils mentionnent le «respect des tarifs», ils entrent très peu dans le détail des critères de qualité qui concernent surtout les qualifications des prestataires, le paquet de soins et la disponibilité de médicaments essentiels.

La présence de médicaments 'de qualité' est un facteur de toute grande importance pour les usagers et en même temps une source de conflit avec les prestataires au niveau du centre de santé. En témoignent les observations des professionnels que les mutualistes ne devraient pas «demander n'importe quoi» et s'en tenir aux stratégies thérapeutiques des prestataires; ou encore que les mutualistes devraient être mieux informés sur ce que sont «de bons médicaments». De son côté, l'infirmier qui tient un cabinet privé dit ne pas avoir d'objection à prescrire des médicaments essentiels dans l'optique d'un contrat avec la mutuelle. Il insiste néanmoins qu'il souhaiterait tout de même garder une clientèle 'privée' à laquelle il peut prescrire d'autres médicaments.

La question de l'influence de la demande sur les prescriptions par les prestataires est universelle (Holloway *et al.* 2002). La discussion sur les limites du «pouvoir» des mutualistes et celui des professionnels de santé de définir de

B. Criel et al. La difficulté du partenariat entre professionnels de santé et mutualistes

la stratégie thérapeutique devrait prendre une place importante dans le dialogue entre prestataires et mutualistes. Le respect de cette stratégie par les mutualistes pourrait, comme le suggèrent certains interviewés, être stipulé explicitement dans le contrat entre la mutuelle et le prestataire.

Bien que le contrat signé dans le cadre de la mutuelle soit considéré un outil valable pour la gestion de la qualité, et bien que la majorité des agents de santé considère que les «exigences» des mutualistes peuvent aider à améliorer les soins, plusieurs interlocuteurs indiquent que la mutuelle à elle seule ne constitue pas un levier suffisamment puissant pour garantir des soins de qualité. Le développement de mutuelles de santé devrait donc s'insérer dans une démarche plus globale d'amélioration de la qualité et aller de pair avec des interventions contribuant à la promotion d'une culture de professionnalisme dans les systèmes de santé africains (Blaise et Kegels 2001). Il faudrait en outre investir dans la formation des agents de santé au dialogue, à la négociation et au partenariat.

L'approche partenariale, en effet, semble avoir été insuffisamment intériorisée par les professionnels de santé. Les hypothèses de travail de la recherche PRIMA peuvent avoir contribué à cet état de choses. En effet, l'implication des prestataires et des usagers à la mise en pratique du modèle ne devrait pas se limiter à l'objectif de répondre autant que possible «aux attentes des bénéficiaires et à ce que l'offre peut donner», mais bien aux attentes de tous les acteurs et aux compromis que tous acceptent de faire. Les personnels ne semblent pas avoir été assez préparés à la nouvelle donne. Les interviews donnent à penser que les personnels ont subi la mise en place de la mutuelle plutôt que d'en être un acteur. Quasi personne n'évoque les engagements que la mutuelle doit prendre et respecter – même si le niveau national souligne l'obligation de la mutuelle de respecter les échéances de remboursement des prestations. Encore une fois, il ne s'agit pas d'un réel partage de responsabilité.

Les répondants des niveaux centre de santé et préfectoral expriment leur malaise face à leur rôle dans le développement de la mutuelle. Ils soulignent l'insuffisance de leur préparation et les doutes quant à leur compétence en la matière.

Finalement, cette recherche indique que la stratégie de mise en place d'Equipes préfectorales de promotion de la mutuelle (EPPM), conçues comme des instruments 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. En effet, on attend à ce que des équipes de professionnels de santé aiment des communautés qui vont ensuite dénoncer, s'ils sont honnêtes et

osent le faire, la qualité médiocre d'une offre dont ces mêmes promoteurs sont responsables.

Conclusion

Une des caractéristiques importantes de PRIMA était l'effort consenti tout au long de la vie de ce projet à 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. L'équipe de recherche a tenté de créer un climat de 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 à tous les acteurs concernés.

Cependant, l'analyse de la perception du modèle MUCAS par les agents de santé a mis en évidence un manque de compréhension, un malaise et, pour certains d'entre eux, parfois même une résistance par rapport au modèle. Le projet PRIMA a trop insisté sur les problèmes des usagers et des moyens pour y remédier et n'a pas suffisamment tenu compte des questions et des appréhensions des agents de santé. Or, il y a du point de vue des agents de santé des raisons rationnelles pour ne pas appuyer, voire même opposer, le développement de mutuelles de santé. En effet, le fonctionnement d'une mutuelle de santé comme Malindo implique pour les agents de santé une exigence de plus grande transparence et de responsabilité devant l'organisation mutualiste, et une remise en question de leur travail qui aurait du être mieux accompagnée. L'importance de cet aspect a été insuffisamment reconnue par l'équipe de recherche malgré ses bonnes intentions et l'énergie investie dans l'organisation des différents moments de concertation entre teneurs d'enjeu.

