

# **L'Union des Mutuelles de Guinée Forestière**

## **Guinea Forestière**

Groupe de Travail du CGAP sur la Microfinance  
Bonnes et Mauvaises Pratiques  
Etude de Cas n°17

Bruno Gautier, Allan Boutbien and Bruno Galland – Décembre 2005

# Sommaire

<b>Remerciements</b> .....	<b>ii</b>
<b>Liste des Sigles et Abréviations</b> .....	<b>iii</b>
<b>Résumé</b> .....	<b>iv</b>
<b>1. Le contexte</b> .....	<b>1</b>
1.1 Rôle de l'Etat dans le secteur des assurances.....	3
1.2 Aperçu du marché des assurances.....	3
1.3 Rôle de l'Etat dans la protection sociale.....	5
1.4 Profil de la micro-assurance.....	7
<b>2. L'institution</b> .....	<b>9</b>
2.1 Historique de l'institution .....	9
2.2 Développement organisationnel.....	17
2.3 Ressources .....	23
2.4 Assistance externe.....	23
2.5 Procédures de gestion du risque.....	24
2.6 Répartition et distribution des bénéfices.....	26
2.7 Investissement des réserves .....	27
2.8 Réassurance .....	27
<b>3. Les mutualistes</b> .....	<b>29</b>
3.1 Conditions d'implantation .....	30
3.2 Principaux facteurs de risques et de vulnérabilité.....	31
3.3 Relation entre les risques clients et les services proposés par l'institution .....	33
3.4 Familiarité avec l'assurance.....	34
<b>4. Les produits</b> .....	<b>35</b>
4.1 Partenaires.....	37
4.2 Méthodes de distribution.....	38
4.3 Prestations.....	39
4.4 Calcul de la cotisation.....	39
4.5 Collecte des cotisations.....	44
4.6 Gestion des demandes de prise en charge .....	47
4.7 Gestion du risque et mesures de contrôle.....	50
4.8 Marketing.....	51
4.9 Satisfaction des membres.....	53
<b>5. Les résultats</b> .....	<b>55</b>
5.1 Information de gestion .....	55
5.2 Résultats d'exploitation .....	55
5.3 Résultats financiers.....	56
5.4 Impact sur les politiques de protection sociale .....	58
<b>6. Le développement de produits de micro-assurance</b> .....	<b>60</b>
6.1 Formulation des produits .....	60
6.2 Analyse des risques et définition des outils .....	61
6.3 Les coûts de développement des produits.....	61
<b>7. Conclusions</b> .....	<b>63</b>
7.1 Perspectives .....	63
7.2 Résumé des points clés .....	64

## Remerciements

Cette étude a été réalisée à la demande du Groupe de Travail du CGAP sur la Micro Assurance en juin 2005. Elle a été réalisée par Bruno Gautier, Expert technique en charge du programme sur le terrain de mars 2002 à mars 2005, Bruno Galland Directeur de Recherche en charge du suivi méthodologique du programme et Allan Boutbien un consultant externe, expert en gestion des risques qui a pris part à son évaluation en novembre 2002.

Bien que l'étude ait été écrite par des personnes qui ont pris part directement ou indirectement à la réalisation du programme, il n'a pas été dans leur intention de démontrer son succès mais plutôt de mettre en évidence ses forces et ses faiblesses. De ce point de vue le rôle du consultant a été très utile.

## Liste des Sigles et Abréviations

ACF	Action contre la Faim
AFVP	Association française des Volontaires du Progrès
SSB	Service de Santé de Base
CA	Conseil d'Administration
CIDR	Centre International de Développement et de Recherche
CIMA	Conférence Inter Africaine du Marché des Assurances
FANAF	Fédération des Assureurs Nationaux d'Afrique Francophone.
GNF	Franc Guinéen
GTZ	Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit
FMI	Fonds Monétaire International
IMF	Institution de Microfinance
IS	Institut de la Statistique (Québec)
MSP	Ministère de la Santé
MURIGA	Mutuelle pour la prise en charge des risques liés à la grossesse et à l'accouchement
N.D	Non disponible
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non gouvernementales
ONSS	Office National de Sécurité Social
ONUSIDA	Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
PIB	Produit Intérieur Brut
PMA	Paquet Minimum d'Activité
PNLS	Programme National de Lutte contre le Sida
PNUD	Programme des Nation Unies pour le Développement
PPTÉ	Pays Pauvres très Endettés
RC2	Projet de Relance Café-Cacao
SAM	Système d'Assurance Maladie
SIG	Système d'Information de Gestion
UGAR	Union Guinéenne d'Assurances et de Réassurances
UMSGF	Union des Mutuelles de Santé de Guinée Forestière
UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

## Résumé

L'Union des Mutuelles de Santé de Guinée Forestière (UMSGF) est une Association de Mutuelles de santé mise en place dans le cadre d'un programme initié en 1999 par le Centre International de Développement et de Recherche (CIDR) en République de Guinée.

L'industrie de l'assurance en général est peu développée en Guinée et la micro assurance maladie est un concept nouveau, ignoré tant du public-cible que des prestataires de soins.

La Guinée Forestière est une région à forte potentialité agricole. Elle est peuplée d'ethnies différentes, regroupées dans des villages relativement isolés des principaux pôles urbains. L'opportunité de promouvoir la micro assurance maladie a été établie à l'issue d'études préalables qui ont révélé les difficultés financières importantes de la population-cible pour accéder aux services de santé, malgré les tarifs relativement modérés, pratiqués par les services publics. Ces exclusions des soins pour motifs financiers étaient liées à la forte concentration des revenus sur quelques mois de l'année et à l'existence de périodes de soudure monétaire prolongées.

Le CIDR est une organisation non gouvernementale, qui, depuis 1961, travaille dans différents secteurs du développement. L'ONG a pour but d'organiser des acteurs de l'économie informelle pour les aider à assumer leur responsabilité dans la réponse à leurs besoins d'appui technique, économique et financier. En particulier, le CIDR intervient dans les secteurs suivants : micro finance, promotion de petites entreprises, appui au processus de décentralisation, micro assurance et gestion des services de santé. Dans le domaine de la micro assurance, CIDR a utilisé différentes approches adaptées à différents contextes :

- Réseaux régionaux de Mutuelles de santé au Bénin (20 000 bénéficiaires) et en Guinée (14 000 bénéficiaires), Tanzanie, et Kenya.
- Union des Comores : Sécurité sociale villageoise à adhésion automatique.
- Mali : Collaboration entre une mutuelle de santé et une institution de micro finance.
- Ouganda : Système de crédit assurance cogéré avec un hôpital à but non lucratif.

Par ces initiatives, le CIDR appuie l'émergence d'un mouvement social dans le processus de développement des politiques de santé pour réduire les dysfonctionnements chroniques des systèmes de santé comme les ruptures d'approvisionnement en médicaments, la mauvaise qualité de soins et les paiements illégaux.

En Guinée, le CIDR a choisi d'organiser la gestion et la gouvernance de la micro assurance, selon les principes de la mutualité, compte tenu du contexte marqué par des dynamiques sociales fortes (cohésion villageoise et organisations d'entraides multiples) et par l'absence d'organisations sociales ou professionnelles formelles pouvant organiser la gestion ou la distribution des produits.

Le programme en cours s'est déroulé en trois phases : Une phase pilote de tests de produits de micro assurance et des modalités d'organisation des mutuelles (1999-2002), une phase de consolidation avec la création d'un réseau régional de mutuelles (2002-2005) et une phase

d'institutionnalisation organisant le retrait progressif de l'appui apporté par le CIDR (2005-2007).

Le crédit santé géré par des groupements d'entraide et l'assurance maladie avec remboursement des membres ont été testés au cours de la phase pilote. Ils ont rapidement été abandonnés au profit de produits d'assurance plus attractifs proposant le tiers payant dans les services de santé publics.

Depuis sa création, le réseau mutualiste a connu une croissance interne et externe régulière. En 2005, l'UMSGF comptait 21 mutuelles rurales et 7 mutuelles urbaines, regroupant 2 656 familles pour un total de 14 071 ayants droit, soit près de 100 familles par mutuelle, l'équivalent d'environ 10 % du public-cible dans ces zones.

Pour répondre à la demande et aux capacités de financement du public-cible, les mutuelles ont dû concevoir des produits à faible coût (1,3 € par personne et par an en 2005), couvrant les hospitalisations médicales et interventions chirurgicales dans les services de santé publics. Les produits ont progressivement été adaptés à la diversification de l'offre de soins, avec la montée de prestataires privés sociaux. L'offre de prestation a également connu des modifications à la demande des mutualistes, avec l'inclusion de la prise en charge des soins ambulatoires.

En cinq ans, la stratégie de gestion de la micro assurance maladie adoptée a permis aux mutuelles de santé de constituer des capitaux propres suffisants (19 500 € sur cinq ans pour un volume annuel de cotisations collectées de 12 000 € pour l'exercice 2004/05) pour se lancer dans la diversification des produits. Elles bénéficient d'un système de garantie qui donne accès à un fonds d'intervention en cas de diminution des réserves en dessous d'un seuil de sécurité.

Le projet a mis en place une Unité Technique Spécialisée pour organiser les fonctions de suivi et de gestion du risque qui dépassent les compétences des mutuelles primaires. Très prochainement, les cadres de l'équipe technique (gestionnaire du risque et médecin) seront employés par l'UMSGF. La couverture des charges des structures du réseau est l'enjeu majeur de l'UMSGF dans les prochaines années. Pour bénéficier des services de l'Unité Technique et prendre en charge les coûts de l'Union, les mutuelles devront consacrer 17,5 % du montant des cotisations collectées.

La montée en puissance des mutuelles avec l'augmentation de leurs effectifs est le défi que les mutuelles et l'UMSGF doivent relever pour atteindre leur autonomie financière. Le seuil de viabilité a été établi à plus ou moins 60 000 bénéficiaires assurés. Cet objectif pourra être atteint avec le maintien d'une qualité des prestations offertes par les formations sanitaires conventionnées et le maintien du pouvoir d'achat du public-cible.

En l'absence de législation spécifique régissant ce type de mutuelles de santé, celles-ci ont adopté un statut associatif à titre provisoire. L'UMSGF participe à la réflexion en cours au niveau national pour élaborer un projet de Loi adapté à la spécificité de ses activités en Guinée.

## Leçons : Aspects techniques

### *Formulation du produit*

Bien que les principes mutualistes attribuent aux membres le choix des prestations, le pouvoir d'induction initial de l'opérateur est fort. Il doit disposer d'une bonne connaissance du pouvoir d'achat et des attentes du public-cible pour concevoir des produits attractifs et accessibles à une part significative de la population.

Le positionnement initial du prix de vente du produit au-dessus de son prix de revient réel s'est avéré une stratégie appropriée au contexte d'implantation des mutuelles. Il leur a permis de constituer des capitaux propres sans que les membres n'aient à subir des périodes probatoires prolongées. A terme, la conception de produits multiples est un moyen probablement nécessaire pour que les mutuelles puissent faire le plein de leurs adhérents.

### *Stratégie de marketing et de communication*

Des activités spécifiques de sensibilisation, de communication et d'information doivent être menées dans la durée avec le recours à des agents spécialisés. La capacité et la disponibilité des élus mutualistes à prendre en charge seuls ces activités ne doivent pas être surestimées. Il s'agit d'un investissement initial que les mutuelles ne sont pas en mesure de financer sur leurs ressources propres.

L'adhésion des membres par l'intermédiaire de groupements mutualistes est apparue utile car elle facilite la collecte de leurs cotisations, améliore la circulation de l'information et lorsque nécessaire, est un moyen d'organiser la représentation des membres au sein des organes de gouvernance.

### *Gestion et contrôle du risque maladie*

Le comportement des prestataires de soins a une incidence majeure sur la viabilité des produits d'assurance maladie. Des mesures de suivi et de contrôle spécifiques sont à mettre en place. Le recours à un médecin conseil et à des agents d'accueil des mutualistes au sein des formations sanitaires sont deux mesures utiles pour prévenir les litiges ou les conflits possibles entre les mutualistes et les personnels soignants d'une part et entre les mutuelles et les services de santé d'autre part.

### *Leçons tirées des clients*

Le programme a choisi comme public-cible, de faire bénéficier de services de micro assurance maladie des populations non organisées, à revenus modestes et dont le niveau d'éducation moyen est faible (en milieu rural principalement). Le niveau de contribution constaté rend improbable l'atteinte de l'autonomie financière complète du réseau avec ce seul public-cible. La fourniture de services de l'Unité Technique à d'autres entités mutualistes est à considérer de préférence à la diversification des publics-cibles au sein de l'UMSGF qui pourrait l'exposer au risque de détournement de sa mission initiale.

## Leçons : Aspects institutionnels

L'atteinte du niveau d'autonomie de gestion maximum des mutuelles doit être une préoccupation constante de l'opérateur d'appui. Il doit veiller à ne pas imputer aux élus mutualistes des charges de gestion courante de la micro assurance qu'ils ne pourraient pas assumer dans la durée. Le recours à des gestionnaires, indemnisés à hauteur de 5 % des cotisations collectées, apparaît comme une option efficace pour les maintenir dans leurs fonctions. La capacité limitée des mutuelles à gérer la micro assurance maladie de façon professionnelle doit être prise en compte.

Ainsi, il a semblé opportun pour leur pérennité de structurer les mutuelles au sein d'un réseau régional. En phase de structuration, la répartition des responsabilités, des fonctions et des tâches entre les mutuelles primaires et le niveau central doit être définie de façon précise en concertation avec les élus, en veillant à donner le maximum d'autonomie aux élus et aux gestionnaires dans la gouvernance et la gestion de leurs mutuelles.



## 1. Le contexte

La Guinée, premier producteur de bauxite du monde, contrôle 40 % du commerce mondial et est un pays potentiellement riche. Le secteur des mines et de l'exploitation des ressources contribue pour plus de 30 % du PIB (2004). L'agriculture et la pêche, dont vivent la majorité des guinéens, ne représentent pas plus de 25 % du PIB.

Pourtant, avec un PNB par habitant de 390 \$, la Guinée est un des pays les plus pauvres du monde. Plus de 50 % des Guinéens vivent avec moins de 1 \$ par jour. La faiblesse des performances économiques, l'acuité des problèmes économiques et sociaux, les dérives budgétaires ont entraîné un retrait des bailleurs de fonds et le gel, en 2004, des subventions du FMI prévues dans le cadre du programme PPTE. L'Union Européenne (et ses pays membres) représente plus de trois quart de l'aide dont bénéficie le pays qui s'élevait à 18 \$ par habitant (2002).

Malgré une politique active en faveur de l'éducation et de la santé, les conditions de vie des guinéens restent précaires, comme le montre le tableau 1.1.

**Tableau 1.1 : Données macroéconomiques**

Guinée		Source
PIB (en milliards de \$ U.S.)	3.08	FMI
Population (en millions)	8 600 000	PNUD
Densité de population au km <sup>2</sup>	31	
Population urbaine/rurale (pourcentage)	34.5	PNUD
PIB per capita (en \$ U.S.)	390	2003 FMI
Taux de croissance du PIB	4.8 %	2003 FMI
Inflation <sup>1</sup>	6.0 %	2003
Taux de change (Francs guinéens pour 1 €) <sup>2</sup>	2 438	2004
PIB per capita (Parité du pouvoir d'achat)	16	OMS – 2002
Mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes)	98 – 136	UNICEF 2000
Mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000)	229 – 177 <sup>3</sup>	UNICEF
Mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	1 600	2001 UNICEF
Accès à l'eau potable (% de la population)	52 %	2001 PNUD
Dépenses de santé en pourcentage du PIB	5.8 %	2002 IS Québec
Dépenses de santé per capita (\$ U.S.)	13	
Nombre de médecins pour 1 000 habitants	488 médecins hospitaliers	MSP/GTZ
Nombre de lits d'hôpitaux pour 1 000 habitants	2 833 lits	MSP/GTZ

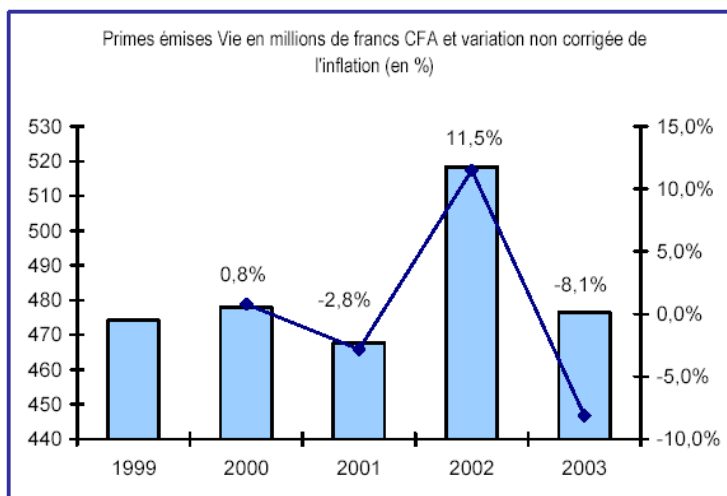
1€=655.9 FCFA

<sup>1</sup> En 2003, le taux d'inflation constaté avoisinait en réalisé 15 %

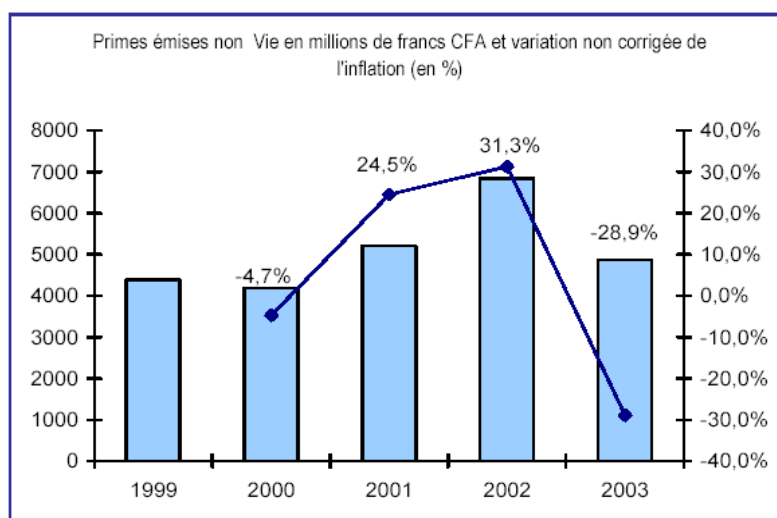
<sup>2</sup> 1 Euro = 1 463 GNF (2000); 1 Euro = 1 715 GNF (2001); 1 Euro = 1 740 GNF (2002); 1 Euro = 2 000 GNF (2003); 1 Euro = 2 438 GNF (2004); 1 Euro = 3 800 GNF (2005). Ces taux de change seront utilisés pour les calculs des données en GNF courants.

<sup>3</sup> Selon la région du pays.

**Diagramme 1.1 : Primes d'assurance vie (en millions de francs CFA) et variation non corrigée de l'inflation**



**Diagramme 1.2 : Primes d'assurance non-vie (en millions de francs CFA) et variation non corrigée de l'inflation**



Source : FANAF (Fédération des Assureurs Nationaux d'Afrique Francophone), Chiffres du marché 2003, Edité en février 2005

Le marché guinéen des assurances est faiblement développé. Il est par exemple 10 fois plus petit que le marché sénégalais et 2 fois plus petit que le marché malien. Dans la zone FANAF, seuls deux pays (Burundi et République centrafricaine) ont des marchés des assurances moins développés que le marché guinéen. Comme l'indique le tableau 1.2, l'année 2003 a été marquée par une sérieuse baisse du montant des cotisations qui ont diminué de 27,4 %. Cette baisse s'explique essentiellement par la délocalisation hors Guinée de l'assurance des risques miniers. Par ailleurs, la part de l'assurance vie est inférieure à 10 % des cotisations émises. Cela traduit un faible recours à l'assurance comme moyen d'épargne ou de prévoyance.

## 1.1 Rôle de l'Etat dans le secteur des assurances

La Guinée se caractérise par le faible développement de l'assurance qui vise prioritairement le marché des entreprises et des particuliers. Alors que l'assurance automobile est obligatoire, des dysfonctionnements importants sont constatés au sein des régimes d'assurance sociale (Caisse Nationale de Sécurité Sociale) et ne permettent pas l'atteinte des objectifs de ces organismes publics. Le développement, au bénéfice du secteur informel, de la mutualité (micro-assurance santé) est récent.

La législation applicable au secteur des assurances, fixée par les ordonnances n° 103/PRG/86 du 28 mai 1986 et n° 080/PRG/87 du 22 décembre 1987 portant respectivement libéralisation du marché des assurances et réglementation de l'exercice de l'activité des organismes d'assurance en République de Guinée, a été abrogée en 1998. Cette législation a été réaménagée en s'inspirant du code des assurances des Etats membres de la CIMA (Conférence Interafricaine du Marché des Assurances).<sup>4</sup>

Les textes précédents étaient devenus insuffisants pour faire face à l'évolution du secteur des assurances et du contexte économique et financier de la Guinée. Ces textes omettaient notamment des dispositions sur l'assurance vie et le fonctionnement des sociétés mutuelles d'assurance. Un manque était également éprouvé en termes de directives prudentielles traitant entre autres des réserves techniques et des placements admissibles. Il était encore constaté l'absence de dispositions sur la barémisation des dommages corporels et la réglementation des agents et intermédiaires d'assurance. Par ailleurs, un Décret du 11 octobre 1994, réglementant la mutualité sociale en Guinée, n'est généralement pas appliqué, ce qui fragilise le développement du marché.

## 1.2 Aperçu du marché des assurances

Les compagnies d'assurance concentrent leurs activités sur le marché de l'assurance IARDT<sup>5</sup> (incendie, responsabilité civile, transport, automobile...). A l'instar des pays de la zone CIMA, les assurances responsabilité civile automobile et l'assurance transport à l'importation sont obligatoires. L'obligation pour les entreprises de souscrire leurs polices d'assurance (dommages, responsabilité civile) auprès des compagnies locales n'est pas toujours respectée et son application est difficilement contrôlable.

Les compagnies d'assurance ne prospectent pas le milieu informel. Ce segment du marché ne les intéresse pas car il impose une capacité commerciale de proximité et une capacité d'organisation difficilement mobilisable. Ces conditions sont difficiles à remplir de par le problème général de ressources humaines qualifiées dans le secteur des assurances. Par voie de conséquence, les actifs du secteur informel ne bénéficient d'aucune protection que ce soit dans le domaine de la santé ou d'autres.

---

<sup>4</sup> La Guinée n'a pas ratifié le traité CIMA en vigueur dans les autres pays de l'Afrique francophone mais a adopté son arsenal législatif en s'en inspirant.

<sup>5</sup> IARDT c'est-à-dire Incendie - Accidents - Risques Divers - Transports

**Tableau 1.2 Cotisations du marché des assurances**

Cotisations	1999	2000	2001	2002	2003	Variation 2003-2002
FCFA (.000)	4 862 004	4 659 974	5 672 787	7 358 496	5 341 940	-27,4%
Milliers d'€	7 412,72	7 104,70	8 648,86	11 218,93	8144,44	-27,4%

Le marché des assurances est confronté à plusieurs handicaps qui entravent son plein développement et non des moindres, le fait que l'économie guinéenne ne se développe pas de manière significative ; le PIB 2003 est inférieur au PIB de 1999 (voir tableau 1.3).

**Tableau 1.3 : Inflation, PIB et Population (1999-2003)**

	1999	2000	2001	2002	2003
Taux d'inflation	4.6 %	6.8 %	5.4 %	3.0 %	6.2 %
PIB	1 096.6	1 108.4	1 140.6	984.8	1 003.1
Population	9.8	10.0	10.2	8.7	8.8

PIB en milliards de francs CFA : Population en millions

Entre autres obstacles, on peut mentionner :

Les plus importants investissements sont réalisés dans le secteur minier, qui est susceptible de ne pas recourir au marché guinéen des assurances. Celui-ci n'a pas la capacité suffisante pour la prise en charge des risques industriels.

Le nombre de compagnies opérant sur le marché est réduit, ce qui contredit les possibilités d'une offre d'assurance compétitive et de qualité.

Ainsi, seule une compagnie d'assurance vie, l'UGAR, qui représente 70 % du marché, a déclaré officiellement ses résultats à la Fédération des assureurs nationaux d'Afrique Francophone (FANAF).