Une leçon importante peut être tirée de cette expérience pour des initiatives similaires dans d'autres situations. Il s'agit de la nécessité d'une prise de conscience par les promoteurs d'initiatives mutualistes d'un défi majeur auquel ils font face: si les mutuelles de santé veulent réellement constituer une contribution significative à la performance des systèmes de santé africains, alors il faudra concevoir et opérer des systèmes mutualistes dans lesquels les attentes et craintes des agents de santé sont d'abord mieux identifiées, et ensuite mieux prises en compte. Ceci devra nécessairement passer par un exercice complexe et difficile d'explicitation des intérêts, enjeux et agendas, possiblement contradictoires, des différents acteurs impliqués dans le processus de développement de la mutuelle. Au vu du caractère obligatoirement délicat de ce genre de discussions, il faudra les organiser avec le tact et la patience

B. Criel *et al.* **La difficulté du partenariat entre professionnels de santé et mutualistes**

nécessaire. La tâche pour les promoteurs est considérable: gérer le champ de tensions intrinsèque qui existe entre teneurs d'enjeu et éviter que celui-ci ne se transforme en zone de conflit. Il faut donc progressivement arriver à mettre en place des situations *win-win*: c'est-à-dire un montage de mutuelles de santé qui soient des constructions financières, sociales, techniques et institutionnelles mutuellement bénéfiques pour les utilisateurs aussi bien que pour les professionnels de santé. Un vaste champ de recherche reste à explorer: sous quelles conditions est-ce qu'une mutuelle de santé peut-elle contribuer à un authentique développement professionnel des prestataires des soins bénéfique à tous? Une difficulté additionnelle, et de taille, qui apparaît est le fait que la culture de transparence, d'*accountability* et de participation inhérente au modèle mutualiste se trouve en porte à faux avec la culture médicale bureaucratique qui prévaut encore dans beaucoup de systèmes de santé Africains. Dans un contexte comme celui de la République de Guinée, où le dialogue entre services de santé et population s'est enlisé malgré les progrès spectaculaires réalisés depuis la mise en œuvre de l'initiative de Bamako, le partenariat est quelque chose qui doit se construire et s'apprendre progressivement. Difficile certes, mais pas impossible.

Références

- Atim C. (1998) *The Contribution of Mutual Health Organizations to Financing, Delivery, and Access to Health Care: Synthesis of Research in Nine West and Central African Countries*. Abt Associates Inc., Bethesda, MD.
- 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, 30-31 August*, pp. 25-41.
- Criel B, Sylla M, de Béthune X *et al.* (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* (eds HTO Davies, M Tavakoli, M Malek & AR Neilson) Ashgate Publishing Ltd, Aldershot, pp. 100-117.
- Criel B. & Waelkens M. (2003) Declining subscriptions to the *Maliando* Mutual Health Organisation in Guinea-Conakry (West Africa): what is going wrong? *Social Science and Medicine* 57, 1205-1219.
- Diallo Y. & Camara M. (2003) Conakry: Le centre de santé public de Gbessia-port. In: *Conakry: Le centre de santé public de Gbessia-port. Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest* (eds Y Jaffré & JP Olivier de Sardan) Editions Karthala, Paris.
- Djan B., Tafsir C. & von Roenne F. (2002) L'économie du centre de santé de Yendè. In: *Le projet PRIMA en Guinée Conakry. Une expérience d'organisation de mutuelles de santé en Afrique rurale* (eds B Criel, A Barry & F von Roenne) Medicus Mundi Belgique, Bruxelles, pp. 112-118.
- Galland B. (1996) *Création de mutuelles de santé en Guinée Forestière. Etude d'opportunité, Rapport préliminaire*. Centre international de développement et de recherche (CIDR), Autrèches, France, pp. 1-44.
- 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, 381-394.
- Holloway K., Gautam B., Harpham T. & Taket A. (2002) The influence of user fees and patient demand on prescribers in rural Nepal. *Social Science and Medicine* 54, 905-918.
- Le Projet PRIMA en Guinée Conakry (2002) Test du modèle de Mutuelle Communautaire d'Aire de Santé (MUCAS) en Guinée Forestière dans la période 1996-2000. In: *Une expérience d'organisation de mutuelles de santé en Afrique rurale* (eds B. Criel, A. Barry & F. von Roenne) Medicus Mundi Belgique, Bruxelles, 17-120.
- Letourmy A. (1998) *Etude pour une stratégie d'appui aux mutuelles de santé*. Rapport à l'intention du ministère des Affaires étrangères, Paris.
- 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.
- Soucat A, Gandaho T, Levy-Bruhl D *et al.* (1997) Health seeking behaviour and household health expenditures in Benin and Guinea: the equity implications of the Bamako Initiative. *International Journal of Health Planning and Management* 12, 137-163.
- Sylla MB, Barry AN, Diallo Y *et al.* (2002) Test du modèle de Mutuelle Communautaire d'Aire de Santé (MUCAS) en Guinée Forestière dans la période 1996-2000. In: *Le projet PRIMA en Guinée Conakry. Une expérience d'organisation de mutuelles de santé en Afrique rurale* (eds B Criel, A Barry & F von Roenne) Medicus Mundi Belgique, Bruxelles, pp. 17-62.

Auteurs

Bart Criel (auteur pour toute correspondance), **Jean Van der Vennet** et **Maria-Pia Waelkens**, Département de Santé Publique, Institut de Médecine Tropicale, Nationalestraat, 155, 2000 Antwerpen, Belgique. E-mail: bcriel@itg.be
Alpha Ahmadou Diallo, Ministère de la Santé publique, Conakry, Guinée.
Axel Wiegandt, Medicus Mundi Belgique.