Bien que les intermédiaires d'assurance soient nombreux, leur contribution se limite à l'apport d'affaires commerciales aux compagnies.

Les autorités de contrôle et de régulation éprouvent des difficultés à exercer convenablement leur mission par défaut de moyens et par manque de pouvoir de coercition.

Le respect des assurances obligatoires n'est pas pleinement effectif et rejoint en cela à la fois la défaillance de la capacité de contrôle du marché et d'effectivité des contrôles réalisés par les forces de l'ordre. Cette situation n'est pas exclusivement guinéenne mais, plus largement, africaine.

**Tableau 1.4 : Aperçu du marché des assurances**

Rubriques	Observations
Nom de l'organe de régulation des assurances	Ministère des Finances (Banque Centrale).
Responsabilités principales des autorités de régulation	Les autorités de régulation ont en charge la supervision et le contrôle des opérations d'assurance, les directives prudentielles, la barémisation des sinistres corporels, la réglementation des intermédiaires d'assurance, les procédures de règlement à l'amiable et d'arbitrage de façon à ne plus surcharger les tribunaux.
Capital minimum exigé pour l'obtention d'une licence d'assurance	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Le capital social minimum des sociétés anonymes d'assurances est fixé à un milliard de francs guinéens.</li> <li>▪ Le fonds d'établissement minimum est de 300 millions de francs guinéens pour les sociétés mutuelles visées (article 151 du code des assurances)</li> <li>▪ Pas de mention de la micro-assurance.</li> </ul>
Autres exigences clés conformes à la réglementation	Des dispositions sur les engagements réglementés, les actifs réglementés ainsi que la procédure de sauvegarde sont prévus. Le mode de calcul des provisions techniques en assurance dommages et en assurance de personnes est précisé.
Capital minimum exigé pour une société de réassurance	N.D.
Nombre d'assureurs privés détenteurs de licence	Quatre assureurs privés détenteurs de licence
Montant des cotisations annuelles des assureurs privés sous licence	20,6 milliards de GNF (2003)
Montant des cotisations annuelles d'autres assureurs sous licence	Inférieur à 100 millions de GNF en 2003
Nombre de réassureurs	0
Autres organisations non réglementées qui proposent des services d'assurance	109 organisations mutualistes en 2003

### 1.3 Rôle de l'Etat dans la protection sociale

Le gouvernement prend théoriquement en charge les dépenses de santé des fonctionnaires au travers de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS). Dans la pratique, cette protection n'est pas assurée. Il en est de même pour les travailleurs affiliés à la CNSS qui ne bénéficient pas de prestations durant les huit premiers jours de maladie. L'allocation de ressources publiques partiellement financées par l'aide étrangère, constitue la principale mesure pour favoriser l'accès aux soins des populations. Les tarifs des prestations de santé figurent parmi les plus bas d'Afrique de l'Ouest.

En 2003 et 2004, les hôpitaux ont reçu des subventions du Ministère de la Santé (MSP) pour leur permettre de prendre en charge gratuitement les personnes indigentes. Dans les faits,

faute d'un système efficient de détection, les prises en charge des personnes indigentes dans les structures hospitalières sont rares.

Le système de santé Guinéen est organisé autour de districts sanitaires comprenant deux niveaux : Le Centre de Santé Communautaire (auquel est souvent rattaché un ou plusieurs postes de santé intégrés) et l'hôpital de District. Le Centre et les postes de santé n'offrent que des prestations de soins ambulatoires et de prévention (vaccination, consultation prénatale). Ils réalisent également des accouchements simples. Les cas de maladie en dehors du champ du PMA (paquet minimum d'activités), sont référés à l'Hôpital de District qui dispose du plateau technique pour prendre en charge les hospitalisations médicalisées les plus courantes et effectuer les interventions chirurgicales de base (hernie simple et étranglée, laparotomie, césarienne). Les cas dépassant la compétence de l'hôpital de district sont référés à l'hôpital régional de N'Zérékoré. C'est à ce niveau que l'on trouve les services spécialisés de base : Pédiatrie, gynécologie, obstétrique.

Le mode de tarification officiellement en vigueur dans les structures sanitaires est le système du forfait qui couvre, pour la prestation considérée, l'ensemble des soins, des examens et des médicaments. En cas d'hospitalisation, le forfait couvre également « l'hébergement » du malade. La tarification est censée garantir le recouvrement d'une partie des coûts de fonctionnement des structures (hors coût de personnel) et de réapprovisionnement en médicaments. L'augmentation très nette du coût des approvisionnements observée depuis 2001 n'a pas été accompagnée par une évolution des tarifs ou une augmentation des subventions attribuées par le niveau central. De ce fait, la situation financière des structures sanitaires en Guinée s'est fortement dégradée.

**Tableau 1.5 : Tarifs 2003 des prestations de soins subventionnées par l'Etat (en €)**

Forfaits Globaux (avec médicaments)	Hôpital de district	Hôpital régional de référence
Hospitalisation médicale adulte	6	7,5
Intervention chirurgicale majeure	15	20
Accouchement simple	1,5	2,6
Consultation ambulatoire curative	1,5	2,4

Le Ministère de la Santé a créé récemment un « point focal » ayant en charge la coordination du développement des mutuelles de santé dans le pays. Cette cellule se limite à un rôle de promotion et de suivi des initiatives dans le pays. Par ailleurs, la contractualisation avec des organismes mutualistes fait l'objet d'une promotion au niveau des établissements hospitaliers. Les premières contractualisations entre mutuelles et hôpitaux ont été appuyées et validées par le Ministère de la Santé.

<sup>7</sup> Concertation entre les acteurs du développement des mutuelles de santé en Afrique. Inventaire des systèmes d'assurance maladies dans onze pays – octobre 2004.

## 1.4 Profil de la micro-assurance

Sous l'impulsion de différents opérateurs, la micro assurance se développe essentiellement dans le secteur de la santé et surtout dans le milieu rural. Différentes approches sont en cours de test :

MURIGA (financement Unicef et Banque mondiale) : Essentiellement destinées à la prise en charge des complications d'accouchement (référéncé et césarienne), les « Mutuelles pour la prise en charge des risques liés à la Grossesse et à l'Accouchement » sont mises en place par l'administration sanitaire décentralisée en relation avec les communautés. Il ne s'agit pas véritablement de systèmes mutualistes autogérés et elles sont jugées peu fonctionnelles.

Mutuelles de santé sous préfectorales (financement et réalisation GTZ) : Implantées dans 3 préfectures de la moyenne Guinée, ces mutuelles assurent principalement une prise en charge des soins primaires dans les centres et postes de santé.

Mutuelles de producteurs (promue par l'ONG Nantes Guinée, financement Ministère français des Affaires Etrangères,) : Créées sur la base de deux organisations de producteurs pré existantes, ces mutuelles prennent en charge l'ensemble des soins primaires, avec certaines références dans les structures hospitalières (transport et une partie des soins). L'une des mutuelles collabore avec un dispensaire associatif également lié à l'organisation de producteurs.

Mutuelles de Santé de Guinée Forestière. Ces mutuelles qui font l'objet de cette étude, sont financées par le Ministère français des Affaires Etrangères, l'Union Européenne et promues par le CIDR.

En dehors des MURIGA, qui ne disposent pas d'un statut juridique, l'ensemble des mutuelles créées dans le cadre des expériences ci-dessus, sont déclarées comme associations auprès du Ministère de l'Administration du Territoire et de la Décentralisation. L'inventaire des organisations proposant des produits de micro assurance, réalisé en 2004 a recensé 109 organisations mutualistes dont 55 systèmes d'assurance maladie fonctionnels (36 en milieu rural), avec environ 35 000 bénéficiaires à jour de leur cotisation<sup>7</sup>. La taille moyenne par SAM est de l'ordre de 600 bénéficiaires et le chiffre d'affaires total estimé des 55 SAM ne dépasse pas 100 millions de GNF (soit moins de 100 000 US\$). Près de la moitié des structures recensées sont des MURIGA (51) dont les effectifs sont mal connus et qui sont souvent non fonctionnelles.

Malgré le niveau encore très faible des effectifs couverts, le secteur de la micro assurance à gestion mutualiste est en forte croissance sous l'impulsion du MSP et des bailleurs de fonds. Le MSP, via sa direction des établissements hospitaliers, est très favorable au développement de la micro assurance. Il perçoit ces initiatives comme la possibilité d'augmenter l'accessibilité de la population aux soins, tout en améliorant le recouvrement des coûts des structures hospitalières.

De même, le Ministère de l'Administration du Territoire et de la Décentralisation facilite l'octroi des agréments associatifs aux nouvelles mutuelles qui démarrent leur activité. Une réflexion est en cours au niveau de ces Ministères, ainsi qu'au Ministère des Affaires Sociales, pour la mise en place d'une législation spécifique aux mutuelles de santé. En dehors

des MURIGA (dont la promotion et une partie de la gestion sont assurées par le personnel de l'administration sanitaire et les chefs de centre de santé), aucune assistance n'est apportée directement par l'Etat aux mutuelles.



## 2. L'institution

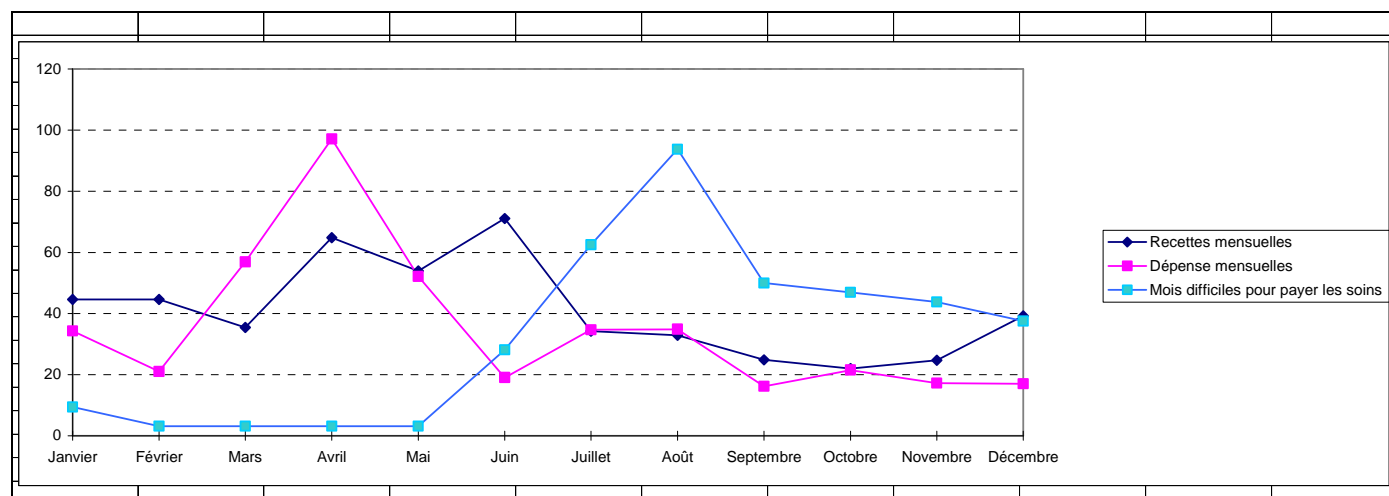
### 2.1 Historique de l'institution

L'Union des Mutuelles Santé de Guinée Forestière (UMSGF) est une institution de statut associatif créée dans le cadre d'un programme mené depuis mars 1999 par le Centre International de Développement et de Recherche (CIDR). Le choix du cadre associatif a été effectué pour organiser la vie démocratique au sein des mutuelles en l'absence de cadre réglementaire adapté.

L'UMSGF se charge de représenter les mutuelles auprès de leurs principaux interlocuteurs (administrations, prestataires de soins) et assure des fonctions de promotion du mouvement mutualiste sur le plan local et national. Elle gère également un système de garantie inter-mutuelles soutenu par le CIDR. L'UMSGF est implantée dans les préfectures de N'Zérékoré, Yomou et Lola, dans la région de la Guinée Forestière au Sud-Est du pays. Ces préfectures sont frontalières du Libéria au Sud et de la Côte d'Ivoire à l'Est. Elles rassemblent une population estimée à plus de 800 000 habitants.

L'UMSGF rassemble l'ensemble des mutuelles créées et appuyées depuis 1999 par le programme d'appui du CIDR. Le choix de la région de Guinée Forestière a été fait par le CIDR suite à la réalisation d'une étude préalable qui a mis en évidence des facteurs d'opportunité et de faisabilité d'un système d'assurance maladie à gestion communautaire (mutuelles de santé). Sur le plan économique, la région de Guinée Forestière est considérée comme une zone relativement riche, avec des agriculteurs disposant généralement à la fois de ressources vivrières et de plantations de rentes.

L'existence d'une capacité à payer une cotisation d'assurance maladie pouvait donc être envisagée. Cependant, la concentration des revenus des agriculteurs durant les premiers mois de l'année avait pour conséquence un manque de disponibilité monétaire dès le mois de juillet, période de forte morbidité palustre. La distorsion entre les courbes de disponibilité monétaire des ménages ruraux et les périodes de forte morbidité était à l'origine d'exclusions considérées comme un facteur d'opportunité important pour le développement de l'assurance maladie.

**Diagramme 2.1 : Origine des difficultés financières des ménages pour payer les soins**

D'autres facteurs ont également permis de croire au succès potentiel de l'assurance santé mutualiste. Ainsi, **sur le plan social**, une forte cohésion des villages ruraux, l'existence d'une culture traditionnelle d'entraide affirmée a été confirmée par la présence de nombreux groupements organisés le plus souvent sur une base ethnique et intervenant lors d'événements tels que les naissances, mariages, décès et maladie. Le nombre de groupements ayant intégré dans leur activité l'entraide en cas de problème de santé était un indicateur des difficultés financières en cas de maladie. Le fait que plus de 80 % des enquêtés des groupements aient déclaré avoir toujours des difficultés pour financer leurs dépenses de soins, traduisait les limites des dispositifs d'entraide traditionnels en cas de maladie. La taille des villages (2 500 habitants en moyenne) était suffisante pour permettre la mutualisation du risque au niveau villageois<sup>8</sup>.

**Sur le plan de l'offre de soins**, l'existence d'une offre publique de soins en position de monopole, fortement soutenue par des bailleurs de fonds et offrant des prestations à des tarifs hautement subventionnés a été identifiée comme un atout supplémentaire. La qualité considérée, après évaluation, comme étant d'une qualité technique acceptable. La disponibilité en médicaments, supérieure à 95 %<sup>9</sup>, était bonne au moment de l'enquête. Néanmoins, le pourcentage d'ordonnances conformes était moins satisfaisant (seulement 51 % en moyenne en Guinée Forestière).

La perception de l'offre de soins est considérée comme un déterminant important de l'adhésion à un système d'assurance. L'image qu'en avait la population-cible du programme a été documentée. Près de 2/3 des enquêtés jugeaient les soins reçus efficaces<sup>10</sup>. Entre 2/3 et 3/4 des répondants ont déclaré être satisfaits de la disponibilité en médicaments. L'écart entre la disponibilité des médicaments constatée dans les services et celle perçue par les usagers des services est un indicateur indirect d'habitude de prescription ou de pratiques illicites non conformes. La présence de pratiques illicites répandues est le facteur critique pouvant

<sup>8</sup> Les mutuelles géraient des risques aux coûts faibles et contrôlés (cf. infra., recours aux forfaits au sein des structures de santé publiques). Le risque d'épidémie a dû quant à lui être réassuré.

<sup>9</sup> Taux de disponibilité = Nombre de jours disponibles des 10 médicaments les plus utilisés sur une année/360\*10

<sup>10</sup> Enquête réalisée par l'Université de Montréal en 1997

compromettre la réussite du programme, puisque les agents de santé n'hésitent pas à conditionner la délivrance des soins à la perception « d'honoraires » non autorisés.

L'impact financier des pratiques parallèles a été mis en évidence lors des enquêtes préalables effectuées dans la zone : La dépense moyenne déclarée pour une hospitalisation (médicale ou chirurgicale), 80 000 FG par épisode, était de loin supérieure aux tarifs officiellement demandés par les services de santé (en moyenne 20 000 FG)<sup>11</sup>. Ces enquêtes ont également mis en évidence l'inégale importance de ces pratiques parmi les prestataires publics. Ce facteur d'échec possible a été pris en compte dans la définition de la stratégie de promotion.

### *La stratégie de promotion des mutuelles*

La mise en place du réseau se réalise depuis 1999 selon une stratégie qui comporte 3 phases :  
Phase 1 : La conception participative des produits et des modalités de gestion de l'assurance maladie par les villages (1999-2002).

Phase 2 : L'extension du réseau et la structuration de l'Union des Mutuelles (2002-2005).

Phase 3 : L'institutionnalisation (2005-2007).

La **première phase** a débuté par un travail d'enquêtes afin de sélectionner les premières zones d'intervention (préfectures de Yomou et de N'Zérékoré) et les sites des premières mutuelles. Sur la base d'un processus participatif impliquant les autorités administratives locales, les représentants de la chefferie traditionnelle et des représentants des villageois, douze associations mutualistes ont vu le jour entre 1999 et 2002 (6 en 2000, 4 en 2001 et 2 en 2002).

Les statuts et le règlement intérieur des associations ont été discutés en vue de définir les modes d'adhésion et de représentation des membres dans les instances dirigeantes, les modalités de gestion des fonds collectés et les délégations confiées aux responsables. Le processus de décision collective a également concerné le choix des garanties apportées par les mutuelles. Le système mis en place est la résultante de différentes adaptations de la méthodologie au cours de la première année, année au cours de laquelle ont été successivement mis en place le micro crédit santé géré par des groupements, puis le remboursement plafonné des prestations.

### *Le micro crédit santé*

Pour apporter un service répondant aux besoins des populations enquêtées, le mécanisme du tiers payant a été privilégié au remboursement des prestations par les mutuelles, les adhérents potentiels ayant exprimé qu'ils n'avaient pas les moyens de se faire soigner pendant les périodes de soudure. Le mécanisme du tiers payant, qui supprime tout ou partie des échanges financiers entre le soignant et le soigné, diminue les pratiques illicites comme la surfacturation. Malheureusement, la mise en place du système de tiers payant supposait l'accord préalable du prestataire, qui n'avait pas été obtenu lors des études préalables. Ce mécanisme de paiement ne constituait pas un objectif durant la conception du réseau. La crainte que les mutualistes assurés ne soient pas correctement pris en charge a donc conduit à une mise en place progressive de l'assurance maladie. Cette crainte était fondée sur

<sup>11</sup> 20 % des enquêtés seulement ont déclaré avoir obtenu un reçu pour le paiement des soins.

le fait qu'un accord « arraché » à un service de santé (hôpital préfectoral ou régional) n'était pas une garantie qu'il soit respecté par les agents du service. L'expérience acquise par le CIDR dans d'autres programmes en Afrique de l'Ouest invitait à la prudence. C'est la raison pour laquelle le lancement du tiers payant a été retardé jusqu'à la fin du processus de négociation avec les services de santé publics.

Dans le souci de satisfaire rapidement les membres des mutuelles, qui attendaient avec impatience le démarrage des prises en charge, le recours au crédit santé en cas de problème leur a été proposé. Cette facilité de paiement n'influaient pas sur la relation financière avec le personnel soignant, mais augmentait la solvabilité du patient. Les communautés considérant que les groupements à l'intérieur du village devaient être la base des futures mutuelles, le programme a soutenu la création de groupements autour de l'activité de crédit. Les crédits étaient accordés pour des maladies graves occasionnant des frais de transport ou d'hospitalisation. Certains groupements octroyaient des crédits lors d'un recours à la médecine traditionnelle. Le montant maximum des crédits variait d'un groupement à l'autre.

Quarante-deux groupements de taille très variable, composés de 421 membres représentant 2 948 bénéficiaires potentiels ont été créés dans les six sites pilotes. Alors qu'il était attendu que les groupements préexistants se montrent candidats pour gérer le crédit santé, la grande majorité des groupements se sont constitués autour de l'activité « crédit ». L'ensemble des groupements a choisi le même type d'outil financier : Crédit sans intérêt plafonné avec trois mois de délais de remboursement. La cotisation au fonds rotatif de crédit a été fixée à 0,8 \$ par ayant droit et le crédit a été plafonné entre 3,5 et 7 \$ selon les groupements. A l'expérience, la taille optimale des groupements est apparue être entre 50 et 100 bénéficiaires pour que le système fonctionne réellement sur l'entraide et non sur une épargne de prévoyance.

### *Prestations aux bénéficiaires*

Au cours de la première année/du premier exercice, 116 crédits ont été accordés par les groupements d'un montant total de 595 US \$, correspondant à un taux de recours au crédit annuel de 8,8 % par personne couverte. Les groupements constitués ont cependant rapidement identifié les limites du crédit santé qui ne couvrait qu'une partie des dépenses engagées pour les cas les plus critiques. A l'initiative du programme, les différents groupements d'un même village ont été invités à se regrouper en une association autour des objectifs généraux suivants : L'entraide dans le domaine de la santé et la prévention, la négociation du tiers payant avec l'offre de soins.

Avant l'aboutissement des négociations avec l'offre de soins, les associations ont lancé un produit d'assurance sur la base du remboursement des prises en charge par les membres du groupe. N'ayant pas encore obtenu l'application de forfaits auprès des prestataires de soin, le remboursement de l'assuré a été plafonné avec application d'une franchise. Le montant maximum octroyé à l'assuré a été calculé par type de pathologie (hospitalisations médicalisées enfant, adulte, interventions chirurgicales) sur la base des coûts estimés à la charge du malade. Malgré les conseils du projet, les membres des associations ont décidé que les interventions chirurgicales programmées et les maladies chroniques seraient prises en charge. Les associations ont entrepris des négociations avec le Syndicat des transporteurs afin de faire bénéficier leurs membres de tarifs préférentiels.

Selon les associations, les remboursements maxima se situaient dans une fourchette de 3 à 15 € et les franchises ont été positionnées entre 6 et 15 €. Un malade, membre d'une association ayant fixé à 15 € le plafond de remboursement et à 6 € la franchise, devait d'abord payer les factures de soins émises par le prestataire à hauteur de 6 €, l'association intervenant pour les montants supérieurs à 6 € et dans les limites de 15€.

Le montant de la cotisation variait entre 1,5 € et 2,2 € par ayant droit et par an. Les cotisations étaient collectées par le groupement qui les transmettait à l'Association. Les membres d'un même groupement étaient solidaires pour le paiement des cotisations. Les droits de tous les membres d'un même groupement étaient suspendus en cas de non-respect des échéances de paiement par le groupement. Une période de carence de 3 mois était appliquée.

Pratiquement, pour qu'un membre soit pris en charge, le groupement adressait une demande écrite de prise en charge à l'association, recevait du gestionnaire de l'association la totalité du montant fixé, accompagnait le malade et se chargeait du paiement des dépenses au-delà de la franchise. Il remplissait une fiche de suivi du malade et la transmettait à l'Association. Si le montant à payer au malade membre du groupement était inférieur au montant versé forfaitairement par l'association, le groupement conservait le solde.

Le paiement plafonné des dépenses de soins des membres a constitué une étape préalable à la mise en place d'un mécanisme de tiers payant avec les prestataires. Il n'offrait qu'une sécurité limitée à l'assuré en raison de l'application d'une franchise et du plafonnement des prises en charge. Les membres des associations étaient informés que ce mode de prise en charge était temporaire et serait remplacé par le paiement direct des prestataires par les Associations après accord des prestataires.

Malgré les limites du produit, des taux de pénétration satisfaisant ont été observés lors du premier exercice : 2 050 personnes étaient couvertes pour une population cible de 17 300 habitants soit un taux de pénétration de 11,8 % (minimum 7 % maximum 36 %).

La prise en charge des indigents, lorsque la situation financière des associations le permettait, a été un des objectifs voulus par les associations. Il ne s'est pas concrétisé pour deux raisons. Il est d'une part très délicat de faire la distinction entre ceux qui ont les moyens de s'acquitter de leur cotisation et ceux qui ne les ont pas. L'idée que n'importe qui peut devenir indigent est très répandue parmi les assurés et la population en général. D'autre part, le projet n'a pas poussé les mutuelles à inclure cette activité jusqu'à ce qu'elles aient atteintes, tout comme le réseau, la viabilité financière.

#### *Le tiers payant*

Une fois les associations créées le projet a mis en oeuvre une démarche de contractualisation dans deux hôpitaux. Les négociations ont porté sur :

- Le principe du tiers payant et les délais de paiement.

- Le choix des prestations soumises au tiers payant.

- La facturation forfaitaire des prestations aux Associations par les prestataires, incluant la délivrance de tous les médicaments nécessaires. Les hôpitaux publics guinéens

appliquaient déjà une tarification forfaitaire des prestations incluant les médicaments. Pour différentes raisons, beaucoup d'hôpitaux publics n'étaient pas en mesure d'éviter des ruptures de stocks. Dans ce cas les malades devaient prendre à leur charge les médicaments prescrits dans les pharmacies privées. La permanence des médicaments constituait une revendication forte des membres des associations.

Les procédures de contrôles du tiers payant pour mettre fin aux pratiques de surtarification.

Les responsables des associations ont été préparés à la négociation, avec l'appui du projet comme facilitateur : Appui-conseil aux associations dans la définition de leur stratégie de négociation et mise en situation, information des prestataires sur les attentes des associations. Les négociations ont eu lieu avec l'ensemble du personnel hospitalier.

Les résultats ont varié d'un hôpital à l'autre. A l'hôpital préfectoral, de plus petite taille, les demandes des associations précitées ont été acceptées sans difficulté. Le Directeur de l'hôpital, personne engagée dans l'amélioration de l'accueil et la lutte contre les surtarifications, a joué un rôle déterminant. Bon gestionnaire, il parvenait à éviter les ruptures de stocks de médicaments dans son hôpital.

L'hôpital de N'Zérékoré n'a quant à lui pas pu s'engager à fournir en permanence les médicaments aux mutualistes hospitalisés. Des conventions ont dû être signées avec des pharmacies privées de la ville de N'Zérékoré avec allocation d'un forfait de 8,42 \$ par malade hospitalisé pour l'achat de médicaments. En contre partie, l'hôpital a accepté de réduire ses tarifs, bien que de façon insuffisante.

Le tableau 2.1 compare les bases tarifaires obtenues par les mutuelles à l'issue de négociations. Le surcoût lié à la non-disponibilité des médicaments à l'hôpital de N'Zérékoré, varie entre 15 et 173 % selon les prestations. A prestation équivalente, l'écart entre le coût des prestations à l'hôpital de N'Zérékoré et les forfaits officiels négociés à l'hôpital de Yomou varie de +24 à +65%.

**Tableau 2.1 : Variations tarifaires entre les hôpitaux**

	Forfait officiel Hôpital de N'Zérékoré	Forfait négocié	Forfait médicaments des mutuelles	Coût total pour les mutuelles	Surcoût pour les mutuelles	Forfait officiel et négocié H. de Yomou	Ecart Yomou % N'Zérékoré
Intervention chirurgicale	21,05 \$	15,79 \$	8,42 \$	24,21 \$	115 %	15,79 \$	65 %
Hospitalisation médicalisée adulte	7,89 \$	5,79 \$	8,42 \$	14,21 \$	180 %	6,32 \$	44 %
Hospitalisation médicalisée moins de 15 ans	3,95 \$	2,37 \$	8,42 \$	10,79 \$	273 %	2,63 \$	24 %
Accouchements compliqués	6,84 \$	4,74 \$	8,42 \$	13,16 \$	192 %	5,26 \$	40 %

Les conventions ont été signées entre l'hôpital de Yomou et les associations en novembre 2000, et en mars 2001 pour l'hôpital et les pharmacies privées de la ville de N'Zérékoré. La signature des conventions avec les mutuelles créées au cours des années suivantes n'a pas posé de problèmes particuliers, les premiers contrats constituant un cadre de référence.

La mise à disposition d'un agent référent<sup>12</sup> n'était pas prévue dans les contrats initiaux. Cette mesure mise en place ultérieurement s'est avérée nécessaire pour limiter les risques de conflits entre les mutualistes et les agents de santé.

**La seconde phase** s'est consacrée à trois principaux objectifs :

Développer le nombre de mutuelles.

Développer la gamme des prestations

Poser les bases de la structuration du réseau.

Entre 2003 et 2005, 17 nouvelles mutuelles ont été créées portant à 28 le nombre de mutuelles du réseau (une mutuelle créée en 2001 a cessé ses activités en 2004).

Les effectifs des mutuelles existantes ont progressé selon les dynamiques propres et le potentiel de chacune. De façon concomitante à cette recherche de nouveaux membres, les mutuelles ont souhaité élargir leur gamme de prestations et de prestataires. Ainsi, à partir de 2002, des conventions ont été signées avec des centres et des postes de santé pour la prise en charge des consultations et des actes de petite chirurgie. A l'inverse, les produits de « crédit santé » ont été progressivement abandonnés par les mutuelles, la demande des adhérents pour ce type de service étant très anecdotique. En novembre 2001, l'Union des Mutuelles Santé de Guinée Forestière a été créée par les 10 mutuelles alors en activité. Depuis, elle intègre chaque année en son sein de nouvelles mutuelles.

**La troisième phase**, de 2005 à 2007, est destinée à préparer l'institutionnalisation du réseau des mutuelles et à réaliser le retrait progressif du projet d'appui du CIDR, sur la base des

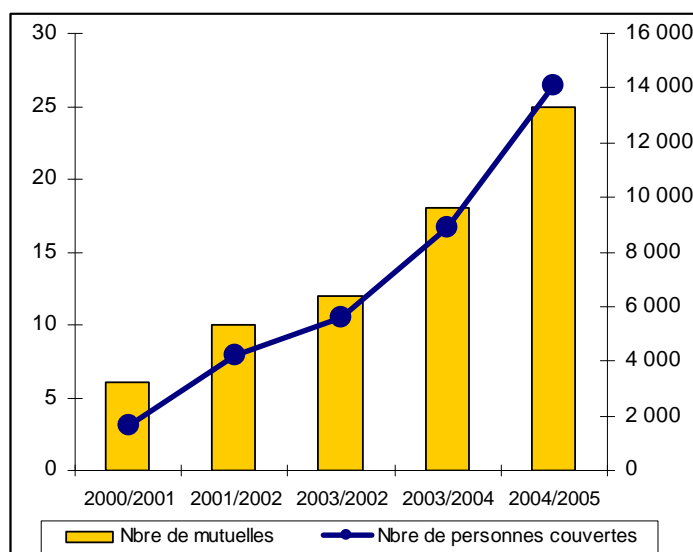
<sup>12</sup> Un agent référent est un membre du personnel hospitalier recruté et indemnisé par l'UMSGF et qui est formé à renseigner les mutualistes sur leurs droits et obligations.

organisations existantes ou restant à créer, ainsi que par la mobilisation des ressources humaines actuellement engagées au sein du projet d'appui.

A chacune de ces étapes, la structuration du mouvement mutualiste s'adapte au contexte d'implantation des mutuelles. En milieu rural, certains villages ont décidé de créer leur propre mutuelle, ce qui a été accepté lorsque le potentiel d'adhésion dépassait 1 000 bénéficiaires. Dans d'autres cas, des villages ne disposant pas d'un potentiel démographique propre suffisant se sont regroupés pour constituer des mutuelles intervillageoises ou sous préfectorales. Deux mutuelles ont été organisées sur la base d'organisations préexistantes d'agriculteurs producteurs d'huile de palme et d'hévéa (cultivé pour son latex dont on tire le caoutchouc).

En milieu urbain, des approches multiples ont été adoptées : Approche territoriale en vue de la création de mutuelles de quartiers, approche socio-professionnelle basée sur des organisations préexistantes (mutuelle des artisans), approche communautaire en relation avec des associations d'entraide actives désirant structurer et développer leurs interventions dans le domaine de l'accès aux soins pour leurs membres. La multiplicité des approches adoptées, associée à une évolution des garanties proposées, a permis à la fois la création d'un nombre important de nouvelles mutuelles chaque année et un développement assez significatif des effectifs de personnes couvertes, comme l'illustre le graphique 2.2.

**Diagramme 2.2 : Croissance des effectifs (2000 – 2006)**





**Tableau 2.2 Principales données d'activités**

Année	2000/01	2001/02	2003/02	2003/04	2004/05
Cotisations collectées (GNF)	5 049 400	13 130 250	15 919 850	28 153 800	45 880 800
Cotisations collectées (€)	3 451,4	7 656,1	9 149,3	14 076,9	18 819
Nombre de prestations maladies prises en charge	87	171	429	670	2 467
Montant des prestations maladies prises en charge (GNF)	1 716 500	3 243 650	5 181 000	7 440 250	16 874 250
Montant des prestations maladies prises en charge (€)	1 173,2	1 891,3	2 977,5	3 720,1	6 921,3

**Encadré 2.1 : Grandes étapes dans l'histoire de l'UMSGF**

Grandes étapes dans l'histoire de l'UMSGF
Démarrage du programme : Avril 1999
Enquêtes préliminaires : Juin-Juillet 1999
Démarrage de l'animation : Août 1999
Démarrage des prises en charge par les groupements (crédit santé) : Août 2000.
Signature des accords avec les prestataires : Novembre 2000- Mars 2001.
Démarrage des prises en charge par les mutuelles avec tiers payant : Novembre 2000 (hôpital de Yomou) et mars 2001 (Hôpital de N'Zérékoré).
Assemblée Générale constitutive de l'UMSGF : Novembre 2001

**Tableau 2.3 : Données de base UMSGF– Evolutions**

	2004/05	2003/04	2002/03	2001/02	2000/01
Montant total de l'actif (en €)	19 597,4	19 256,6	12 814,4	10 103,8	2 619,3
Montant total capitaux propres	12 136	10 426	9 173		
Nombre de mutuelles	25	18	12	10	6
Nombre total d'assurés	14 071	8 859	5 589	4 197	1 622
Nombre d'agents de micro-assurance	11,5	10	8	4,5	3
Renouvellement du personnel (%)	0 %	12,5 %	0 %	20 %	0 %
Nombre d'assurés / Nombre d'agents de micro assurance (%)	1 223	885	698	932	540
Frais de marketing de la micro-assurance	None	None	None	None	None

\* Réseau des mutuelles hors UMSGF

**2.2 Développement organisationnel**

Le mouvement des mutuelles de Guinée Forestière est en cours de structuration. A ce jour, un certain nombre de fonctions sont assumées par l'équipe du projet. La phase d'institutionnalisation qui débute, prévoit le transfert progressif des fonctions spécialisées, assurées actuellement par l'équipe du projet, aux structures locales existantes ou qui devront être créées. Néanmoins, le réseau sera composé de quatre types d'organisations : Les groupements mutualistes, les mutuelles primaires, l'Union des Mutuelles et l'Unité technique.

### *Les groupements mutualistes*

Le groupement mutualiste constitue la structure de base des mutuelles. Il rassemble de 10 à 15 familles se connaissant par ailleurs (habitant le même quartier, appartenant à la même association, pratiquant la même religion, participant à la même tontine...) et disposant d'une certaine confiance réciproque.

Chaque groupement désigne en son sein deux responsables bénévoles (un Secrétaire et un « Président ») qui se partagent diverses responsabilités : La constitution initiale du groupement, l'inscription des familles et des membres, la diffusion des informations sur les prestations, le suivi des malades pris en charge et la collecte des fonds (adhésion initiale et cotisations annuelles d'assurance maladie). Pour ce faire, les responsables disposent d'outils de gestion simplifiés : Registre des membres du groupement, cahier de suivi des cotisations collectées, carnets de reçus. Pour les groupements qui le décident, la possibilité existe de constituer un fonds de « crédit santé » géré de façon informelle au niveau du groupement. Les responsables désignés par ailleurs assument la représentation des familles membres dans le conseil d'administration de la mutuelle.

### *La mutuelle primaire*

La mutuelle est le premier niveau de gestion du risque maladie. Sa base géographique est, selon les cas, de un ou de plusieurs villages d'un même district. Les relations sociales entre les villages voisins ainsi que la taille de la mutuelle (nombre de bénéficiaires) sont les deux déterminants de l'aire géographique de recrutement de la mutuelle. Chaque mutuelle primaire est composée de groupements mutualistes (en moyenne 6.6 groupements en 2005). Est membre de la mutuelle toute famille adhérente à un groupement et à jour de sa cotisation.

A ce jour, l'Assemblée Générale est constituée d'un représentant de chacune des familles membres. Elle élit un Conseil d'Administration (2 membres par groupement) et un Bureau Exécutif composé de 6 membres. L'Assemblée Générale désigne, parmi les adhérents, une personne pour assurer les fonctions de gestion courante (le gestionnaire). Le CA se réunit de façon trimestrielle. Il valide la stratégie générale et les comptes prévisionnels et exerce un contrôle sur le bureau exécutif et le gestionnaire.

Le bureau est impliqué dans le contrôle des mouvements de fonds et supervise le travail du gestionnaire, qui est employé à temps partiel. Le gestionnaire reçoit des indemnités de l'ordre de 7 € en moyenne par mois et est en charge de la gestion courante. Il assume également la représentation externe et s'implique significativement dans les fonctions de marketing et de développement.

### *L'Union des Mutuelles de Guinée Forestière*

L'Union est une structure de la société civile représentant le mouvement mutualiste en Guinée Forestière. L'Union des Mutuelles de Guinée Forestière est investie de 2 principales missions qu'elle devra assumer totalement, une fois le retrait du projet d'appui CIDR effectué :

Une mission politique et de gouvernance du réseau :

- a. Représentation des mutuelles auprès des instances sanitaires.

- b. Appui à la négociation avec les prestataires et contractualisation au nom du réseau.
- c. Supervision de la vie associative des mutuelles.
- d. Définition des règles et validation des engagements du système de garantie.

Une mission de gouvernance de l'Unité Technique dont les principales missions seront :

- e. La formation des gestionnaires et des élus.
- f. La réalisation d'audits médicaux auprès des prestataires de soins.
- g. L'exécution des audits financiers annuels des mutuelles.
- h. L'appui des mutuelles dans les domaines techniques de l'assurance (calcul des cotisations, suivi des fréquences...).

L'Assemblée Générale de l'Union est composée de trois représentants par mutuelle. Chaque mutuelle envoie une personne au Conseil d'Administration qui élit en son sein un Bureau composé de 6 membres.

#### *L'Unité technique*

Les fonctions spécialisées sont actuellement gérées par l'équipe du projet (cadres ou animateurs). Dans la perspective du retrait du CIDR, plusieurs scénarii sont envisageables. Les fonctions spécialisées pourraient être « internalisées » au sein d'une Unité Technique, directement intégrée à l'Union des Mutuelles et qui apportera l'expertise technique et financière dont l'Union et le réseau auront besoin. Cette unité serait alors composée d'un secrétaire général, d'un cadre gestionnaire du risque et finance, d'un cadre chargé du développement des mutuelles (suivi et formation des gestionnaires et des élus), d'un médecin conseil et d'un secrétaire administratif également chargé de la saisie informatique.

Des scénarii d'une « internalisation » moindre à l'Union, avec l'appel à des prestataires extérieurs, sont également envisageables. Ces différents scénarii feront l'objet d'études et de discussions avec les responsables des mutuelles et de l'Union, lors de la troisième phase du programme (2005 à 2007).

#### *Connaissance de l'assurance et expertise*

Le caractère mutualiste du réseau se traduit par une participation directe des élus dans la gestion courante. Comme l'illustre le tableau 2.4, les rôles sont clairement répartis entre les différents acteurs en place dans chacune des organisations du réseau.

**Tableau 2.4 :Rôles et responsabilités actuels des différents acteurs<sup>13</sup>**

	<b>Groupement</b>	<b>Mutuelle</b>	<b>UMSGF</b>	<b>Appui Projet</b>
<b>Production du contrat et Gestion des adhésions</b>				
Qui collecte les cotisations ?	Responsables			
Qui calcule le montant des cotisations ?				Unité technique
Qui fait la mise à jours des registres des membres ?		Gestionnaire		
Qui effectue le recouvrement des cotisations ?		Bureau + gestionnaire		
Qui suit les encaissements ?		Gestionnaire		
Qui recouvre les créances ?		Bureau + gestionnaire		
<b>Gestion des risques</b>				
Qui négocie les projets de conventions avec les prestataires ?		Bureau + gestionnaire		Unité technique
Qui contrôle les facturations des prestataires ?		Gestionnaire		
Qui fait le suivi des fréquences des risques couverts ?				Unité technique
Qui fait le suivi du coût moyen des cas pris en charge ?				Unité technique
Qui effectue le contrôle médical des prises en charges ?				Unité technique
<b>Gestion financière</b>				
Qui prépare le budget prévisionnel ?		Gestionnaire		
Qui effectue le plan de trésorerie ?		Gestionnaire		
Qui élabore le compte de résultat ?				Unité technique
Qui établit le bilan ?				Unité technique
Qui propose l'affectation des résultats ?				Unité technique
Qui enregistre des opérations comptables ?		Gestionnaire		
Qui décide de la résiliation d'un membre ?		Conseil Administration		
Qui contrôle la validité des cartes ?		Gestionnaire		
Qui contrôle la caisse ?		Bureau		
<b>Obligations statutaires</b>				
Qui organise l'Assemblée Générale ?		Bureau + gestionnaire		
<b>Contrôle externe</b>				
Qui effectue les audits ?				Unité technique
<b>Relations extérieures</b>				
Qui gère les relations contractuelles avec les prestataires ?		Bureau	Bureau	

<sup>13</sup> Lorsque le processus d'institutionnalisation sera achevé, l'UMSGF assumera les responsabilités prises en charge par l'équipe technique du Projet.

La compétence en matière de viabilité et de gestion de l'assurance maladie est actuellement apportée par le responsable du programme CIDR. Il est chargé d'en assurer le transfert aux cadres locaux de la future Unité Technique, aux gestionnaires des mutuelles, ainsi qu'aux élus. Le niveau de connaissance et de compétences attendues est défini pour chaque catégorie d'acteurs :

Le gestionnaire mutualiste réalise la gestion courante de la mutuelle, qui consiste à tenir à jour le registre de membres, réaliser le paiement des prestataires et les opérations d'enregistrement comptable. Les gestionnaires sont, en milieu rural, des agriculteurs disposant d'un niveau scolaire primaire ou secondaire. En milieu urbain, ils sont généralement d'un niveau scolaire plus élevé et exercent des métiers dans les secteurs du commerce et de l'artisanat. Ils sont parfois fonctionnaires.

A terme, les gestionnaires réaliseront le suivi des fréquences et des coûts moyens des prestations. Ils établiront les comptes de résultat et les bilans simplifiés et auront par ailleurs la responsabilité du suivi courant des prises en charge auprès des prestataires de premier niveau (centres et postes de santé).

Les responsables élus (bureau des mutuelles et de l'Union) devront disposer d'une plus grande maîtrise des enjeux posés par la contractualisation avec les prestataires de santé, afin d'acquérir une totale autonomie dans le suivi des contrats et la négociation des nouveaux partenariats.

### *Qualifications des salariés*

Une équipe d'animateurs a été constituée au démarrage des activités du projet, puis complétée progressivement en relation avec le développement du réseau. Ils ont participé au processus de recherche action engagé pour définir la méthodologie de création de mutuelles. Ils sont responsables des enquêtes préalables à la sélection des sites, de l'animation communautaire pour la création des nouvelles mutuelles, du suivi de l'activité et de l'accompagnement des élus et gestionnaires sur le terrain.

Quant aux cadres, les compétences en matière d'assurance n'étant pas disponibles sur le marché, le programme a recruté des cadres ayant une formation de base suffisante - un médecin, un comptable, un sociologue et un ingénieur agronome - pour se former dans le domaine spécifique de l'assurance et le développement des organisations mutualistes.

### *Formation des animateurs, cadres et administrateurs*

Tous les animateurs recrutés bénéficient d'une formation initiale dans le domaine de la gestion de l'assurance maladie par des organisations mutualistes. Un travail d'appropriation de la méthodologie, de création et de suivi des mutuelles, est également réalisé. Par la suite, un programme de formation continue est conçu, en relation avec les compétences que les animateurs sont amenés à transmettre aux acteurs mutualistes avec lesquels ils travaillent (gestionnaire, responsables des CA et des bureaux).

Les cadres bénéficient pour leur part d'une formation et d'un accompagnement spécifique, adaptés à leur profil et aux exigences de leur poste. Plusieurs d'entre eux ont réalisé des stages ou des formations à l'étranger (France et sous région). L'analyste des risques a suivi une formation individualisée sur la gestion des risques et un stage au Sénégal, dans une

société privée délégataire de la gestion de contrats d'assurance maladie souscrits auprès d'assureurs privés.

### *Gouvernance*

Comme le présente le tableau 2.5, le réseau comprend 2 niveaux de gouvernance : La gouvernance des mutuelles et la gouvernance de l'Union. Au niveau des mutuelles primaires, la gouvernance est organisée selon les principes de la mutualité : L'Assemblée Générale des membres est l'instance souveraine. Elle a le pouvoir de décider du montant de la cotisation et des prestations couvertes sur proposition du Conseil d'Administration. Elle décide des mandats et du choix des responsables de la mutuelle. Les autres instances (conseil d'administration et bureau) se partagent les fonctions de pilotage, de contrôle, de suivi et de gestion courante.

Au niveau de l'Union, les fonctions de gouvernance sont encore relativement limitées. Elles se développeront dans l'avenir avec la nécessité d'assumer la gouvernance du système de garantie et de l'unité technique (fonctions actuellement assurées par le projet). La gouvernance de l'Union reposera alors sur deux principes d'action :

L'UMSGF formera les gestionnaires et les élus des mutuelles primaires. Ce transfert de savoir-faire sera un travail récurrent.

L'Union procédera à un audit médical et financier individualisé des mutuelles du réseau. Ce transfert de responsabilité est important dans la structuration du réseau.

**Tableau 2.5 : Responsabilité des instances gouvernantes**

	<b>Mutuelle</b>	<b>UMSGF</b>
<b>Production du contrat et Gestion des adhésions</b>		
Qui décide de l'admission ou de l'exclusion d'un membre ?	Bureau	
Qui décide du montant des cotisations ?	Assemblée Générale	
<b>Marketing et communication</b>		
Qui décide de la politique de communication ?		Bureau
<b>Gestion des risques</b>		
Qui décide de l'exclusion temporaire du droit aux prestations ?	Le gestionnaire	
Qui décide des prestations prises en charge ?	Assemblée Générale	
<b>Gestion financière</b>		
Qui décide du remboursement des prestataires ?	Bureau + Gestionnaire	
Qui valide le budget prévisionnel ?	Bureau	
Qui décide de l'affectation des résultats ?	Conseil Administration	
Qui valide l'affectation des résultats ?	Assemblée Générale	
Qui décide des placements financiers ?	Conseil Administration	
Qui décide de la résiliation d'un membre ?	Conseil Administration	
Qui sanctionne une fraude ?	Conseil Administration	
Qui intervient en cas de détournement ?	Conseil Administration	
<b>Obligations statutaires</b>		
Qui décide de l'Assemblée générale ?	Conseil Administration	Conseil Administration
<b>Relations extérieures</b>		

Qui peut intenter en justice ?	Bureau	Bureau
Qui assume les relations avec la « tutelle » ?		Bureau

## 2.3 Ressources

Les ressources financières des mutuelles sont constituées principalement des cotisations des membres et marginalement de dons de particuliers résidant dans les villages. Les revenus financiers sont pratiquement inexistant compte tenu des opportunités de placement. Les primes collectées par les mutuelles couvrent l'intégralité des prestations maladies et contribuent à la constitution des réserves. Le programme apporte un appui initial aux mutuelles sous forme de dotations aux réserves et en nature.

Le programme d'appui du CIDR est financé par deux principaux bailleurs : L'Union Européenne et le Ministère français des Affaires Etrangères. La première phase a également bénéficié de l'appui financier de la Fondation Michelham (une fondation privée) et de l'Unicef. L'Union des mutuelles est plus fortement appuyée. Bien qu'en partie financé par les mutuelles membres, l'essentiel de ses coûts de fonctionnement est couvert par des subventions du projet. De même, l'essentiel des apports au système de garantie a été apporté par le projet.

## 2.4 Assistance externe

### *Assistance technique*

Actuellement, les mutuelles et le réseau bénéficient d'une assistance technique expatriée permanente.

Des contrats d'appui sont signés avec les mutuelles, au moment de leur création. Ces contrats spécifient dans le détail les différentes formes que prendra l'appui du projet tout au long de la première année (formation du gestionnaire, apport des outils et des techniques de gestion, bénéfice de la contractualisation avec les prestataires, etc.).

A l'issue d'une année, l'assistance technique se matérialise par la présence régulière d'un animateur auprès des responsables (de une à trois fois par mois). L'intervention ponctuelle des cadres est également proposée : Aux CA lors de la validation des budgets prévisionnels ; aux comités de suivi de la relation contractuelle avec les prestataires et aux Assemblées Générales annuelles lors de la définition de la stratégie de développement, du choix des prestations et de la fixation du montant des cotisations.

A compter de l'exercice 2005/06, pour les mutuelles de plus d'un an d'activité, des contrats d'objectifs seront définis avec chacune des mutuelles. Ces contrats prévoient les actions de formation et d'appui conseil pour les responsables de la mutuelle et les moyens à y associer. Ils définiront également les résultats attendus en terme de capacité à réaliser, structuration, organisation et effectifs de personnes couvertes.

### *Assistance financière*

L'assistance financière apportée par le projet d'appui aux mutuelles est ciblée, ponctuelle, et toujours dégressive. Le projet contribue à la constitution de réserves, à hauteur de 100 % du montant des adhésions collectées la première année uniquement, afin de consolider financièrement les mutuelles. L'Assemblée Générale constitutive et la première Assemblée Générale ordinaire des mutuelles font l'objet d'une subvention d'appui au fonctionnement. Par ailleurs, toutes les mutuelles bénéficient d'une subvention destinée au financement des premières immobilisations : Aménagement du local villageois et acquisition du mobilier de réunion. Le programme finance les intrants destinés à la réalisation des activités nécessaires à la mise en place du réseau : Moyens de déplacements et salaires de l'équipe technique, local, matériel informatique.

## **2.5 Procédures de gestion du risque**

Les procédures de *risk management*, mises en place par le programme, englobent différents aspects de la vie du réseau de mutuelles de santé. Au cours de la phase de montage, il est nécessaire de réaliser une étude de faisabilité faisant ressortir les risques principaux auxquels le projet pourrait être exposé, puis d'adapter le schéma aux conclusions de l'étude. En phase opérationnelle, la gestion du risque se divise en deux catégories:

- 1) Contrôle social:
  - a) Il est mené par les responsables mutualistes et les mutualistes. Il a pour objectif de renforcer l'appropriation sociale du projet de mutuelles de santé de prévenir le risque moral et les fraudes ainsi que d'apprécier les dépenses maladie à réaliser.
  - b) Cette capacité de contrôle est renforcée par l'action de l'UMSGF qui a notamment pour mission de procéder à des audits techniques, médicaux et financiers.
  - c) Il est renforcé par l'adoption de moyens de contrôle de l'identité des mutualistes ainsi que par l'information des prestataires de santé sur les personnes dont la prise en charge est acceptée par la mutuelle de référence du malade.
- 2) Contrôle technique:
  - a) Il repose sur un ensemble de mesures qui contribuent au contrôle des risques dont le profil est considéré comme déstabilisant pour le réseau de mutuelles de santé tels la surconsommation, la fraude et les défauts dans l'application des conventions avec les prestataires de santé. Leur contrôle est partagé entre les mutualistes, l'Unité Technique et l'UMSGF.
  - b) Il est réalisé sous la forme d'audits médicaux et techniques pour lesquels le programme a fait appel aux services d'un médecin conseil dont le rôle dans le contrôle du risque est très important. Le suivi informatique réalisé pour le réseau et pour chacune des mutuelles participe également au contrôle des risques.



*Les audits comptables et financiers*

Les audits réalisés par l'auditeur des risques portent en priorité sur la tenue de la comptabilité. Les contrôles sont effectués en suivant six principales pistes d'investigation :

Encaisse physique.

Anomalies comptables au niveau de la mutuelle puis au niveau de la banque.

Analyse du compte prestations (prises en charge).

Analyse du compte de fonctionnement.

Anomalies dans la tenue des documents.

Analyse des investissements.

Le travail d'audit est suivi de l'émission de recommandations formulées à l'endroit des mutualistes ou des animateurs du réseau. Des contrôles spécifiques, programmés ou inopinés, sont mis en place pour éviter la reproduction de situations anormales, notamment en matière d'exactitude de l'enregistrement des écritures comptables et pour circonscrire le risque de fraude. Ces contrôles confiés aux responsables mutualistes portent sur la concordance entre les éléments comptables saisis sur les cahiers de banque et de caisse. Il doit également être procédé à la vérification de la concordance des éléments constitutifs des dossiers d'indemnisation. Les animateurs doivent aussi veiller à analyser les dépenses de fonctionnement ainsi que leur enregistrement. Afin de permettre la bonne application de ces recommandations, le programme d'appui a prévu des actions de formation sur la bonne utilisation des outils de gestion et les techniques comptables de base.

*L'information statistique*

Les données techniques de chaque mutuelle sont compilées informatiquement afin de permettre l'émission d'indicateurs statistiques<sup>14</sup>. Les informations ainsi acquises doivent permettre d'anticiper les dérapages de dépenses pour qu'ils ne deviennent pas menaçants pour l'équilibre des résultats techniques. Le projet a développé des outils spécifiques qui doivent permettre de connaître la tendance du ratio de sinistralité notamment.

**Tableau 2.6 : Outil de suivi de la tendance du ratio de sinistralité**

Prestations	Fréquences			Coûts moyens		
	Exer. Précédent	Réf. Exer En cours	Constatée A .....mois	Exer. Précédent	Réf. Exer. En cours	Constaté A .....mois
Interv.chirurgicale/M die chronique	-	-	-	-	-	-
Intervention chirurgicale	-	-	-	-	-	-
Soins intensifs	-	-	-	-	-	-
Hospitalisation pédiat. En urgence	-	-	-	-	-	-
Hospitalisation pédiat./m die chronique	-	-	-	-	-	-
Hospitalisation adulte en urgence	-	-	-	-	-	-
Hospitalisation adulte/m die chronique	-	-	-	-	-	-
Hospitalisation	-	-	-	-	-	-
Accouchement compliqué	-	-	-	-	-	-
Accouchement	-	-	-	-	-	-
Mise en observation	-	-	-	-	-	-

<sup>14</sup> Ce retraitement sert également à fixer le montant des cotisations.

Petite chirurgie	-	-	-	-	-	-
Examen labo.ambulatoire	-	-	-	-	-	-
Consultation et ordonnance	-	-	-	-	-	-
Prestations sociales	-	-	-	-	-	-
Transport	-	-	-	-	-	-
Totaux prestations mutuelle	-	-	-	-	-	-
	Taux de sinistralité projeté					

La stratégie retenue par le projet a été de partager, avec les mutualistes, les résultats statistiques qu'il obtient par le retraitement des données. En améliorant la compréhension des mécanismes d'assurance par les bénéficiaires, l'information fournie participe à la maîtrise du risque de surconsommation.

### *Le suivi et l'analyse informatique*

Le programme a mis en place un système d'information de gestion (SIG) pour suivre les consommations mensuelles (fréquence et coût) par mutuelle et par prestataire. La gestion automatisée du risque par adhérent et par bénéficiaire (suivi des consommations) constituera la phase suivante du programme. La charge de travail incidente à l'augmentation des données à traiter rend pertinente l'informatisation de la gestion du réseau. L'informatisation facilite le retraitement de données. Leur traitement manuel aux fins d'audit et de contrôle est de plus en plus délicat à assurer ; il est à l'origine de délais de traitement des données et de risques inhérents d'erreur.

A ce jour, les données ne sont pas d'une qualité suffisante pour expliquer les causes et conséquences des événements défavorables. C'est une des limites principales dans le contrôle et le suivi du risque. Seul le suivi des tendances peut alerter ou permettre des actions précises et circonscrites. Le futur SIG sera en mesure de procéder au suivi détaillé des activités des mutuelles et de produire des informations relatives :

Aux adhésions, radiations, démissions.

Aux cotisations.

Aux prestations.

A l'émission d'indicateurs statistiques.

Aux informations comptables (journal de caisse et de banque, budgets prévisionnels).

Il sera réfléchi à la mise en place d'un système d'information permettant la production automatique d'états sur la situation de chaque mutuelle et du réseau (sinistres, rapprochements, prévisions, réalisations, états financiers), dans le souci de conserver aux mutuelles un premier niveau d'autonomie dans la gestion du risque en évitant une trop grande dépendance par rapport à l'Unité Technique. Des arbitrages devront être opérés pour choisir le SIG le plus efficient et représentant un coût supportable pour le réseau.

## **2.6 Répartition et distribution des bénéfices**

Du fait du caractère mutualiste et non lucratif des organisations constituant le réseau, les excédents annuels ne font l'objet d'aucune redistribution entre les membres ou les responsables élus. Des règles d'affectation des excédents sont proposées par le projet et

approuvées par les mutuelles. Les excédents sont prioritairement affectés aux réserves. En second lieu, les jeunes mutuelles peuvent affecter une partie des excédents (toujours limitée à un maximum de 30 % des excédents de l'exercice) pour assurer le financement du budget prévisionnel de fonctionnement de l'année n+1. Les excédents annuels sont portés en réserves jusqu'à ce que les mutuelles aient fait le plein de leurs effectifs. L'objectif étant qu'une fois le nombre de bénéficiaires stabilisé, le taux de réserve soit de 75 % du montant total des prestations payées au cours du dernier exercice (montant des réserves année n/ montant des prestations servies en année n-1).

Une fois les réserves provisionnées à hauteur du seuil fixé, l'Assemblée Générale des mutuelles primaires pourra décider d'une autre affectation des résultats, par exemple le financement d'actions de sensibilisation ou d'éducation à la santé, ou un investissement dans l'amélioration de l'offre de soins.

## 2.7 Investissement des réserves

Les réserves sont conservées par les mutuelles pour faire face à leur croissance (elles sont susceptibles de doubler de taille), pour se prémunir face aux incertitudes qui pèsent sur l'offre de soins (tendance à un renchérissement du coût des prestations) et pour absorber l'augmentation attendue des recours consécutifs à l'apprentissage de la consommation des mutualistes. Les réserves des mutuelles sont déposées sur un compte bloqué, auprès du réseau de caisses villageoises d'épargne et de crédit du « Crédit Rural de Guinée », une institution de microfinance. Bien que rémunérés, ces comptes bloqués ne peuvent compenser la forte dépréciation du Franc guinéen.

## 2.8 Réassurance

A ce jour les mutuelles ne disposent pas d'une couverture en réassurance. L'analyse sur les besoins en réassurance a été menée dès 2001 et le recours à un fonds de réassurance de type « stop loss » a été envisagé. Pour mesurer l'opportunité de la réassurance, il a été tenu compte de différents indicateurs :

Le projet d'appui avait, dès l'origine, prévu l'abondement d'un fonds de réserve géré par les mutuelles et d'un fonds de garantie d'abord géré par le projet avant de l'être par l'UMSGF. Cela représente un premier niveau de protection satisfaisant compte tenu de la nature des risques supportés par les mutuelles.

En effet, le mode de facturation forfaitaire des prestations prises en charge, que ce soit par les services de santé ou pour les frais de transports des assurés, limite le risque de dérapage des coûts par épisode. Le remboursement des ordonnances, prescrites par les hôpitaux en rupture de stock dans les pharmacies privées, est la seule prestation pour laquelle le coût n'est pas maîtrisé par les mutuelles. Il s'agit d'un risque marginal compte tenu du respect des protocoles thérapeutiques par les prestataires et du contrôle réalisé lors des audits médicaux.

Les mutuelles restent cependant exposées au dérapage des fréquences de recours chez les assurés. Ce dérapage peut avoir deux origines

:

1. Des facteurs internes tels que la non maîtrise de l'anti-sélection, du hasard moral et des fraudes.
2. Des facteurs externes tels la survenue d'épidémies (méningites, typhoïde, choléra...) et de catastrophes naturelles en particulier. En cas d'épidémies graves, les soins de santé correspondants sont normalement exemptés de paiement dans les services publics, ce qui limite là encore le risque supporté par les mutuelles. Le risque de défaillance d'une mutuelle, pour des raisons liées à une consommation médicale excessive et non pour des carences de gestion, a été considéré comme faiblement probable.

Divers obstacles ont été identifiés dans la faisabilité du mécanisme de réassurance :

Les mutuelles étant situées dans la même aire géographique, la réassurance devrait être mise en place à un niveau national ou régional (inter pays) pour valider un réel partage des risques.

La conception d'un mécanisme de réassurance suppose également la disponibilité d'informations et d'historiques qui font actuellement défaut même si l'informatisation du réseau comblera ce point particulier. Il existe tout de même des comportements de tendance sur une période longue qui, bien que non détaillés, devraient pouvoir servir à une modélisation de la consommation.

L'offre de réassurance n'existait pas et il aurait fallu mettre en place un projet spécifique qui ne s'inscrivait pas dans les priorités de la structure d'appui.

En outre, Il existe un risque que les mutuelles n'aient recours à un fonds de réassurance de ce type que pour compenser les conséquences d'une gestion défaillante. La responsabilisation des élus des mutuelles sur le contrôle du risque qu'elles supportent, est considérée comme un élément clé de la viabilité de la micro assurance maladie. Il convient de veiller à ce que le mécanisme de réassurance ne remette pas en cause ce principe de responsabilité.

Ces différents éléments ont conduit le projet à repousser la réflexion sur la mise en place d'un régime de réassurance. Elle sera étudiée après avoir vérifié l'efficacité des procédures de contrôle adoptées par les mutuelles. Entre temps, le programme a donc opté pour la mise en place d'un système de garantie géré par l'Union des mutuelles. Ce système prévoit le recours des mutuelles à un fonds d'intervention qui octroie des prêts aux mutuelles en difficulté après réalisation d'un audit financier qui détermine les causes du déficit justifiant le recours. L'octroi d'un prêt est conditionné à l'adoption par la mutuelle de mesures de redressement telles que l'augmentation du montant de la cotisation et le renforcement des procédures de contrôle.

Le principe du prêt est lui-même un facteur de fragilisation supplémentaire. L'intervention du fonds de garantie est subordonnée à l'engagement de la mutuelle à rembourser le prêt consenti, alors qu'elle connaît déjà une période de difficultés. La Mutuelle devra générer des ressources spécifiques à cette fin, soit en imposant un comportement de modération dans la consommation médicale, soit en augmentant le niveau des cotisations. Le fonds de garantie est une mesure qui n'est donc pas entièrement satisfaisante mais qui, en l'état, s'impose comme le moyen le plus sûr de pouvoir assister des mutuelles en difficultés.

### 3. Les mutualistes

La population-cible des mutuelles se constitue de l'ensemble de la population évoluant dans le secteur informel ou ne disposant pas d'un accès aux soins par le biais de leur employeur. Les liens sociaux entre les membres (basés sur l'appartenance à un même groupe, ou la résidence dans un même village) semble être un facteur de cohésion plus important pour les mutuelles que le statut social individuel des membres.

Ainsi, en milieu rural, la cible est déterminée par le lieu d'habitation indépendamment de tout autre critère. Il s'agit d'une population stable puisque deux tiers des résidents sont nés dans le village. Les agriculteurs constituent le plus gros des effectifs des actifs du village. Ils sont complétés par des commerçants, des artisans et quelques fonctionnaires (enseignants en particulier).

En milieu urbain (villes de N'Zérékoré et de Lola), ce sont les artisans et les commerçants qui prédominent. Les retraités, les fonctionnaires (en dehors des militaires qui bénéficient d'un accès aux soins non limité) et les salariés peuvent adhérer dans la mesure où les mutuelles n'opèrent aucune sélection que ce soit sur des critères socio-économique ou sanitaires. Ils représentent de 10 % à 20 % des effectifs des mutualistes dans certaines mutuelles de la ville de N'Zérékoré.

Dans toutes les mutuelles, ce sont les chefs de ménages qui adhèrent aux mutuelles et inscrivent leurs conjoints et leurs enfants. Le public-cible des mutuelles est marqué par une grande diversité, que ce soit :

**Ethnique** : Les Guerzés majoritaires et originaires de la zone, les Malinké, les Konos, les Peuls et les Tomas. De fortes tensions ethniques existent entre les ethnies originaires de la forêt et les autres. Des affrontements violents et meurtriers ont lieu régulièrement mais n'ont pas, jusqu'à ce jour, entraver les activités des mutuelles et de l'UMSGF. D'après une enquête réalisée en 2003, la répartition ethnique des membres mutualistes était identique à celle du reste de la population.

**Religieuse** : Les mutuelles comptent parmi leurs membres des catholiques, protestants, musulmans et animistes.

**Socioprofessionnelle** : Dans les 6 mutuelles les plus anciennes, on observait des agriculteurs (30,3 %), des artisans (8,1 %), des petits commerçants (10,1 %), des chefs d'entreprises (11,1 %), des retraités (4 %) et des femmes ménagères (17,2 %).

57,6 % des mutualistes (année 2003) étaient analphabètes, contre 42,6 % alphabétisés. Le taux d'analphabétisme est plus élevé chez les non-mutualistes ou chez les chefs de familles non-recotisans que chez les cotisans, ce qui ferait du niveau d'éducation un déterminant d'adhésion important. Le niveau médian des revenus a été estimé, par l'étude préalable réalisée en 2000, à 120 € par personne et par an, soit 0,33 € par jour.

**Tableau 3.1 : Données socio-économiques comparées des adhérents et des non adhérents.**

Caractéristiques comparées du public-cible	Mutualiste à jour	Non-mutualiste	Non-recotisant
Age	46,7	46,42	48,54
Taille de la famille	9,32	9,39	9,42
Nombre de femmes	2,22	2,12	2,25
Niveau de revenu (*)	6,21	6,68	5,33

Source : Enquête réalisée en 2003 auprès de 195 ménages, (\*) Estimé sur une échelle de 1 à 10

**Tableau 3.2 : Profil des mutualistes**

Rubriques	Observations
Groupes/clients cibles	Ménages à faibles revenus : secteur informel, rural et urbain
Clients mutualistes	Idem
Exclusions de groupes spécifiques	Aucune
Situation économique des mutualistes	Familles (9 membres) avec moins de 90 € par mois
Activités économiques principales des mutualistes	Agriculteurs en milieu rural, artisans, salariés en milieu urbain
% de mutualistes travaillant dans le secteur informel	89 %
Caractéristiques sociales des mutualistes	Tout public, origine ethnique diversifiée.
Caractéristiques géographiques	Zones rurales et urbaines de la Région de Guinée Forestière
Nature de l'adhésion	Familiale
Méthode de recrutement des membres mutualistes	A travers la création de groupements mutualistes

### 3.1 Conditions d'implantation

La Guinée Forestière se répartit en deux zones : Une zone Nord, de savane arborée à pluviométrie moyenne, peuplée de Kissi, de Malinké et de Tomas. Une zone Sud, peuplée de Guerezés, Manos, Konos, de Koniankés et de Malinkés. C'est une zone de forêt tropicale dense à forte pluviométrie (2 300 mm) qui a connu une exploitation forestière intense par le passé, mais qui ne génère que peu de ressources à ce jour. Les conditions climatiques permettent cependant la mise en culture de production diversifiée (riz, tubercule, café, cacao, palmier, bananes).

La fabrication d'huile de palme est l'une des activités agroalimentaires les plus dynamiques de la région. Elle est source de revenus pour les agriculteurs qui disposent de plantations et qui approvisionnent les unités de transformation industrielles ou artisanales. Elle génère également des revenus monétaires dans les familles villageoises dont l'un des membres s'adonne à l'extraction de façon traditionnelle. Du fait du fort dynamisme de son secteur agricole, la région est également caractérisée par ses activités commerciales intenses avec les régions frontalières de Guinée ou des pays limitrophes.

Les villages sont généralement d'une taille supérieure à 2 000 habitants, composés d'habitations très regroupées. Ils sont séparés les uns des autres par la forêt et reliés par des pistes généralement praticables, bien que parfois en très mauvais état. Cet isolement relatif des villages et les difficultés de communication expliquent le grand nombre de marchés

locaux. Il a peut-être également contribué à renforcer les liens sociaux entre les résidents d'un même village. Ainsi, la diversité et les tensions ethniques s'expriment davantage entre les deux grandes zones de la région plutôt qu'au sein de mêmes villages.

Les zones urbaines sont fortement influencées par la vocation rurale et agricole de la région. Néanmoins, la ville de N'Zérékoré a ses propres spécificités du fait de sa taille importante (de 150 à 200 000 habitants) avec une forte concentration d'artisans dans les secteurs de l'habillement (30 % des artisans recensés), de l'alimentation (boulangers, bouchers, gargotiers), du travail du bois (menuisiers, charpentiers) ou du métal (chaudronniers, tôliers, mécaniciens, électroniciens). L'activité économique de la ville est très influencée par la présence massive des organisations internationales impliquées dans la gestion des conflits libérien et ivoirien. Néanmoins, à N'Zérékoré comme dans les autres villes de la région (Lola, Yomou, Diécké, Gouécké), une partie importante de la population réside en périphérie et maintient une activité agricole prédominante sur l'activité secondaire exercée en ville.

### 3.2 Principaux facteurs de risques et de vulnérabilité

Ont été identifiés comme risques auxquels le programme et le réseau de mutuelles de santé peuvent être exposés : Un risque sanitaire, un risque pays et un risque financier.

#### *Risques sanitaires*

Les caractéristiques de la morbidité, décrites dans le tableau 3.3, suivent le profil épidémiologique des régions africaines peu développées avec une prééminence du paludisme. Les quatre premières pathologies évoluent sur le mode endémique. Frappant plus ou moins toute la population-cible des mutuelles avec un fort degré de prévisibilité, elles sont pour partie liées aux conditions de vie et représentent près de 70 % des pathologies observées. Les hernies, une pathologie chronique dont le traitement peut être anticipé, sont également liées au travail agricole et à sa pénibilité. Il en est de même pour la bilharziose qui frappe surtout les agriculteurs travaillant dans les rizières. La fièvre typhoïde évolue sur un mode endémo-épidémique. La survenance d'épidémies n'est pas à exclure. Les pathologies 9 et 10 sont liées à la grossesse qui constitue un risque spécifique majeur pour les femmes en âge de procréer, puisque le taux de mortalité maternelle est estimé à 528/100 000 (Source SOGO 1999).

**Tableau 3.3 : Répartition des cas de recours à l'hôpital de Lola<sup>15</sup>,**

N°	Pathologies traitées à l'Hôpital de Lola en 2003	En% des cas ambulatoires	En% des hospitalisations
1	Paludisme	32.17 %	21.99 %
2	Infections génitales	13.75 %	0.43 %
3	Anémie	12.55 %	10.5 %
4	Infections respiratoires aiguës	11.28 %	12.72 %
5	Traumatismes	9.39 %	7.5 %
6	Hernies	6.3 %	13.9 %
7	Bilharziose intestinale	7.01 %	5.15 %
8	Fièvre typhoïde	2.09 %	5.87 %

<sup>15</sup> La pathologie générale observée sur l'ensemble de la province suit un profil comparable avec cependant une part plus importante des maladies diarrhéiques.

9	Dystocie pelvienne	ND	12.46
10	Avortement	2.38 %	6 %
11	Autres	3.1 %	3.5 %

Le risque lié au VIH/SIDA existe bien que ne figurant pas sur la liste. Il ne fait pas l'objet d'un monitoring spécifique dans les hôpitaux préfectoraux et il existe peu d'informations sur le taux de séropositivité de la population-cible. La confidentialité, dont la maladie est l'objet, rend aléatoire l'estimation de la séro positivité du public-cible des mutuelles et leur intervention dans la prise en charge des malades. La dernière étude réalisée par le PNLS (2002) en zone urbaine de Guinée Forestière fait état d'un taux de séro positivité de 6 % chez les adolescents jeunes et de 8 % chez les femmes enceintes<sup>16</sup>. Ces données fragmentaires traduisent un niveau significatif de séro prévalence qui peut s'expliquer par l'existence d'importants mouvements de population et d'une instabilité économique et sociale liée aux conflits frontaliers. On a estimé le ratio de séro positivité entre 3,2 % et 4,27 % dans la population-cible des mutuelles.

#### *Les risques liés à l'offre de soins*

L'acheminement en urgence des malades dans les hôpitaux de district est parfois problématique en raison du coût des moyens de transport - les transporteurs n'hésitent pas à appliquer des tarifs très élevés pour effectuer un déplacement privé pour un malade en difficulté. Une fois arrivés à l'hôpital, les malades peuvent ne pas recevoir les traitements nécessaires pour au moins deux raisons :

1. Des ruptures de stock ou de consommables médicaux.
2. Le paiement préalable d'honoraires au personnel.

Au niveau des services de santé de base, c'est la qualification de l'agent parfois non diplômé qui peut poser problème.

Ces différents risques incitent notamment l'UMSGF à agir en lobbying afin de permettre un renforcement des capacités des prestataires. Cette notion de co-développement est importante et elle a été perçue comme cruciale dans le maintien de l'attractivité du produit. Si les prestataires de santé n'étaient plus en mesure d'apporter satisfaction à la plus grande majorité des mutualistes, le produit d'assurance ne serait plus en adéquation avec les attentes des souscripteurs.

#### *Risque pays*

L'instabilité potentielle du pays est un risque interne (la situation politique et économique) auquel le programme pourrait être exposé. Des facteurs externes jouent également un rôle dans les difficultés auxquelles se heurte le pays, allant des contraintes imposées par les compagnies minières qui limitent le budget de l'Etat, aux tentatives de déstabilisation. La proximité géographique de la Guinée avec le Libéria et la Sierra Léone s'est également

<sup>16</sup> "Les estimations du Ministère de la Santé sur la base d'enquêtes conduites en 2002 ont indiqué que 2.8 % des 8.5 millions d'habitants du pays étaient séropositifs et que le taux de prévalence pour les principales villes du sud-est de la Guinée dans la Région Forestière était de 7 %" - "Guinea: Little Action as Refugees Fuel AIDS", IRIN, 27 July 2004.



traduite par de nombreuses difficultés. Les conflits dont ces pays ont été le théâtre ont poussé des centaines de milliers de réfugiés à traverser les frontières guinéennes depuis 1990. Depuis, le conflit ivoirien est venu envenimer cette situation. Les principales zones de conflit encore actives en Côte d'Ivoire sont frontalières de la Guinée forestière.

#### *Risque financier : Dépréciation de la monnaie*

La Guinée est entrée dans une spirale inflationniste qui pourrait se révéler désastreuse, spécialement en raison du gel des salaires. Les estimations actuelles de la croissance monétaire en Guinée se situent à 40 % par an. Les conséquences sont évidentes : En juin 2004, le taux de change au marché noir de Conakry était de 2 600 francs guinéens (GNF) pour un dollar. En avril 2005, le dollar équivalait à 3 580 GNF. Cette dépréciation (de 38 %) face au dollar a réduit la capacité des Guinéens à consommer des produits importés.

La dégradation continue du franc guinéen présente un risque élevé aux effets multiples agissant comme par effet château de cartes : La monnaie se dévaluant, l'accès aux marchandises importées est rendu plus difficile (notamment en matière d'achats alimentaires). Les salaires n'étant pas augmentés, la précarité est plus grande et le profil de morbidité augmente incidemment.

Il est également à craindre un renchérissement du coût des prestations et notamment des médicaments. Cette situation, couplée aux effets précédemment décrits, peut contribuer à dégrader les résultats techniques des mutuelles ou à imposer un relèvement du montant des cotisations, ce qui ferait perdre de son attractivité au produit d'assurance dans un contexte de raréfaction des ressources.

### **3.3 Relation entre les risques clients et les services proposés par l'institution**

L'analyse des risques a conduit les mutuelles à retenir comme objet de leur association l'amélioration de l'état de santé et non l'amélioration financière de l'accès aux soins pour les assurés. Différentes actions ont été menées dans un premier temps par le programme. Elles devront être poursuivies par l'UMSGF dans l'avenir :

Participation des responsables des mutuelles pour la mobilisation villageoise à l'occasion des Journées Nationales de Vaccination.

Création d'un poste d'animatrice chargée de la sensibilisation et de l'éducation à la santé, avec un travail ciblé sur les femmes mutualistes.

Organisation de séances d'information et de sensibilisation sur l'existence et les risques liés aux maladies sexuellement transmissibles dont le VIH/SIDA.

En outre, des mesures ont été mises en oeuvre à trois niveaux pour réduire les risques liés au recours à l'offre publique de soins.

Au niveau des prestataires, la négociation a été la première mesure pour réduire le risque de ne pas bénéficier rapidement des soins et des médicaments en urgence. Un agent de liaison a été financé par le programme pour organiser l'accueil des mutualistes à l'Hôpital de N'Zérékoré. Sa présence et son intervention contribuent à limiter les « malentendus » entre les patients mutualistes et le personnel soignant. Dans les deux hôpitaux préfectoraux, des

actions de sensibilisation et de formation ont été menées par le programme. Les Directeurs des hôpitaux ont été invités à des cours de formation sur la mutualité, au siège du CIDR en France.

Au niveau de la tutelle des établissements, les Directions Préfectorales et Régionales de la Santé ont été directement associées au processus de négociation. Elles ont des représentants dans les Comités de suivi paritaires.

Enfin, la Direction des Hôpitaux du Ministère de la Santé ainsi que le « point focal mutuelles de santé » ont régulièrement été tenus au courant de l'avancement de la contractualisation et de ses résultats. Le MSP est directement intervenu pour résoudre les difficultés rencontrées dans la signature de l'accord initial avec l'hôpital de N'Zérékoré. Par ailleurs, afin d'améliorer la qualité de l'offre de soins primaires, l'Union des Mutuelles de Guinée Forestière a établi un partenariat pour faciliter l'installation de médecins de campagne.

### **3.4 Familiarité avec l'assurance**

L'assurance avec tiers payant et co-paiement limité est un concept nouveau pour la plupart des familles de la population-cible. Cependant, l'existence de groupes d'entraide organisés selon le principe de l'obligation de moyens (une somme fixe est apportée par les membres du groupe en cas de maladie de l'un des leurs) traduit clairement une « prédisposition sociale » à la solidarité face à la maladie. Deux initiatives repérées durant l'étude préalable traduisaient une prédisposition à accepter les mécanismes d'assurance développés par les systèmes mutualistes :

Un groupe traditionnel de femmes rurales avait déjà adopté spontanément les principes du tiers payant. Moyennant une cotisation mensuelle, le groupe paie les factures de l'hôpital d'un membre malade.

Une association d'entraide nommée « ASARO » a été créée par un résident de la ville de N'Zérékoré suite au décès de son frère victime de malversation à l'hôpital. L'association vient en aide financièrement et visite les membres hospitalisés.

Par ailleurs, la multitude de tontines ou d'autres groupes informels d'épargne crédit, traduisait la familiarité du milieu avec les organisations collectives, habituées à la délégation de leur gestion à quelques responsables et la capacité à gérer des systèmes financiers nécessitant la collecte et l'immobilisation de fonds.

## 4. Les produits

Les garanties proposées par les mutuelles ont évolué chaque année, afin de mieux répondre aux besoins et aux attentes des personnes assurées. Les premières mutuelles démarrées en 2000 se sont d'abord consacrées à la prise en charge des gros risques hospitaliers. Puis, selon leur localisation et la structure hospitalière de référence, elles ont opté pour des extensions progressives de leurs garanties. Ces extensions pouvaient soit concerner une nouvelle gamme de soins auprès d'un prestataire déjà conventionné, soit un nouveau prestataire pour des soins déjà pris en charge ou encore une nouvelle catégorie de soins. Les nouvelles mutuelles créées ont bénéficié des contrats déjà établis avec les prestataires pour construire leurs garanties.

Par ailleurs, du fait de la dégradation de la capacité des structures sanitaires à délivrer des soins de qualité en respectant le système de la prise en charge globale des cas d'hospitalisation (hébergement, soins, examens, prescriptions), les mutuelles ont été contraintes d'étendre leurs interventions à certains compléments indispensables à une bonne prise en charge des malades. Ces compléments concernent les soins intensifs, les examens nécessaires au cours des hospitalisations et préalables aux interventions chirurgicales, les prescriptions externes de médicaments génériques dans la mesure où elles se justifient par une rupture avérée du stock de la pharmacie de l'hôpital.

**Tableau 4.1 : Description du produit**

	<b>Règles et caractéristiques du produit</b>
Type de micro-assurance	Assurance maladie
Produit individuel ou de groupe	Produit individuel (pour une couverture familiale)
Période de couverture	Un an
Conditions d'adhésion	Etre résident d'un village, membre d'un groupe (pré-existant ou non)
Conditions de renouvellement	Aucune
Taux de refus	Aucun refus
Obligatoire ou volontaire	Volontaire; cependant tous les membres de la famille doivent être couverts
Couverture du produit (Prestations)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Somme forfaitaire pour couvrir les frais de transport vers l'hôpital dans les mutuelles rurales.</li> <li>• Dans toutes les mutuelles, couverture des frais d'hospitalisation, des interventions chirurgicales en urgence et programmées, des accouchements compliqués.</li> <li>• Dans les plus anciennes mutuelles, couverture des frais ambulatoires y compris les médicaments et des accouchements simples, contre une franchise</li> </ul>
Exclusions clés	Personnes ne vivant pas dans les villages où sont implantées les Mutuelles
Montant de la cotisation (2005/06)	Entre 1 € et 2 € par personne et par an
Montant de la franchise et du ticket modérateur (2005/06)	Franchise fixée à 30 centimes pour les recours en ambulatoires dans les centres de santé correspondants. Pas de ticket modérateur en cas d'hospitalisation ou d'intervention chirurgicale.

	<b>Règles et caractéristiques du produit</b>
Autres frais (2005/06)	Frais d'adhésion entre 1.2 € et 2 € par famille. Réduction de 10% pour les familles élargies de plus de sept membres.

Après cinq ans d'activité, on peut distinguer deux grands groupes de mutuelles, du point de vue des garanties qu'elles proposent : Les mutuelles rurales et les mutuelles urbaines. Les garanties proposées par les mutuelles rurales sont détaillées dans le tableau 4.2. Au démarrage de l'exercice 2005/06, 21 mutuelles sur les 28 qui composent le réseau, proposaient ces garanties.

**Tableau 4.2 : Garanties proposées par les mutuelles rurales**

<b>Prestations couvertes</b>	<b>Structure de soins</b>	<b>Conditions de prises en charge</b>	<b>Observations</b>
<b><u>I) Soins hospitaliers</u></b>	Hôpital préfectoral et hôpital régional en référence	Autorisation préalable de prise en charge, consultation à la charge de l'assuré	
<i>Hospitalisation</i>		<i>Tiers payant</i>	
<i>Intervention chirurgicale</i>		<i>Tiers payant</i>	<i>En urgence et programmée</i>
<i>Soins intensifs</i>		<i>Tiers payant</i>	
<i>Césarienne</i>		<i>Tiers payant</i>	
<i>Accouchement simple et compliqué</i>		<i>Tiers payant</i>	
<i>Transfusion sanguine</i>		<i>Tiers payant</i>	
<i>Examen durant l'hospitalisation</i>		<i>Tiers payant</i>	
<i>Prescriptions externes de génériques durant l'hospitalisation</i>		<i>Remboursement, prescription réservée aux chefs de service ou validée par l'agent de contact, pour achat dans des pharmacies privées</i>	
<b><u>II) Soins primaires</u></b>	Centre de santé et postes de santé de la Sous Préfecture	Franchise de l'ordre de 30 % à la charge de l'assuré, sauf pour les accouchements	
<i>Consultation curative</i>		<i>Tiers payant</i>	
<i>Accouchement simple</i>		<i>Tiers payant</i>	<i>Prise en charge à 100%</i>
<i>Petite chirurgie</i>		<i>Tiers payant</i>	
<b><u>III) Transport</u></b>			
<i>Transport normal</i>		<i>Remboursement</i>	
<i>Transport en urgence</i>		<i>Remboursement</i>	

En complément de ces garanties, certaines mutuelles ont intégré l'une de ces prestations complémentaires, en réponse à une demande spécifique de leur population-cible :

Remboursement d'un « forfait transport du corps » en cas de décès à l'hôpital.

Remboursement d'un « forfait circoncision ».

Remboursement d'un « forfait nouveau-né » envisagé comme une incitation au suivi prénatal et à la déclaration des naissances dans les familles mutualistes.

Remboursement forfaitaire des prises en charge ambulatoires dans les structures hospitalières après référence par le centre de santé.

L'émergence récente de prestataires privés confessionnels a donné la possibilité d'élargir la gamme des prestataires de certaines mutuelles rurales. Il s'agit de cliniques hospitalières ou de dispensaires qui prennent en charge les soins primaires. La même gamme de soins et les mêmes conditions d'accès aux soins ont été adoptées.

En milieu urbain, la proximité avec l'hôpital et la diversité des alternatives en cas de besoin de recourir aux soins ambulatoires, ont incité les mutuelles à se concentrer essentiellement sur la prise en charge des hospitalisations. Le transport n'est donc pas inclus dans les garanties des 7 mutuelles urbaines du réseau, une différence majeure par rapport aux mutuelles rurales. Par ailleurs, les mutuelles de la ville de N'Zérékoré ont récemment décidé de proposer à leurs membres une prise en charge globale des femmes enceintes (consultations prénatales, accouchements, vaccins et soins ambulatoires durant la grossesse).

De façon assez récurrente, une partie des assurés sollicite de leur mutuelle l'extension de leur garantie à la prise en charge de tous les soins ambulatoires à l'hôpital et dans les centres de santé. Face à l'augmentation importante de la prime que cette extension occasionnerait, les Assemblées Générales ont souhaité jusqu'à présent de ne pas s'engager dans cette direction. Il est très probable que dans un avenir assez proche, les mutuelles urbaines seront dans l'obligation de construire une offre avec différents niveaux de garantie correspondant à différents niveaux de primes pour répondre aux attentes d'une « clientèle » plus segmentée.

## 4.1 Partenaires

Les prestataires de soins sont les principaux partenaires du réseau (cf. supra). En zone rurale, les transporteurs sont également des partenaires clés. Par ailleurs, toutes les mutuelles collaborent avec le réseau des caisses du Crédit Rural de Guinée. Elles y déposent l'essentiel des fonds collectés et gèrent leur trésorerie à partir des comptes dont elles disposent (comptes à vue et comptes à terme). A première vue, la relation existante actuellement est essentiellement une relation de « client/prestataire ». Néanmoins, de nombreux liens existent entre les deux réseaux, tant au niveau des responsables élus, puisque certaines personnes se sont investies dans les deux structures, ainsi qu'au niveau de l'équipe du service technique. Les directeurs des caisses sous préfectorales sont systématiquement invités aux Assemblées Générales des mutuelles. Ils sont très fréquemment mutualistes eux même et participent à la promotion de l'assurance maladie dans leur entourage. Des perspectives de collaboration plus institutionnelle sont en cours de construction. Dans un premier temps, il s'agira de proposer des garanties à l'ensemble des familles du personnel et des administrateurs élus, par l'intermédiaire des mutuelles existantes ou d'une structure spécifique créée à cet effet. Par la suite, une réflexion pourra être engagée pour toucher l'ensemble de la clientèle du Crédit Rural dans la zone d'intervention des mutuelles.

## 4.2 Méthodes de distribution

Les mutuelles opèrent comme suit :

La promotion de la mutuelle et de ses services est assurée par les responsables des groupements mutualistes, qui sont chargés de convaincre les nouveaux adhérents. Ils réalisent une préinscription des familles et des personnes à couvrir dans des registres de groupement, également utilisés pour suivre le paiement de l'adhésion (pour les nouvelles familles) et des cotisations - les paiements échelonnés sont effectués normalement de façon anticipée pour payer la cotisation du nouvel exercice.

Parallèlement, ils sont chargés de rassembler les cartes des familles en cours de couverture pour l'exercice qui s'achève.

Une fois les cotisations collectées, les données enregistrées, les cartes relatives à l'exercice qui vient de s'achever sont transmises au gestionnaire (avec les fonds collectés). Ce dernier peut ainsi mettre à jour son livre de membres et confectionner les cartes de membre en conséquence.

Le gestionnaire est souvent aidé par le Président ou le Trésorier lors de la confection des cartes de membre (pour les nouvelles mutuelles, ils bénéficient également de l'appui de l'animateur du projet). Chaque famille reçoit une carte identifiée par un code individuel. Cette dernière comporte l'identité de chacun des membres de la famille, avec l'indication de son sexe et de sa date de naissance.

Les cartes sont numérotées, validées et tamponnées pour l'année concernée en présence d'un ou plusieurs membres du bureau.

A l'occasion de l'Assemblée Générale, qui marque le début de l'exercice, les cartes sont distribuées publiquement au chef de famille ou au responsable du groupement. Une information sur les garanties et les conditions de prises en charge est alors délivrée.

Aucune exclusion liée à l'état de santé ou à l'âge des personnes n'est appliquée pour les familles désirant adhérer. En cas de volonté manifeste d'un chef de famille de contourner la règle de l'adhésion familiale<sup>17</sup>, une exclusion de l'ensemble des membres est appliquée.

Le système d'inscription des membres semble assez efficace. Les cas de cotisations payées sans que les membres concernés soient effectivement inscrits sur les cartes sont extrêmement rares. Le contrôle des factures de soins est facilité par l'utilisation du nom de groupement et du numéro de carte par les prestataires. L'inscription des membres, le suivi de la collecte des cotisations, la confection et la distribution des cartes de membres sont des activités fortement appuyées par les animateurs du projet durant les 2 ou 3 premières années de fonctionnement des mutuelles. Par la suite, ces fonctions sont progressivement prises en charge de façon autonome par les gestionnaires.

Cependant, la collecte des anciennes cartes reste problématique, une fois l'implication de l'animateur réduite. Les responsables ont des difficultés à rentrer en possession des cartes en

---

<sup>17</sup> Il peut souhaiter réduire le nombre de membres à inscrire pour dépenser moins ou au contraire d'essayer d'inscrire une personne non-membre de sa famille dont les dépenses de santé sont à sa charge.

circulation dans les familles (par exemple celles qui ne souhaitent pas renouveler leur adhésion). Certains cas de fraudes ont été déplorés à partir d'anciennes cartes plus valides n'ayant pas été retirées de la circulation.

### 4.3 Prestations

Le rôle premier des mutuelles est de proposer des services qui répondent aux besoins prioritaires des membres compte tenu de leur propension à payer le service proposé. Les mutuelles ont développé des relations contractuelles avec les services de santé pour améliorer la qualité de soins au bénéfice de leurs membres. Les enquêtes de satisfaction et d'image<sup>18</sup>, menées auprès des bénéficiaires et dans l'environnement, montrent clairement l'impact de la contractualisation entre les mutuelles et les prestataires sur la qualité de la prise en charge des mutualistes (par rapport aux non-mutualistes). Sans les éliminer totalement, les cas de « remerciement sous contrainte », de sous notification et de surtarification ont été largement réduits.

L'information des malades et des familles est facilitée par la présence de l'agent de contact, du médecin conseil et des responsables de la mutuelle. Ces derniers ont acquis, par le biais des comités de suivi et de leur présence régulière au sein de l'hôpital, une véritable capacité de dialogue avec le personnel soignant et la direction des hôpitaux.

L'adhésion à la mutuelle est familiale. Tous les membres de la famille sont donc logiquement inscrits. C'est le rôle des responsables de groupement de s'assurer qu'aucun membre de la famille n'est exclus de la couverture de la mutuelle (en particulier les enfants). Pour faciliter leur travail, les mutuelles proposent une prise en charge gratuite des enfants nés dans le courant de l'exercice.

Pour les familles polygames, fréquentes dans certains groupes-cibles, l'inscription des familles est réalisée à partir des différentes épouses du foyer. Plusieurs cartes sont alors délivrées, une pour chaque mère et ses enfants.

Afin de limiter les difficultés rencontrées par les femmes dans les structures sanitaires de base lors de leur grossesse (pour s'acquitter du coût des consultations prénatales et de l'accouchement), les mutuelles de la ville de N'Zérékoré ont contractualisé avec les centres de santé de la ville pour obtenir une prise en charge intégrale des femmes mutualistes dans le cadre du tiers payant.

### 4.4 Calcul de la cotisation

Le calcul de la cotisation est grandement facilitée par l'existence de la tarification forfaitaire dans les établissements de soins et par la contractualisation qui définit préalablement l'ensemble des conditions tarifaires pour les prestations sélectionnées au titre de l'exercice.

Les fréquences prévisionnelles sont calculées pour chaque mutuelle. La première année, les fréquences sont estimées en fonction du taux de fréquentation de la population-cible des services de santé, de la distance d'accès au service de santé et à partir des données

<sup>18</sup> Mutuelles de santé en Guinée Forestière : Etude de satisfaction. Aurélie Divet, septembre 2003

disponibles dans d'autres programmes similaires appuyés par le CIDR en Afrique de l'Ouest. Ces estimations plus ou moins empiriques sont régulièrement affinées lorsque la consommation réelle des mutualistes a été mieux connue. Les fréquences initiales ont été surévaluées, mais le projet a recommandé de ne pas réduire le montant de la cotisation afin de permettre aux mutuelles de constituer des réserves et d'élargir les prestations offertes sans pour autant augmenter la cotisation.

Sur la base de la cotisation pure, un pourcentage est ajouté pour prendre en compte les coûts de fonctionnement des mutuelles et du réseau, ainsi que la nécessité de la consolidation financière par le biais de la contribution au système de garantie et la constitution de réserve. Aussi, jusqu'à l'exercice 2004/05, un pourcentage de 30 % était ajouté à la cotisation pure :

21 % pour le fonctionnement propre de la mutuelle de base.

2 % pour le fonctionnement de l'Union.

2 % pour la contribution au système de garantie.

5 % pour la constitution des réserves de la mutuelle de base.

A compter de l'exercice 2005/06, l'importante dévaluation du franc guinéen a nécessité l'indexation d'une partie du montant de la cotisation sur l'inflation. Par ailleurs, il a été décidé que la contribution au système de garantie serait désormais intégrée dans la prime pure. Finalement, le pourcentage ajouté à la prime pure a été fixé à 27 % et réparti comme suit :

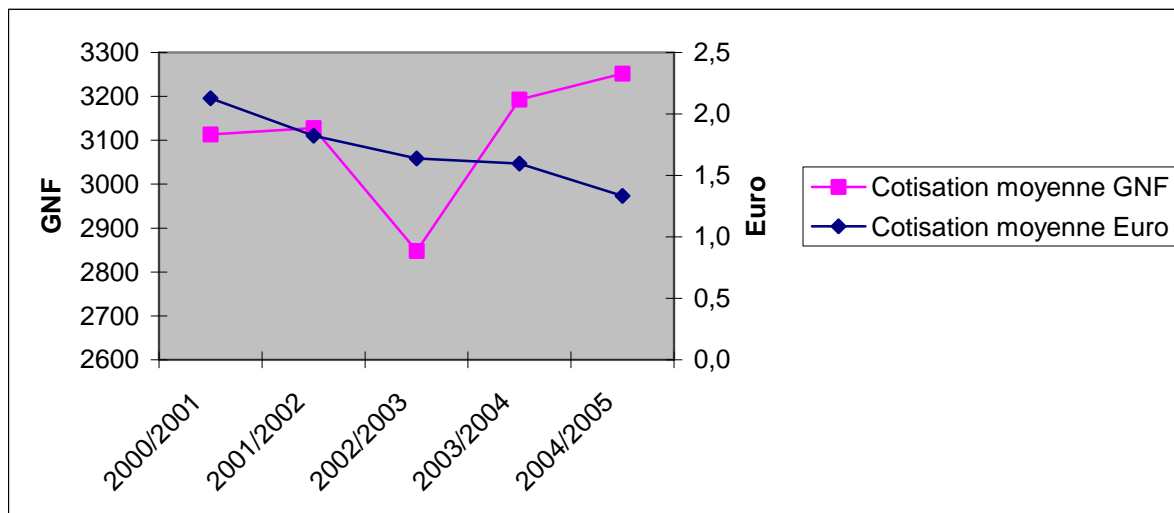
25 % pour le fonctionnement propre de la mutuelle de base.

2 % pour le fonctionnement de l'Union.

Au titre de l'inflation, un pourcentage de 20 % a été appliqué à la partie de la cotisation destinée au fonctionnement.

En francs guinéens, les cotisations sont restées globalement assez stables sur les six premières années d'activité (cf. Diagramme 4.1). Du fait de la stabilité du coût des soins et de l'ajustement des fréquences théoriques à partir des observations réalisées chaque année, la cotisation moyenne n'a augmenté que de 5 % en moyenne, bien que les garanties proposées se soient fortement étendues. Cependant, exprimée en Euro, la valeur de la cotisation moyenne n'a fait que décroître.



**Diagramme 4.1 : Evolution de la cotisation moyenne (en Euro et GNF)***Frais de gestion*

Comme le présente le tableau 4.3, les frais de gestion des mutuelles ont progressé en valeur absolue en relation avec l'accroissement du nombre de mutuelles et de personnes couvertes.

**Tableau 4.3 : Frais de fonctionnement**

	2001/02	2002/03	2003/04	2004/05
Total frais de fonctionnement (GNF)	4 246 270	4 246 168	6 833 450	9 487 150
Total frais de fonctionnement (Euro)	2 440	2 123	2 803	2 497
Dont frais d'Assemblées Générales	Nd	1 124	1 484	1 250
Ratio frais de gestion/cotisation (ensemble du réseau) (%)	32 %	27 %	24 %	21 %
Ratio frais de gestion/cotisation (mutuelles de plus d'un an) (%)	Nd	24 %	23 %	18 %

En proportion des cotisations collectées, les frais de gestion sont relativement élevés. Cela s'explique par l'importance donnée à l'organisation des Assemblées Générales (deux par an), qui sont l'occasion d'une grande manifestation communautaire. Ils servent donc à assurer à la fois la bonne gouvernance de la mutuelle et sa promotion dans l'environnement. Le coût des Assemblées Générales représente ainsi la moitié du total des frais de gestion. On note cependant une tendance à la baisse très nette des frais de gestion (de 32 à 21 %), conséquence d'une bonne maîtrise des dépenses et de l'accroissement des effectifs.

Aucune commission ou indemnité indexées sur le chiffre d'affaires des mutuelles n'a été versée. A compter de 2005/06, l'indemnité versée au gestionnaire sera calculée sur la base de 4 % du total des cotisations collectées. De même, les responsables de groupement se verront attribués une indemnité de l'ordre de 2 % du montant collecté dans leur groupement. Enfin, les responsables du bureau bénéficieront d'une indemnisation calculée sur une base de 2 % du total des cotisations collectées. Ce changement, décidé par les responsables mutualistes, vise à encourager l'adhésion de nouveaux membres et à les compenser pour leurs efforts.

Il n'existe pas de régime de réassurance mais un fonds d'intervention abondé à hauteur de 2 % des cotisations collectées. Lorsque les réserves tombent en dessous du seuil de sécurité fixé par le système de garantie, les mutuelles cotisantes peuvent solliciter un prêt au fonds d'intervention. Ce prêt, assujéti de mesures de redressement, est remboursable en plusieurs annuités.

**Tableau 4.4 : Compte de résultats consolidés de 25 mutuelles pour l'exercice 2004/05 (en €)**

<b>CHARGES</b>	<b>Montants</b>	<b>PRODUITS</b>	<b>Montants</b>
<b>I- Charges Assurances maladie</b>	<b>5 167</b>	<b>I- Produits Assurance maladie</b>	<b>9 250</b>
Factures en tiers- payant Hôpitaux	3 092	Quote-part cotisations aux Prestations	9 238
Remboursements médicaments/ labo.	263	Autres produits assurance maladie	12
Factures en tiers- payant CS et PS	390		
Prime au personnel soins primaires	82		
Factures en tiers- payant prestataires privés	660		
Transports malades	418		
Autres soins	262		
<b>II- Charges de fonctionnement</b>	<b>2 713</b>	<b>II- Produits de fonctionnement</b>	<b>4 013</b>
Transports & déplacements	373	Quote-part cotisations au fonctionnement	2 687
Loyer & entretien local	252	Subvention CIDR au fonctionnement	695
Frais de réunions	200	Intérêts bancaires	426
Frais AG	1 250	Produits divers	55
Fournitures & outils de gestion	102	Dons divers	150
Communication & promotion	201		
Indemnisation gestionnaire	264		
Frais bancaires	32		
Autres dépenses	39		
<b>III- Charges liées à l'UMSGF</b>	<b>358</b>	<b>III- Adhésions</b>	<b>1 033</b>
Adhésion	79		
Cotisation fonctionnement	183		
Cotisation fonds de garantie	96		
<b>IV- Autres charges de fonctionnement</b>	<b>230</b>	<b>IV- Autres produits de fonctionnement</b>	<b>658</b>
Dotation aux amortissements	214	Subvention CIDR aux Réserves	536
Charges exceptionnelles	1	Produits exceptionnels	117
		Autres subventions CIDR	195
(ajustement)	15	(ajustement)	4
<b>TOTAL CHARGES</b>	<b>8 468</b>	<b>TOTAL PRODUITS</b>	<b>14 954</b>
Solde créditeur (Excédent)	6 486	Solde débiteur (Déficit)	0
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>14 954</b>	<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>14 954</b>

#### *Subventions*

Les subventions aux mutuelles sont de trois natures distinctes : Les subventions de fonctionnement, les subventions d'équipement et les subventions destinées à leur consolidation financière. Elles sont toutes attribuées essentiellement au cours du premier exercice.

Les subventions de fonctionnement prennent la forme d'une aide financière pour l'organisation des Assemblées Générales pour un montant total de 300 000 à 450 000 GNF, variable selon la taille de la mutuelle (soit environ 125€ à 185€ pour l'exercice 2004/05). Cet apport extérieur relativement conséquent puisqu'il représente jusqu'à deux fois le budget de fonctionnement moyen des mutuelles en première année d'activité, permet d'organiser des AG avec une très forte visibilité. A partir de la deuxième année, l'inexistence de subvention est compensée par l'accroissement des effectifs.

Les mutuelles reçoivent également une subvention en nature d'une valeur d'environ 50 € lors du démarrage de leur activité composée de fournitures de bureau, d'une caisse à monnaie et d'une calculatrice.

A partir de la deuxième année, l'apport du projet aux mutuelles se limite à la fourniture régulière de supports d'animation pour les réunions des instances et la mise à disposition des cartes de membres. Le coût unitaire de fabrication de ces dernières est d'environ 0,10 centimes d'Euro.

Les subventions d'équipement sont destinées à l'acquisition de mobiliers de bureau, à la rénovation et à l'aménagement d'un local. En 2004/05, elles étaient d'un montant de 225 000 GNF, soit un peu moins de 100 € par mutuelle.

En dernier lieu, le projet d'appui intervient en dotant les réserves d'un montant équivalent au total des adhésions collectées au démarrage du premier exercice. Depuis le démarrage du projet d'appui, près de 8,5 millions de GNF ont été apportés (4 500 €). En pourcentage du total des réserves des mutuelles, cet apport extérieur ne représente néanmoins que 17 % des réserves constituées.

A l'inverse des mutuelles qui sont rapidement autonomes vis à vis du projet, l'Union des Mutuelles dispose d'une capacité d'autofinancement très limitée à ce jour. Cela s'explique tant par la taille encore limitée du réseau que par la contribution faible apportée par chaque mutuelle au fonctionnement de l'Union (2 %). En attendant, c'est le projet d'appui qui finance l'essentiel des dépenses de fonctionnement de l'Union. En 2004/05, le budget prévisionnel de l'Union faisait ainsi ressortir des dépenses prévisionnelles de l'ordre de 3,8 millions GNF (1 500 €). Ce budget a fait l'objet d'une subvention à hauteur de 85 % des besoins, le solde étant financé par la contribution des mutuelles.

Le système de garantie de l'Union a reçu également d'importantes subventions de la part du projet d'appui, comme le présente le tableau 4.5. La valeur du fonds se réduit sous l'effet de l'inflation qui n'est que partiellement compensée par les intérêts produits.

**Tableau 4.5 : Situation du fonds d'intervention, au 30 avril 2005**

Libellés	Montants
1- Adhésion des mutuelles : 18 mutuelles x 50 000 GNF	236 €
2- Cotisations des mutuelles (2 % par an)	170 €
3- Apport du CIDR	1483 €
dont exercice 2001/02	658 €
dont exercice 2002/03	263 €
dont exercice 2003/04	126 €
dont exercice 2003/04	436 €
4- Intérêts produits sur le compte dépôt à terme	159 €
<b>Total disponible</b>	<b>2 048 €</b>

A la fin de l'exercice 2005, aucune mutuelle n'avait encore eu besoin de recourir au fonds d'intervention compte tenu de leurs résultats excédentaires. Même s'il n'a pas été utilisé, l'existence du système de garantie permet aux mutuelles d'obtenir des prestataires un délai de paiement de 15 jours sans versement d'une caution.

#### *Situation actuelle et perspectives*

Comme l'expose le tableau 4.6, l'accroissement du montant de la cotisation en francs guinéens courant est resté largement insuffisant au regard de la forte dévaluation de la monnaie guinéenne vis à vis de l'Euro. Jusqu'au début de l'année 2005, la décision politique de ne pas répercuter la forte dévaluation sur le prix des prestations des structures sanitaires a permis aux mutuelles de maintenir leur équilibre financier, avec un taux de sinistralité simplement influencé par les comportements de recours aux soins des mutualistes.

**Tableau 4.6 : Taux de sinistralité, 2000-2005**

	2000/01	2001/02	2002/03	2003/04	2004/05
Cotisation moyenne GNF	3 113	3 128	2 848	3 193	3 252
Cotisation moyenne Euro	2,1	1,8	1,6	1,6	1,3
Taux de sinistralité	42 %	27 %	37 %	33 %	42 %

Le taux de sinistralité a augmenté en 2004 et continuera encore probablement à monter en 2005. En conséquence, le niveau de la cotisation pour l'exercice 2006/07 devrait de ce fait connaître une appréciation significative. Il est en effet impératif de maintenir le taux de sinistralité à un niveau inférieur à 65 % afin de garantir la production d'un excédent destiné à compenser la dépréciation relative des réserves.

## **4.5 Collecte des cotisations**

Le montant de la cotisation est décidé par les membres lors d'une assemblée générale organisée en janvier de chaque année, soit trois mois avant la fin de l'exercice. Le principe adopté est que la totalité de la cotisation soit payée avant le démarrage du nouvel exercice. Sur cette base, les responsables de groupement réalisent l'inscription des membres et informent les chefs de famille du montant total des cotisations à payer. Ces derniers ont trois

mois pour se mettre à jour. Les familles optent généralement pour le paiement fractionné en deux ou trois règlements en espèces.

Des groupements composés de fonctionnaires ou de planteurs « sous contrat » avec des entreprises agro-industrielles optent pour le paiement à la source des cotisations, par le biais d'un paiement en deux ou trois virements directement vers le compte de la mutuelle ou auprès du gestionnaire.

Dans certaines mutuelles rurales, il est également arrivé que les membres d'un même groupement s'organisent pour mettre en valeur une parcelle afin d'utiliser les bénéfices des ventes pour le paiement des cotisations de l'ensemble des familles.

### *Procédures de collecte*

Les fonds collectés par les responsables de groupement sont régulièrement réunis au niveau du gestionnaire, à l'occasion de réunions auxquelles participent normalement les responsables du bureau. Le gestionnaire a la responsabilité de verser les fonds au Crédit Rural de Guinée. Lors des versements, il met directement en œuvre la dissociation entre les réserves, le budget de fonctionnement et le budget de prestations, en versant les sommes considérées sur des comptes distincts (cf. Diagramme 4.2)

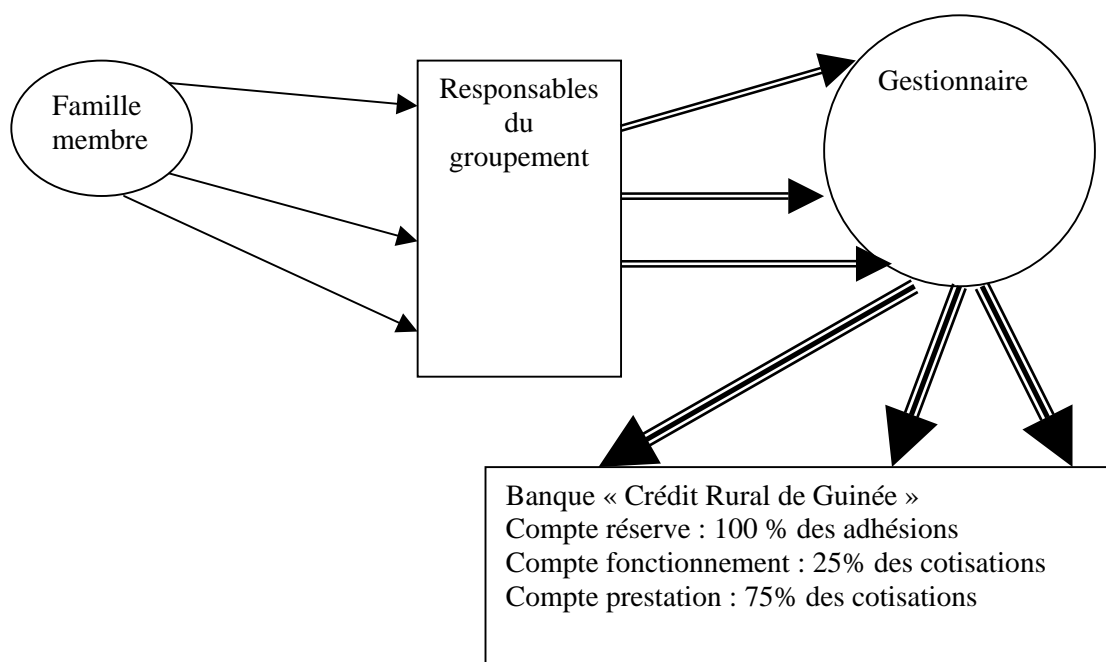
La collecte des cotisations est normalement achevée le premier jour du nouvel exercice. Dans les faits, la distribution des cartes intervient souvent dans le courant du premier mois d'exercice. Afin de stimuler la collecte des cotisations et de garantir le bon fonctionnement des mutuelles, des règles communes au réseau ont été adoptées. Ainsi, ne peuvent recevoir leur carte que les familles:

A jour à 100 % de leur cotisation.

Membres d'un groupement dont au moins les trois quart des familles sont à jour de leurs cotisations.

Dont la mutuelle a collecté au moins 80 % du montant total des cotisations au titre du nouvel exercice.

Les familles en retard peuvent se mettre à jour après la distribution des cartes, en acceptant de subir un délai de carence de un à deux mois (selon la mutuelle). Les cotisations payées de façon incomplète ne sont ni restituées, ni considérées comme une avance pour l'exercice suivant.

**Diagramme 4.2 : Procédure de collecte des cotisations***Difficultés rencontrées (et solutions)*

Ce système de collecte de cotisations a l'avantage d'être bien adapté à la nature et au niveau des revenus mobilisés par les familles en milieu rural. Il est souple, privilégie la proximité et garantit un contrôle des fonds dans la mesure où les contacts avec le gestionnaire et le bureau sont réguliers. A l'inverse, il multiplie les interlocuteurs et de ce fait augmente les risques d'erreur, vol ou détournement.

En milieu urbain, du fait de l'éparpillement géographique des familles au sein de certains groupements, la collecte pose des problèmes aux responsables qui sont obligés à de fréquents et coûteux déplacements. Néanmoins, comme le montre le tableau 4.7, les taux de réalisation et de recouvrement des cotisations attendues sont corrects depuis le démarrage des mutuelles.

Les cotisations attendues sont calculées à partir du nombre de nouvelles familles ayant payé leurs droits d'adhésion, des anciennes familles ayant déclaré leur intention de recotiser et le nombre de bénéficiaires. L'écart entre les cotisations attendues et les cotisations réalisées s'explique par les familles n'ayant finalement pas commencé à cotiser ou ayant interrompu leurs versements. Dans la mesure où aucune carte n'est délivrée avant le versement de la totalité de la cotisation, le taux de recouvrement des cotisations chez les mutualistes pris en charge est de 100 %.

**Tableau 4.7 : Collecte des cotisations**

	2004/05	2003/04	2002/03	2001/02	2000/01
Cotisations attendues	52 821 600	31 466 800	17 146 500	14 318 650	nd
Cotisations réalisées	45 844 900	28 283 670	15 919 850	13 130 250	1 017 041
Taux de réalisation	87 %	90 %	93 %	92 %	nd
Taux moyen de recouvrement des cotisations	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Seulement deux cas de détournement important de cotisations ont été observés dans l'histoire du réseau. Dans un premier cas, la moitié des responsables des groupements d'une mutuelle a détourné les cotisations réglées par les familles. Suite à ce détournement, détecté tardivement avec l'intervention extérieure du projet, les responsables ont perdu totalement la confiance de la population et la mutuelle connaît depuis une crise difficile à dépasser.

L'autre cas est le fait d'un gestionnaire. Celui-ci collectait les cotisations annuelles dans une usine agro-industrielle où les producteurs vendaient leurs récoltes à l'entreprise. Cette centralisation des paiements a facilité le détournement. La fraude a rapidement été détectée par le bureau et le Président de la mutuelle, qui ont pu trouver une solution autonome en mobilisant l'ensemble de la communauté villageoise. A l'inverse du cas précédemment exposé, cet événement a prouvé la capacité de contrôle du bureau de la mutuelle et a eu un effet positif sur les nouvelles adhésions pour l'exercice suivant.

## 4.6 Gestion des demandes de prise en charge

### *Procédures de règlement des demandes de prise en charge*

Comme le décrit le diagramme 4.3, le règlement des demandes de prise en charge implique deux versements : Un remboursement des frais de transport aux membres et un règlement aux prestataires de soins.

Avant de se rendre à l'hôpital, chaque malade désirant être pris en charge par la mutuelle sollicite au préalable une « autorisation de prise en charge » auprès du gestionnaire (ou de son responsable de groupement dans certaines mutuelles sous préfectorales). Muni de sa carte de membre et de son autorisation, le malade se rend à l'hôpital où il est accueilli par un agent désigné au sein de l'établissement pour l'accueil des mutualistes (à l'hôpital régional de N'Zérékoré, la taille de la structure et la fréquence des cas de malades mutualistes a nécessité le recrutement par le projet d'un agent de contact). Le malade règle directement le prix de la consultation (0,20€) à titre de co-paiement.

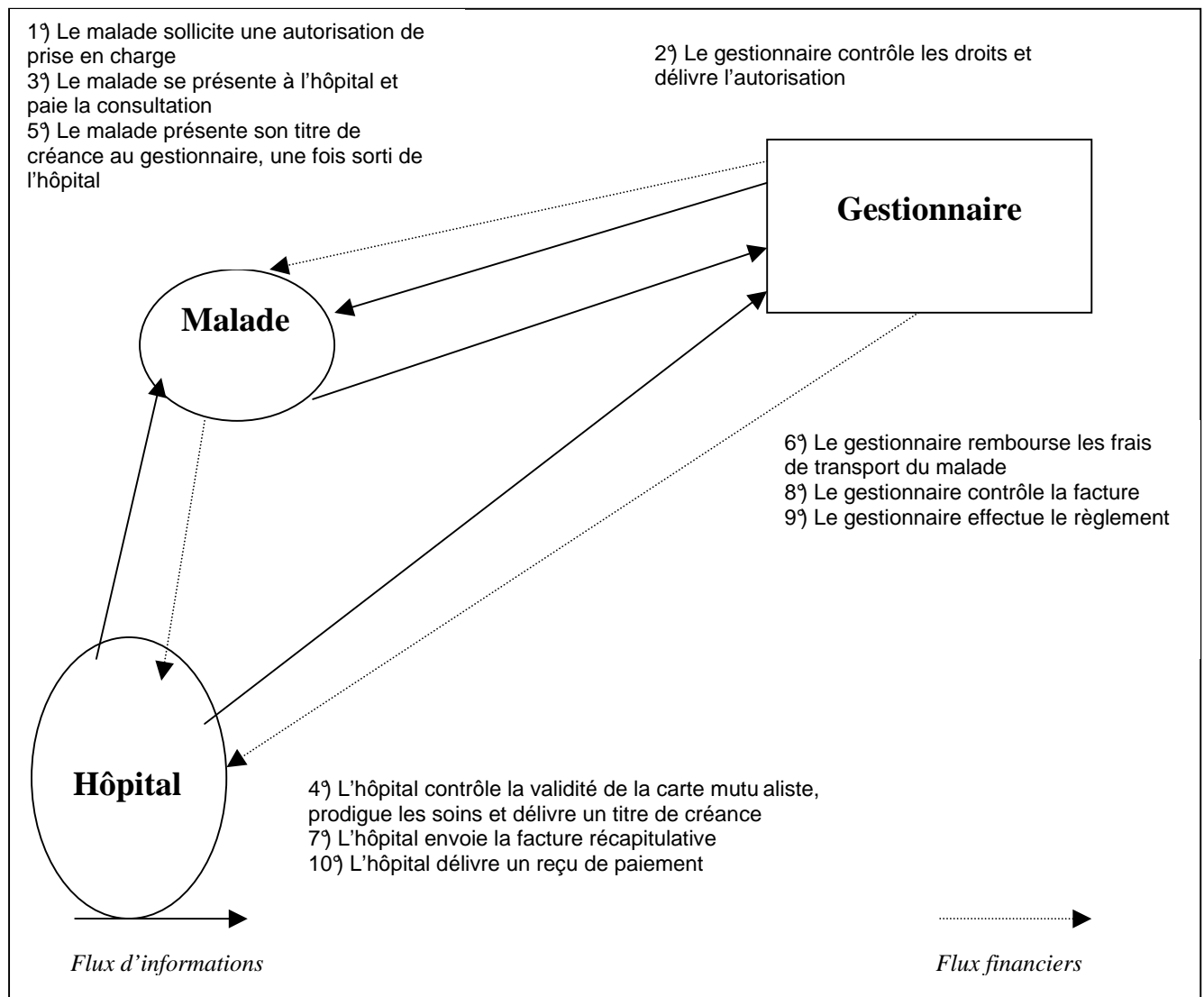
Suite à la consultation, si une hospitalisation est décidée, il est couché et pris en charge dans le cadre du tiers payant pour l'intégralité des frais. A sa sortie, l'hôpital lui remet un titre de créance qui justifie de la typologie et du tarif des soins qui lui ont été prodigués. Rentré au village, le malade est tenu de se présenter devant le gestionnaire afin de lui faire un compte rendu de son hospitalisation et de lui remettre le titre de créance délivré par l'hôpital. Sur la

base de ce document, qui prouve que le malade a bien été hospitalisé, le gestionnaire rembourse au malade le « forfait transport » au montant prévu lors de la dernière assemblée générale.

Chaque mois, l'hôpital établit une facture récapitulative de l'ensemble des malades pris en charge dans le cadre du tiers payant, en faisant apparaître pour chaque malade son nom, sa mutuelle et son groupement d'appartenance, son numéro de carte, la date de soins, le type et le tarif des soins. Une facture type identique est utilisée par l'ensemble des structures conventionnées. Le gestionnaire contrôle la facture transmise par l'hôpital sur la base des autorisations de prise en charge délivrées et des titres de créances réceptionnés. Il dispose alors de 15 jours pour s'acquitter de la facture.

Les règlements sont réalisés en espèces, soit directement par le gestionnaire auprès de l'agent administratif de l'hôpital, soit par un tiers (autre gestionnaire mutualiste ou agent du projet) pour les mutuelles rurales distantes. L'hôpital délivre un reçu de paiement, une fois la facture acquittée.



**Diagramme 4.3 : Procédure de règlement des demandes de prise en charge**

### Difficultés rencontrées

Les coûts indirects liés aux déplacements du gestionnaire pour le règlement des factures aux hôpitaux sont élevés (temps et transport) au regard des versements effectués. Du fait du niveau très faible de bancarisation en Guinée, les procédures de règlement des factures de compte à compte sont actuellement impossibles à mettre en œuvre. Le dépôt d'un fonds d'avance à l'hôpital et l'espace des opérations de régularisation pourraient être une solution envisagée, lorsque la confiance entre les mutualistes et les prestataires aura été établie.

Des erreurs dans la facturation sont fréquemment relevées par les gestionnaires avant le règlement. Elles sont souvent liées à des problèmes d'identification des personnes prises en charge (interférences patronyme identique, mélange entre le prénom d'usage, le prénom de baptême, le prénom animiste...) ou de facturations multiples pour un seul malade. Il arrive donc que des factures soient rejetées par le gestionnaire pour correction.

Avec la croissance des effectifs des mutuelles et de développement du réseau des prestataires, ce schéma d'organisation, imposé par l'inexistence de services bancaires et de l'informatisation en milieu rural, risque de poser des problèmes dans la gestion des flux d'informations et le contrôle des flux financiers. De ce fait, le contrôle des factures par les gestionnaires et leur capacité à discuter, en connaissance de cause, des procédures administratives en cours dans les hôpitaux avec les agents hospitaliers, constituent un enjeu essentiel pour l'avenir. En cas de litige, la présence de l'agent de contact et du médecin conseil est souvent nécessaire.

**Tableau 4.8 : Le règlement des demandes de prise en charge en détails**

Rubriques	Observations
Parties impliquées dans le règlement des prises en charge	Gestionnaire de la mutuelle et membres du bureau
Documents exigés pour la demande de prise en charge	Autorisation de prise en charge et titre de créance
Forme de règlement des prises en charge	Paiement en espèce (services de santé et mutualistes)
Délai moyen entre l'occurrence de l'événement assuré et le dépôt de la demande de prise en charge	Aucun
Délai moyen des intermédiaires	Pas d'intermédiaire externe à la mutuelle
Délai moyen entre le dépôt de la demande et le règlement	2 semaines pour les services de santé et 3 à 4 jours pour les mutualistes
Taux de rejet des demandes de prises en charge	Estimé à 2-3 % principalement pour les mutualistes demandant un remboursement abusif de leurs frais de transport.

## 4.7 Gestion du risque et mesures de contrôle

### *Risque moral*

Des mesures classiques de contrôle ont été mises en place :

Pour les hospitalisations : Le copaiement et la prise en charge partielle des frais de transport permettent d'éviter une consommation de confort et le recours aux prestataires est circonscrit aux cas d'urgence.

Pour les soins ambulatoires : La présence d'un ticket modérateur a un effet dissuasif sur la consommation médicale et permet donc de protéger les résultats techniques du régime d'assurances.

### *Sélection adverse*

Le principe de l'adhésion familiale a été retenu comme principal moyen de lutter contre la sélection adverse. La définition de l'unité de compte n'a pas posé de problèmes spécifiques. La taille unitaire d'une famille polygame est de 9 unités. La période de collecte fermée ne rend pas opportune l'application d'un délai de carence supérieur au temps nécessaire pour la remise des cartes (approximativement une semaine). Le choix d'intégrer des interventions

chirurgicales programmées dans les garanties exposait à un risque élevé d'anti-sélection<sup>19</sup>. Des fréquences élevées d'intervention chirurgicale ont été observées mais leur impact a été limité, car leurs coûts a pu être maîtrisé.

### *Fraude*

La fraude peut prendre différentes formes et le projet d'appui a mis en place un certain nombre de procédures qui visent à circonscrire la réalisation de ces risques. La délivrance des autorisations préalables par le gestionnaire avant toute prise en charge permet, en amont, de vérifier que les prises en charge sont justifiées et que les droits des mutualistes sont bien ouverts. Cette disposition s'accompagne de mesures de contrôle de l'identité des bénéficiaires quand ils se présentent dans une structure conventionnée.

Le recours à un médecin conseil a également été retenu comme capacité de contrôle *a posteriori*. Le médecin conseil établit un rapport trimestriel de l'activité des mutuelles de santé auprès des prestataires de santé. L'audit est effectué au sein des structures hospitalières et il est demandé au médecin conseil d'analyser spécifiquement des indicateurs relatifs à la consommation (nombre de patients soignés, pathologies, soins distribués) et à son coût (pour les mutuelles, les mutualistes et les prestataires). Il lui est également demandé de vérifier le respect des conventions par les prestataires et la logique des protocoles de soins appliqués aux mutualistes.

### *Risque d'escalade des coûts*

Le système sanitaire guinéen prévoit une facturation forfaitaire par les prestataires. Cette mesure permet de circonscrire le risque d'envolée des tarifs. Il pourrait cependant être remis en cause en cas de renchérissement important du coût des médicaments par exemple. Le niveau des cotisations devra alors être adapté.

### *Risque de covariance*

Le risque de covariance est limité par l'augmentation constante du nombre d'assurés. La mutualisation des risques est également renforcée par l'autonomie de résultats de chaque mutuelle. Il n'est donc pas à craindre un effet château de cartes si l'une des mutuelles connaissait une défaillance.

## **4.8 Marketing**

La promotion du réseau est réalisée par les responsables mutualistes, avec dans certains cas, l'appui des membres du projet. Durant les premières années, cette fonction était effectuée de façon bénévole. A compter de l'exercice 2005/06, il a été décidé que les responsables des groupements et les membres du bureau recevront une indemnisation annuelle calculée sur la base d'un maximum de 4 % du montant total des cotisations collectées.

---

<sup>19</sup> La plupart des pathologies pouvant faire l'objet d'une opération chirurgicale programmée, comme les fibromes, hernies et goitres, sont connues du patient qui peut décider d'adhérer à une mutuelle afin d'obtenir une prise en charge de sa pathologie à moindre prix.

**Tableau 4.9 : Responsabilités en terme de marketing**

Marketing, communication	Groupement	Mutuelle	UMSFG	Appui Projet
Qui informe les membres sur les garanties et leur extension ?	Responsables			
Qui recherche les nouvelles familles ?	Responsables			
Qui recherche les nouveaux groupements ?		Bureau + gestionnaire		
Qui réalise la création des nouvelles mutuelles ?				Unité technique
Qui réalise la promotion du mouvement mutualiste (radio, affichage, etc.) ?			Bureau	Unité technique

Le tableau 4.9 détaille la répartition des rôles entre les différents acteurs. Des activités de communication sont mises en œuvre pour soutenir et conforter le travail de promotion réalisé par les responsables de groupement. Elles sont financièrement à la charge du projet d'appui, mais elles sont définies en concertation avec les responsables de l'Union des Mutuelles. Dans l'éventail des actions de marketing, la diffusion de l'information par les responsables des mutuelles appuyés par les membres du projet constitue la principale activité, du fait de l'importance de la culture orale dans l'environnement. Cela peut passer par des réunions villageoises organisées avec l'implication des autorités morales et administratives, des interventions dans les lieux de cultes ou à l'occasion des réunions de groupements tontiniers. Des émissions de radio sont diffusées, en particulier durant les trois mois de la collecte des cotisations et des cassettes audio ont été enregistrées dans les différentes langues vernaculaires

Par ailleurs, une charte graphique a été conçue pour le réseau des mutuelles, avec un logo et des couleurs qui lui sont propres. Dans chaque village, pour chaque mutuelle, un local est aménagé et décoré aux couleurs du réseau. Des panneaux d'indication sont déposés sur les grands axes et des supports de promotion ont été déposés dans l'enceinte des principaux prestataires de soins. Chaque année, des tee-shirts sont édités et diffusés dans les nouvelles mutuelles. Enfin, une lettre trimestrielle est éditée et diffusée dans tous les groupements, à tous les prestataires, à un réseau de personnes ressources, ainsi qu'aux responsables administratifs et politiques locaux. Le budget promotion annuel est d'environ 2 000 € par an.

Aucun indicateur n'a été véritablement construit pour mesurer l'impact de ces actions de communication. Cependant, le réseau dispose d'une visibilité certaine dans les trois préfectures d'intervention. Pour preuve, des sollicitations d'intervention ont été à plusieurs reprises formulées auprès du projet d'appui par des ressortissants ou des élus de villages volontaires, pour le démarrage d'une mutuelle de santé. La taille atteinte par les effectifs de personnes assurées et l'ampleur du réseau de prestataires garantit par ailleurs une très bonne visibilité auprès de l'administration sanitaire dans la région.

## 4.9 Satisfaction des membres

### *Renouvellement de la cotisation*

Les taux de recotisation se sont maintenus à un niveau satisfaisant (entre 81 et 88 % depuis le démarrage du programme). Ils sont du même ordre que les taux de fidélisation qui exprime le pourcentage des ménages cotisants en année N sur le nombre de ceux ayant cotisé au moins une fois depuis le lancement de la mutuelle. Ces deux indicateurs traduisent indirectement un niveau de satisfaction élevé pour le produit proposé. Les motifs invoqués par les non recotisants sont principalement liés à des problèmes matériels comme l'indique le tableau 4.10

**Tableau 4.10 : Motifs de non-renouvellement**

Motifs matériels	% d'enquêtés ayant cité le motif *
Problèmes d'argent	58,30
Dépenses exceptionnelles	16,70
Familles trop nombreuses	8,30
Manque d'information	16,70
Absence durant la période de cotisation	5,60
<b>Efficacité du produit</b>	
Découragement car jamais malade	2,80
Maladies non couvertes	19,40
Couvertures insuffisantes	13,90
<b>Manque de confiance dans la mutuelle</b>	8,30

Enquête réalisée en 2003 auprès de 40 non recotisants

\* Nombre / réponses multiples possibles par enquêté.

On notera que les deux raisons traduisant une insatisfaction sur le produit proposé (maladie pas ou insuffisamment couverte) viennent en deuxième position après le manque d'argent. Ces informations ont conduit le programme à conseiller aux mutuelles d'étendre les garanties aux soins ambulatoires.

Le manque d'information est également un facteur important sur lequel les mutuelles peuvent agir. Parmi les critères socio-économiques étudiés, le niveau d'éducation - plus faible chez les non recotisants - est apparu comme la seule variable différent significativement chez les cotisants et les non recotisants. On confirme ici que le niveau d'éducation, s'il n'est pas lié à celui des revenus, influe sur l'acceptabilité du principe de l'assurance en santé.

### *Satisfaction des membres*

Le niveau de satisfaction exprimé par les membres au cours des enquêtes est élevé puisque 50,5 % d'entre eux se sont déclarés très satisfaits et 42,4 % satisfaits des services fournis par les mutuelles. Les mutualistes ont, dans leur majorité, confiance dans leurs responsables, même si certains déplorent un manque d'attention à leurs problèmes. La disponibilité des membres du bureau et des gestionnaires est un facteur important de satisfaction et d'entretien de la confiance des mutualistes.

Les mutualistes perçoivent une amélioration dans leurs relations avec les services de santé, variable cependant selon les formations sanitaires. La présence d'un agent référent indemnisé par l'UMSGF est particulièrement appréciée.

Cette opinion positive n'empêche pas la totalité des mutualistes de souhaiter que les mutuelles étendent leurs garanties. Leurs souhaits portent sur des maladies spécifiques (probablement celles des répondants) ou une prise en charge totale de tous les soins. Les soins ambulatoires sont cités par 61,6 % des répondants qui demandent également que les mutuelles puissent résoudre le problème de la disponibilité en médicaments dans les services de santé. D'autres, moins nombreux, expriment le souhait que les mutuelles puissent se doter de leurs propres structures hospitalières.

## 5. Les résultats

### 5.1 Information de gestion

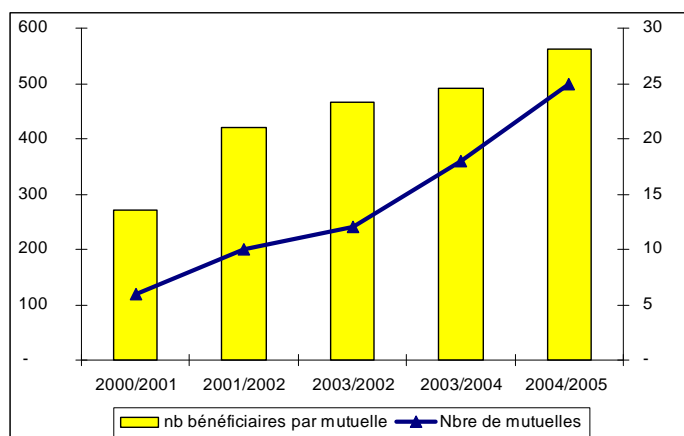
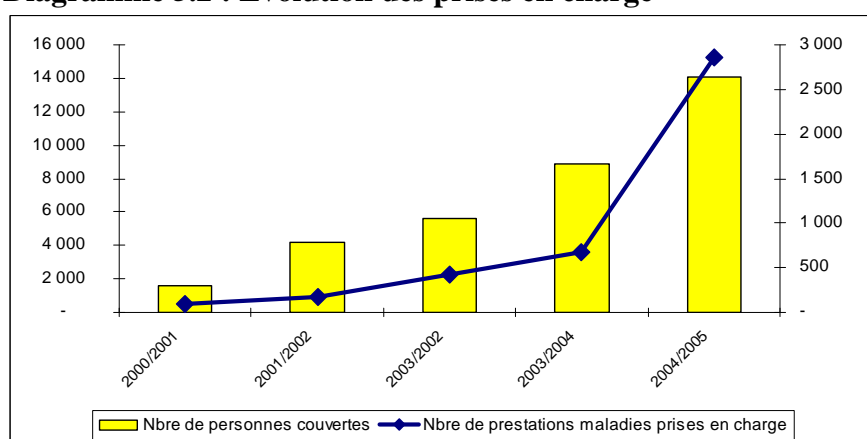
La base de données utilisée par le projet, permet l'émission d'indicateurs de performance et d'impact et leur mise en perspective de manière pluriannuelle. La recherche d'informations mises en perspective est un atout pour devancer la réalisation des risques de surconsommation ou de déséquilibre technique de la cotisation par exemple. Les indicateurs ont été retenus selon leur intérêt à analyser le portefeuille de risques:

- Adhésions et cotisations (nombre de mutuelles, nombre de bénéficiaires, total cotisations collectées assurance, taux cotisations acquises).
- Prestations (nombre de prises en charge assurance, total des prestations assurance, qualité du portefeuille de risques, coût moyen des prestations assurance, durée moyenne de séjour comparée d'une hospitalisation, fréquence moyenne assurance).
- Impact (taux de pénétration, taux de croissance brut, interne et externe, taux de fidélisation et de recotisation, nombre moyen bénéficiaires par mutuelle).
- Ratios de solvabilité (taux de réserve, ratio de sinistralité, résultat net, taux d'autofinancement).

Les outils actuellement utilisés permettent d'avoir une photographie du réseau à un instant "t" et ainsi de pouvoir obtenir des informations sur les risques auxquels les mutuelles de santé peuvent être exposées. Ils permettent également l'instruction du SEP (Suivi Evaluation de Programme) destiné au siège du CIDR. Cependant, ces outils ne permettent pas un suivi précis des risques et présentent un risque élevé d'erreur du fait de la fragilité des fichiers Excel sur lesquels sont compilées et analysées les informations. Cette situation confirme l'importance du développement d'un outil spécifique de gestion du risque.

### 5.2 Résultats d'exploitation

Comme on peut le voir dans le diagramme 5.1, le nombre de personnes couvertes augmente très régulièrement depuis la mise en place des premières mutuelles. La croissance est à la fois tirée par l'augmentation du nombre de mutuelles (de 6 en 2000/01 à 25 en 2004/05) et par la croissance interne. Signe de vitalité du réseau, la taille moyenne des mutuelles est en effet passée de 270 à 563 bénéficiaires.

**Diagramme 5.1 : Evolution des mutualistes et des mutuelles****Diagramme 5.2 : Evolution des prises en charge**

L'analyse du nombre de prestations délivrées par rapport au nombre de personnes couvertes laisse apparaître de fortes variations en fin de période. Le nombre de prestations par bénéficiaire a connu en 2004-2005 une très sensible augmentation, passant de 0,05 recours en 2000/01 à 0,20 en 2004/05. Cette augmentation très sensible a été compensée par une diminution tout aussi importante du montant unitaire moyen des prestations qui est passé de 13,49 € à 1,94 €. Cela s'explique par les modifications apportées aux produits d'assurance et notamment par la prise en charge des risques ambulatoires (prestations réalisées dans les postes et centres de santé).

**Tableau 5.1 : Volume et montant des prises en charge (2000-2005)**

Année	2000/01	2001/02	2003/02	2003/04	2004/05
Nombre prestations sur nombre bénéficiaires	0,05	0,04	0,08	0,08	0,20
Coût moyen unitaire des prestations	13,49	11,06	6,94	5,55	1,94

### 5.3 Résultats financiers

La rentabilité et la viabilité du réseau sont analysées à deux niveaux : Les mutuelles de santé et les structures factières (l'UMSGF et la future Unité Technique). Toutes les mutuelles ont enregistré un résultat net positif au cours des cinq premières années de fonctionnement. Le



tableau 5.2 ci-dessous résume les résultats et les indicateurs obtenus au cours du dernier exercice.

Avec un ratio combiné de 71,7 %, les mutuelles ont dégagé un profit de 28,3 % sur les cotisations nettes acquises. Les objectifs actuellement retenus pour atteindre la viabilité d'une mutuelle primaire sont déterminés comme suit :

- Le ratio de sinistralité doit être inférieur à 65 %. Sur l'ensemble du réseau ce ratio a été inférieur à 50 % au cours des premiers exercices. Il était de 44 % pour l'exercice 2004/05.
- Le ratio frais de gestion directs (hors cotisation à l'UMSGF) /cotisation doit être inférieur à 17,5 %. Au cours du dernier exercice avec un ratio frais de gestion/cotisations nettes acquises de 27,9 %, cet objectif n'a pas été atteint en raison du coût élevé des Assemblées générales (50 % des frais directs de gestion) qui pourra être réduit dans l'avenir.
- Une contribution à hauteur de 17,5 % des cotisations acquises doit être affectée au financement des charges de fonctionnement du réseau. Le niveau de contribution actuelle est de 2 %. Il sera progressivement augmenté pour atteindre les objectifs fixés.
- Le taux de réserve doit être maintenu à hauteur de 75 % des prestations servies pour l'exercice N-1. A la fin du dernier exercice (2004/05), le taux de réserve s'élevait à 512 %.

**Tableau 5.2 : Compte de résultat et principaux indicateurs (2004/05)**

<b>Compte de résultat 2004-2005 (€)</b>	
Cotisations acquises	11 925
Contribution au fond de garanties	96
Cotisations nettes acquises	11 829
Cotisations non perçues	12
Cotisations nettes perçues	11 817
Prestations versées	4 923
Prestations non versées	244
Charges en prestations	5 167
Charges d'exploitation	3 301
Résultat technique	3 350
<b>Principaux indicateurs (%)</b>	
Ratio de sinistralité	43,7
Ratio frais de gestion	27,9
Ratio combiné	71,7
Ratio résultat technique	28,3
Ratio résultat d'exploitation	3,0

L'autonomie financière des structures faïtières constitue, pour le programme, un objectif à moyen terme. La couverture à 50 % des charges de l'Union et de son Unité Technique (environ 36 000 €) moyennant le versement de 17,5 % des cotisations acquises pourra être obtenue avec un effectif proche de 65 000 bénéficiaires. Ceci constitue l'objectif final de bénéficiaires à atteindre qui permettra à l'UMSGF de couvrir 70 % de ses charges (coûts de

l'Unité technique compris). Les 30 % restants proviendront de la vente de services à des tiers (missions d'expertise, suivi du risque pour d'autres systèmes de micro assurance).

Comme l'expose le tableau 5.3, les réserves cumulées du réseau des mutuelles sont importantes, en rapport aux prestations servies. Elles ont été constituées à hauteur de 83 % par les excédents d'exploitation des mutuelles constatés au cours des premiers exercices et par des dotations du programme 17 %. Les réserves donnent aux mutuelles de santé la capacité de supporter de nouveaux risques sans avoir à faire appel au fonds de garantie.

**Tableau 5.3 : Réserves et prestations (2000-2005)**

	2004/05	2003/04	2002/03	2001/02	2000/01
Montant consolidé des réserves (GNF)	48 259 697	27 408 435	15 434 741	2 446 000	1 017 041
Montant consolidé (Euro)	12 699	11 242	7 717	1 405	593
Taux de réserves/prestations n-1	512 %	466 %	437 %	142 %	ns
Taux de réserves/prestations n	253 %	294 %	262 %	69 %	ns

**Tableau 5.4 : Principaux résultats**

Résultats	2000	2001	2002	2003	2004
Résultat net (hors subvention d'exploitation) (Euro)	3 444	8 408	8 535	13 260	13 719
Cotisations acquises (montant) (Euro)	2 944	7 546	7 841	11 605	11 925
Prestations versées /cotisations acquises (%)	42	27	37	33	42
Frais de gestion / cotisations (%) (fournitures et frais de réunions)	nd	32	27	24	21
Commissions / Cotisations (%)	0	0	0	0	0
Réassurance / Cotisations (%)	2	2	2	2	2
Réserves perçues durant l'exercice / Cotisations (%)	nd	10,8	81,5	42,3	45,5
Produits nets perçus durant l'exercice / cotisations (%)	87	112	37,9	52,8	44,8
Coût des prestations versées / nombre total d'assurés	0,76	0,48	0,52	0,41	0,35
Evolution du nombre d'assurés (%)	Ns	180	27	59	59
Produits résultant du placements des cotisations (%)	0,1	0,7	0,4	1,7	2,8
Pourcentage du bénéfice distribué	0	0	0	0	0
Taux de recotisation (%)	nd	88	80	82	81

## 5.4 Impact sur les politiques de protection sociale

Le programme n'a pas encore procédé à une évaluation formelle de son impact sur l'environnement. Pour autant, les résultats, obtenus à mi-parcours, ont été diffusés lors de différents ateliers organisés au niveau central. Ils ont contribué à crédibiliser l'approche mutualiste de gestion de la micro assurance santé. A l'initiative du Ministère de la Santé, il a participé à l'élaboration d'un projet de Loi sur la mutualité en santé.

L'impact des mutuelles de santé sur la réduction des pratiques parallèles - la pression qu'elles exercent pour que les services de santé améliorent leur performance en matière

d'approvisionnement en médicaments - contribue indirectement à diminuer les exclusions à des soins de qualité, qui frappent aussi bien les mutualistes que les non-mutualistes.

Le lobbying effectué par le programme a contribué à la prise de conscience par le Ministère de la Santé, de l'intérêt mais également des limites de la micro assurance maladie pour réduire les exclusions des services de santé. Sur financement de la Banque Mondiale, un mécanisme complémentaire donnant un accès gratuit aux plus démunis (Fonds d'Equité) est en cours de réflexion. L'opportunité pour les mutuelles de santé de s'impliquer dans la gestion de ce fonds est à l'étude.

## 6. Le développement de produits de micro-assurance

Suite à la réalisation d'études préliminaires, les déterminants principaux de la viabilité d'un système de micro assurance ont été identifiés :

- Fonctionnalité et couverture de l'offre de soins.
- Caractéristiques économiques et sociales de la région.
- Ouverture des partenaires potentiels à la mise en oeuvre d'un programme de micro assurance santé à gestion mutualiste.
- Identification des difficultés financières des usagers de services en cas de maladie.

Les éléments d'opportunité ayant été identifiés, une étude de faisabilité a été conduite afin de caractériser la demande d'assurance et sa solvabilité. Des enquêtes sur les budgets familiaux ont été menées afin de situer le niveau de contribution possible. Elles ont été complétées par des sondages dans le but de connaître les intentions de cotisations.

Ces enquêtes ménages avaient également pour but d'identifier les risques prioritaires auxquels les familles étaient confrontées en cas de maladie. A ce stade de la recherche, la dispersion des réponses des enquêtés n'a pas permis de sélectionner les prestations à couvrir entre les soins ambulatoires (petits risques) et les hospitalisations (gros risques).

Ce processus d'élaboration des garanties s'est déroulé en l'absence de référence à des systèmes d'assurance maladie existants. Dans la région, à l'exception de réfugiés bénéficiant de soins gratuits, grâce à l'intervention du HCR, aucun système d'assurance n'était connu des villageois.

Un système de suivi évaluation a été mis en place dès le démarrage des premières mutuelles. Il a été progressivement complété. Les taux de pénétration initiaux et les taux de recotisation ont été les deux indicateurs objectifs pour évaluer l'attractivité des produits offerts par les mutuelles. Des données qualitatives ont pu être collectées lors des réunions du CA et au cours des Assemblées Générales.

### 6.1 Formulation des produits

La première année du programme a été consacrée à la définition des produits et des modalités d'organisation et de gestion des mutuelles. Un diagnostic poussé de l'offre de soins a été mené. Des critères de qualité techniques et perçus de l'offre et de fonctionnalité ont été utilisés pour repérer les forces et les faiblesses des prestataires potentiels. Des réunions d'information ont été tenues pour connaître leur positionnement vis à vis des futures mutuelles. Les prestations de soins pouvant être couvertes par les mutuelles ont été sélectionnées.

L'estimation du coût des produits n'a pas été difficile en raison de la facturation forfaitaire appliquée par les prestataires et de l'obligation, imposée par le Ministère de la Santé, d'appliquer, pour les mutualistes, les mêmes tarifs que pour les non-mutualistes. C'est l'estimation des fréquences prévisionnelles de consommation des assurés qui a posé le plus

de difficultés en l'absence de statistiques fiables. A défaut, les données de suivi d'autres programmes de mutuelles menés par le CIDR ont été utilisées.

Une gamme diversifiée de prestations à couvrir a été proposée aux adhérents potentiels dans cinq villages test. Un des principaux critères de choix a été le prix de la cotisation correspondante. Le choix des mutualistes s'est en priorité porté sur les soins hospitaliers pour lesquels une couverture à 100 % pouvait être proposée à un prix compatible avec le montant moyen de cotisation qu'ils étaient prêts à verser à la mutuelle.

## 6.2 Analyse des risques et définition des outils

Le programme avait prévu une phase test de trois ans pour valider la faisabilité de mutuelles gérant des produits de micro assurance santé. A l'issue de la première année du programme, six mutuelles « pilotes » ont été mises en place en milieu rural dans les Préfectures de Yomou et de N'Zérékoré afin de tester les mécanismes du tiers payant avec les deux hôpitaux. Le choix de concentrer les mutuelles pilotes dans deux préfectures a permis d'obtenir une meilleure visibilité pour les prestataires.

La fonctionnalité des procédures de gestion de la micro assurance par les mutuelles a également pu être appréciée. Une nouvelle vague de mutuelles a été lancée l'année suivante selon les mêmes modalités que les premières et avant qu'une validation formelle de toutes les procédures ne puissent encore être effectuées. Une évaluation a été réalisée en fin de phase. Elle a permis de valider un modèle à diffuser à plus grande échelle.

Les conclusions de l'évaluation ont conduit à valider les produits de microassurance santé distribués par les mutuelles. En revanche, elles n'ont pas confirmé le bien fondé des produits de crédits santé gérés par les groupements en raison de leur moindre attractivité pour les mutualistes, et de la difficulté de suivi de cette activité. Le programme a été invité à se concentrer sur l'activité d'assurance et de laisser les groupements gérer de façon autonome l'activité de crédit, qui n'a plus été appuyée lors du lancement des nouvelles mutuelles créées à partir de l'année 2002. L'activité « crédit » est une option possible que les groupements peuvent mettre en œuvre à leur initiative et sous leur responsabilité, le programme ne pouvant s'impliquer dans son suivi.

## 6.3 Les coûts de développement des produits

En raison de son caractère innovant pour le pays (rareté des systèmes d'assurance maladie et nouveauté de la micro assurance santé, absence de compétences et de structures porteuses disponibles) - le coût du programme correspond à la mise à disposition d'une assistance technique (un expert en mutuelles de santé), à la formation et à la prise en charge de cadres et d'animateurs locaux et à la fourniture d'un appui financier jusqu'à l'atteinte de l'autonomie technique du réseau prévue en 2007. Le coût total du programme a été de 1,08 millions € sur 6 ans de 1999 à 2005. Durant cette période, différents organismes ont contribué au financement du programme : L'Union Européenne, la Fondation Michelham, le Ministère français des Affaires Etrangères et l'UNICEF.

Le programme a été mis en oeuvre à l'initiative du CIDR. Il a bénéficié de la présence d'un expert du CIDR à temps plein, de missions d'appui technique et méthodologique du siège et d'expertises ponctuelles dans le domaine de la gestion du risque maladie, l'analyse des coûts de fonctionnement des services de santé partenaires. Des formations spécifiques de cadres de la future Unité Technique et de l'UMSGF ont également été réalisées à l'étranger.

## 7. Conclusions

### 7.1 Perspectives

L'objectif à long terme du programme est d'assurer le fonctionnement pérenne d'un réseau mutualiste régional qui puisse:

- Améliorer la capacité des usagers des services de santé à bénéficier de soins de qualité à des prix abordables et à négocier leur contribution financière.
- S'articuler avec d'autres mécanismes financiers comme un fonds d'équité afin de prendre en charge les personnes handicapées qui ne peuvent pas s'acquitter du montant de leurs cotisations mutualistes.

Afin d'atteindre cet objectif, l'organisation d'un réseau mutualiste géré efficacement est au cœur des priorités des trois années à venir. La démarche d'institutionnalisation devrait inclure:

- Le renforcement des capacités de l'UMSGF avec le recrutement d'un secrétaire général maîtrisant les techniques de l'assurance maladie.
- Sous la gouvernance de l'UMSGF, la structuration d'un service technique spécialisé composé d'un spécialiste en suivi et gestion du risque maladie et d'un médecin conseil. Le service pourra vendre des prestations à d'autres systèmes de micro assurance.

- L'appui conseil aux mutuelles primaires par trois agents mutualistes pour le réseau.

La stratégie de croissance adoptée pour atteindre les objectifs de recrutement correspondant au seuil de viabilité du réseau comporte plusieurs axes :

- La croissance interne des mutuelles existantes pour atteindre un taux de pénétration (bénéficiaires assurés/population cible) de 30 %.
- L'extension des garanties proposées avec, selon la décision des mutuelles, le lancement ou non de différents produits.
- Un partenariat avec une Ong (Santé Sud) pour l'installation de médecins conventionnés par les mutuelles.

Le plan de développement à 5 ans élaboré avec l'UMSGF prévoit la consolidation de 30 mutuelles, 20 en milieu rural et 10 en milieu urbain. La viabilité financière du réseau pourra être atteinte avec le regroupement des petites mutuelles pour obtenir une taille moyenne d'environ 2 800 bénéficiaires assurés. Les regroupements de plusieurs villages au sein d'une même mutuelle existent déjà mais seront davantage encouragés.

## 7.2 Résumé des points clés

### *Les découvertes capitales*

#### ***L'importance du contexte d'implantation de la micro assurance maladie***

De multiples facteurs interviennent dans la décision de créer ou d'adhérer à une mutuelle. Parmi eux, le facteur économique est un facteur limitant important. Les tendances d'adhésion sont particulièrement sensibles à l'évolution de la situation économique. Il n'est pas aisé à un adhérent potentiel de faire le pas d'adhérer lorsque ses revenus ont baissé d'une année sur l'autre, même si c'est dans cette situation qu'il en aurait le plus besoin pour se mettre à l'abri de risques financiers exceptionnels. Au regard de ce facteur le programme a bénéficié de conditions très favorables, en raison des prix soutenus des produits agricoles dont les villageois tirent l'essentiel de leurs revenus.

Des éléments d'ordre social doivent également être pris en compte : capital individuel (niveau d'éducation, perception du risque et capacité d'anticipation), qualité des liens sociaux (pratiques d'entraide et de solidarité), capital social collectif (capacité à travailler ensemble à un objectif commun). Malgré des tensions ethniques, le contexte a également été favorable du point de vue de ce facteur.

L'offre de prestations de qualité à un prix abordable est un deuxième déterminant important de la réussite du programme. A cet égard, si la position de monopole occupée par les services publics n'offrait pas un contexte particulièrement propice (pénurie de moyens, inexistance de concurrence), les prix pratiqués par ces prestataires, ont été un facteur très favorable pour proposer un produit attractif à un prix abordable.

#### ***L'intensité de l'appui à apporter pour promouvoir la micro assurance maladie***

L'option a été prise d'introduire une gestion professionnalisée de la micro assurance maladie dans un contexte marqué par un déficit en ressources humaines qualifiées. L'une des missions principales de l'opérateur d'appui est la construction de compétences, nécessaires tant au niveau local (des mutuelles) que régional.

Asseoir et crédibiliser l'institution est également une autre mission clé de l'opérateur d'appui, que ce soit aux yeux des mutualistes, qu'aux yeux des prestataires de soins ou de l'environnement administratif. L'opérateur d'appui joue un rôle essentiel tant par son expertise, sa capacité à dialoguer professionnellement avec les acteurs impliqués, que par le fonds de garantie. Cependant, aux yeux des prestataires, il est plus important encore que les mutuelles soient toujours en mesure de respecter leurs engagements.

#### ***La structuration des mutuelles en réseau régional***

La mise en place d'un service technique spécialisé est la conséquence de l'option d'une gestion professionnalisée. Cette structuration en réseau est également un mouvement naturel des organisations mutualistes qui ont voulu renforcer leur pouvoir de négociation vis à vis de l'administration sanitaire et de certains prestataires (l'hôpital régional) *a priori* peu habitués à négocier avec des structures à base communautaire.



Mais la structuration en réseau est également une stratégie appropriée de consolidation et de régulation interne des organisations mutualistes. Les obligations techniques et statutaires, décidées et appliquées par l'UMSGF, contribuent à maintenir la dynamique d'auto organisation et la rigueur de gestion des mutuelles villageoises.

### ***La gestion de la micro assurance maladie sous forme mutualiste***

Le choix d'une gouvernance et d'une gestion de la micro assurance maladie par les membres ne peut se réduire à une modalité parmi d'autres de distribution d'un produit de micro assurance. Elle constituait un élément de la faisabilité du programme dans une région à forte dispersion de la population (12 habitants au km<sup>2</sup>) résidant dans des villages difficilement accessibles et à forte cohésion sociale. Le capital social local exprimé en terme de ressources humaines et en terme de pratiques d'entraide et de solidarité a été pris en compte dans le choix de la gestion de la micro assurance maladie sous forme mutualiste.

L'option mutualiste a également été un choix stratégique qui ouvre la possibilité pour les usagers des services publics d'avoir une influence et un pouvoir de régulation indirect sur le fonctionnement de ces services. Même si les effets de la contractualisation des mutuelles ne doivent pas être sur-estimés - tous les engagements pris par les services de santé n'ont pu être respectés et la disponibilité en médicaments reste un problème non résolu - elle constitue une des rares occasions pour les usagers de ces services de faire connaître leurs souhaits et leurs attentes.

### ***La durée d'un programme***

La micro assurance maladie est une nouveauté aussi bien pour les mutualistes que pour les prestataires de soins. Dans ce contexte, il est illusoire de vouloir obtenir des résultats durables sans s'en donner le temps. Un horizon de dix ans paraît un objectif raisonnable pour parvenir à rendre un réseau de mutuelles autonome et viable.

Il ne faut pas craindre la crise de contrôle qu'elle soit d'ordre interne ou externe, mais l'anticiper et la résoudre. De même que dans toute autre institution financière, l'efficacité du contrôle, interne comme externe, est essentielle pour entretenir la confiance des membres dans leur mutuelle et pour atteindre la viabilité financière.

L'expérience de ce programme montre qu'un cas de détournement non résolu ou résolu trop tardivement peut mettre une mutuelle en danger, alors qu'un détournement découvert rapidement et réglé de façon appropriée, renforce la confiance des membres dans leur organisation.

### ***Les défis***

#### ***La viabilisation et l'institutionnalisation du réseau***

Les mutuelles primaires sont en mesure de couvrir leurs charges internes. Mais la viabilité du dispositif mis en place est directement conditionnée par leur capacité de financement des charges indirectes des structures du réseau. Le recrutement d'un nombre significatif d'adhérents (environ 60 000) est la première condition à satisfaire pour rendre l'autonomie financière du réseau possible. Pour relever ce défi, les mutuelles disposent d'une marge de

progression dans la mesure où elles ne couvrent en moyenne que 10 % de la population en position d'adhérer.

La croissance est également conditionnée au maintien durable d'un niveau de qualité des prestations acceptables à un prix abordable. La mise en service récente de formations sanitaires privées est un atout pour le développement des mutuelles. Le partenariat établi entre une ONG (Santé Sud) spécialisée dans l'installation de médecins en milieu rural et l'UMSGF s'inscrit également dans cette stratégie d'amélioration de l'offre de soins locale. Le renforcement de l'implication du réseau des mutuelles dans la résolution des dysfonctionnements des services publics sera également nécessaire.

La prise en charge par les acteurs locaux des fonctions de gouvernance et de gestion des mutuelles est l'autre défi que le programme doit relever. Il a initié une démarche d'institutionnalisation pour un transfert progressif à l'Union des responsabilités qu'il assume actuellement, sur une période de trois ans.

### ***L'insertion des mutuelles de santé dans leur environnement et l'établissement de partenariats***

L'exploitation des avantages comparatifs de la gestion de la micro assurance maladie sous forme mutualiste constitue le troisième enjeu à relever par le programme. Différents axes ont été identifiés et certains sont déjà mis en œuvre. Ainsi, les représentants mutualistes participent à la définition de la politique sanitaire locale grâce à leur représentation au sein des Comités de Santé Préfectoraux et Régionaux. Un partenariat avec des programmes qui proposent des mesures efficaces de prévention des risques de maladies qu'elles prennent en charge (paludisme et SIDA notamment), est à formaliser dans les années à venir.

#### *Les leçons tirées de l'expérience*

##### ***La formulation du produit***

La capacité d'influence de l'opérateur dans la conception du produit est forte. Le CIDR a fortement incité les mutuelles à sélectionner dans un premier temps les prestations correspondant aux soins les plus rares, les plus coûteux et les plus facilement contrôlables. Le montant de la cotisation a été un déterminant essentiel de la sélection des garanties par les mutualistes. Ceux qui ont choisi d'adhérer trouvent le produit attractif en raison de l'excellente couverture des dépenses d'hospitalisation qu'il propose. En effet, les mutuelles ont adopté des mesures de contrôle du risque minimum (pas de période d'attente ni d'exclusions).

Les mutualistes ont opté pour un produit unique, le paiement du même montant de cotisation étant considéré comme un facteur d'identification à la mutuelle. Les enquêtes de satisfaction réalisées trois ans après le lancement du produit, indiquent que celui-ci ne répondait qu'en partie à la demande potentielle des adhérents. La prise en charge des soins ambulatoires (consultations, médicaments) fait toujours l'objet d'une forte demande que les mutuelles prennent progressivement en considération.

### ***Le marketing et la stratégie de communication***

La stratégie d'information et de communication mise en oeuvre reposant sur l'implication des groupements mutualistes et du personnel du programme a donné des résultats contrastés. Si les mutualistes ont une bonne information sur le produit et sur le fonctionnement de la mutuelle, il existe encore une part importante des non-mutualistes (36,7 %) qui ont invoqué le manque d'information comme motif de non-adhésion. La capacité des élus et des responsables des groupements à sensibiliser la population cible ne doit pas être surestimée et le recours à des agents « spécialisés » a été considéré comme indispensable pour augmenter le nombre d'adhérents.

Le membre adhérent, même correctement informé initialement, a souvent besoin de recevoir une information pratique en cas de maladie. L'accès facile à l'information au moment du recours à la mutuelle est un facteur important de la satisfaction des mutualistes.

### ***La stratégie de pérennisation***

Le programme a choisi comme public-cible des populations non organisées, à revenus modestes et dont le niveau d'éducation moyen est faible, résidant principalement en milieu rural. Le niveau de contribution constaté rend improbable l'atteinte de l'autonomie financière complète du réseau avec ce seul public-cible. C'est dans la diversification du marché de la micro assurance à l'intention de publics disposant de revenus plus élevés, que l'Unité Technique pourra valoriser ses compétences et trouver son équilibre financier.

### ***Conseils aux personnes développant des produits similaires***

#### ***De la conception des produits***

Concevoir un produit attractif à un prix abordable est une condition à satisfaire pour pouvoir obtenir un nombre significatif d'adhérents. Lors de la sélection participative des garanties, la demande des premiers mutualistes pour une couverture étendue doit être gérée par l'opérateur d'appui afin de concevoir un produit à un coût abordable par le plus grand nombre.

Les intentions de cotisations exprimées par le groupe-cible constituent des points de repères nécessaires mais non suffisants pour apprécier la solvabilité de la demande. Il est prudent de ne pas surestimer la propension du public-cible à cotiser pour un service dont il ne connaît pas initialement l'utilité. Durant les études préliminaires, près de 95 % des personnes enquêtées ont émis le souhait d'adhérer à une mutuelle, dont la moitié indiquait un niveau de cotisation supérieur ou égal au montant fixé par les mutuelles. Cependant, seuls 10 % en moyenne ont initialement adhéré.

Avec l'apprentissage du produit, de nouvelles demandes émergent chez les mutualistes. Si le montant de la cotisation le permet, l'extension à de nouvelles prestations à cotisation constante est la meilleure stratégie à suivre. A défaut, l'effet de l'augmentation des cotisations sur les adhésions devrait pouvoir être apprécié avant de décider entre un produit unique ou des produits différenciés.

En fonction de leur situation géographique, différentes mutuelles peuvent demander différentes prestations. Ainsi, pour les mutuelles rurales une assistance pour couvrir les frais de transport était nécessaire, alors qu'elle n'était pas une priorité pour les mutuelles urbaines.

Ne pas subventionner les prises en charge. A l'expérience, le choix effectué de proposer le produit à son prix de revient estimé s'est révélé approprié. Il a permis aux mutuelles de constituer des réserves ce qui a contribué à entretenir la confiance des membres dans leur organisation, sans avoir à subir une période probatoire trop longue. Les prévisions de dépenses maladie ayant été légèrement surestimées, ce choix a rendu possible l'intégration de nouveaux services à cotisation constante.

### ***Des mécanismes de collecte des cotisations***

La collecte des cotisations est une tâche à forte intensité de travail. La règle respectée de ne délivrer les cartes qu'aux membres ayant réglé leurs cotisations en totalité a réduit les charges de recouvrement des cotisations tout en incitant les assurés à payer. Les mutuelles doivent éviter de couvrir les membres qui ne sont pas à jour de leurs cotisations.

Le paiement d'une cotisation d'assurance est rarement une priorité pour les familles surtout celles n'étant pas familières avec les prestations offertes par les mutuelles. L'UMSGF a eu recours à une période de cotisation fermée, pour rendre les cotisations prioritaires - les familles ne s'acquittant pas de leurs cotisations durant cette période perdait la possibilité d'adhérer. Cette approche n'est valable que lorsque la période fixée correspond à celle de rentrées monétaires.

Lorsqu'elles se présentent, les mutuelles doivent saisir les opportunités de coopérer avec des organisations socioprofessionnelles existantes. Ainsi, la collecte des cotisations à la source pour les membres de ces organisations volontaires réduit les charges de collecte.

### ***Des principes de gouvernance et de gestion des mutuelles***

La capacité et la disponibilité des élus ne doivent pas être surestimées. La répartition des responsabilités, fonctions et tâches entre les élus et le personnel technique salarié doit être effectuée dans le respect des obligations statutaires des mutuelles et dans un souci d'efficacité et de performance.

Au niveau des mutuelles, le recrutement d'un gestionnaire indemnisé et agissant sous le contrôle du bureau de la mutuelle villageoise s'est révélé fonctionnel. L'indemnité perçue par les gestionnaires du réseau a été de l'ordre de 2 % du montant moyen des cotisations collectées. Ce taux peut être relevé à 5 % en fonction de la montée en puissance de la mutuelle. Permettre que des gestionnaires de mutuelles reçoivent une commission n'est pas dans les principes des organisations mutualistes occidentales ; cependant, il convient d'introduire une certaine souplesse dans les règlements administratifs afin de prendre en considération le contexte socio-économique.

La relation sociale - sensibilisation et communication avec les membres - relève des attributions des élus mutualistes. A l'expérience, lorsque ceux-ci font face à des difficultés importantes pour délivrer une information correcte, ils font appel aux animateurs du projet. Le souci de rendre les mutuelles de santé le plus rapidement autonomes ne doit pas faire

interrompre trop précocement le nécessaire appui d'agents du programme en termes d'information et de communication sur le produit.

Quelles que soient les stratégies adoptées, l'information correcte des mutualistes demeure une question partiellement résolue. Un travail complémentaire de recherche-action est à mener pour déterminer les modalités les plus efficaces de délivrance d'une information de qualité aux mutualistes et aux non-mutualistes qui puissent à terme être maîtrisées par les mutuelles.

Au niveau de l'UMSGF, les limites de la gestion « profane » de l'assurance maladie ont également clairement été identifiées. La capacité d'initiative et de projection des élus n'est pas *a priori* acquise et la dynamique de développement du réseau reposera en grande partie sur les compétences et la force de proposition de professionnels partageant avec les élus la même vision du développement du mouvement à moyen terme. Des agents engagés sont à sélectionner, à recruter et à former dès le démarrage du programme pour être en mesure de jouer ce rôle.

### ***Du suivi et du contrôle technique du risque maladie***

L'application de forfaits limite le risque de surprescriptions. Elle évite l'éventualité d'une dépense exceptionnelle pour les mutuelles. L'application de la facturation forfaitaire par les prestataires demande souvent qu'un appui en gestion leur soit apporté. En Guinée, elle a été possible grâce :

1. Au travail préalable effectué par le Ministère de la Santé (avec l'appui d'organismes extérieurs, entre autres Médecins Sans frontière Belgique et GTZ) portant sur l'analyse des coûts des prestations dans les hôpitaux.
2. La mise en place de protocoles thérapeutiques standardisés.

Le médecin conseil joue un rôle clé dans la construction de relations professionnelles entre les mutuelles et les prestataires. Son expertise est indispensable dans la vérification de la réalité, de l'opportunité de la prestation (contrôle des hospitalisations abusives) et de la pertinence des traitements prescrits (conformité avec les protocoles thérapeutiques). Pour jouer pleinement son rôle le recours à un professionnel ayant la confiance et le respect de ses pairs est recommandé.

La collecte, le traitement et l'exploitation des données technique de l'assurance maladie constituent des tâches complexes pour lesquelles le recours à un outil informatique performant est inévitable. La conception du SIG doit prendre en compte le coût de réalisation des tâches correspondantes. Il convient également d'éviter que la centralisation des informations ne limite l'autonomie de décision des mutuelles primaires : Les niveaux d'autonomie technique doivent être soigneusement déterminés. Les gestionnaires et les élus des mutuelles doivent recevoir la formation nécessaire aussi bien pour la saisie des données que pour l'utilisation des données traitées au niveau du réseau.

### ***De la promotion des groupements mutualistes***

La promotion de groupements mutualistes s'est révélée particulièrement utile pour faciliter les opérations d'enregistrement des membres et de collecte des cotisations. Leur rôle dans la sensibilisation du public-cible est perceptible puisque 10 % des mutualistes et 25 % des non-mutualistes ont déclaré avoir été informés par un groupement. Même si leur utilité peut être

amenée à décroître, avec l'apprentissage des réflexes de prévoyance et la connaissance des services apportés par la mutuelle, ils constituent des lieux de mobilisation et de réflexions utiles en phase de démarrage. Différentes approches de création des groupements mutualistes sont possibles : L'approche par les groupements traditionnels existants n'est pas toujours concluante et la promotion de groupements spécifiques est le plus souvent nécessaire.

### ***De la gestion des relations avec les prestataires***

Une prise en charge correcte des mutualistes dans les formations sanitaires est un déterminant important de leur satisfaction ou de leur fidélisation. Même lorsqu'il existe un engagement négocié de la Direction des établissements avec les mutuelles, des conflits entre les personnels soignants et les mutualistes ne sont pas à exclure. Les premiers peuvent ne pas accepter les nouvelles conditions financières de délivrance de soins qui seraient à leur désavantage, les seconds peuvent exiger des prestations non prévues par manque d'information ou par opportunité. Pour prévenir ces difficultés, le recours à un agent référent indemnisé intervenant au sein de l'établissement, est une solution qui s'est avérée appropriée.

### ***De la structuration des mutuelles en réseau. « Ne pas repousser les questions embarrassantes ».***

La structuration des mutuelles en réseau est en enjeu qui doit être abordé. Les responsables mutualistes doivent être informés et comprendre la nécessité des services d'appui dont ils bénéficient dans le cadre du programme. Pour une structuration efficace du réseau, les élus doivent être associés à toutes les étapes du processus d'institutionnalisation afin qu'ils puissent également développer une vision à moyen terme. Il convient également d'intégrer, dès la phase de démarrage, les coûts de fonctionnement des structures du réseau dans le calcul des cotisations et de demander le versement de la quote-part correspondante une fois la structure créée.

### ***Du choix du niveau de gestion du risque***

Si la gestion du risque au niveau villageois comporte de nombreux avantages - proximité des responsables, plus grande confiance dans la gestion de la mutuelle, meilleure circulation de l'information - ses inconvénients rendront probablement nécessaire la fusion des structures ne dépassant pas une masse critique d'assurés. La cohésion sociale doit être encouragée. Des solutions techniques, telle que la réassurance, doivent être envisagées si la taille des groupes ne permet pas la mutualisation des risques entre les membres. Si le principe de la fusion fait partie de l'histoire naturelle de la mutualité, ses effets sur le contrôle social et la responsabilisation des élus dans la gestion des mutuelles devra être suivi avec attention.