



## Journal d'apprentissage

### Centre International de Développement et de Recherche (CIDR)

#### Diversification du produit " santé " et amélioration de l'efficacité institutionnelle des régimes

<b>Le Projet</b> .....	<b>1</b>
Que quoi le projet traite t-il? .....	1
<b>Faits Marquants</b> .....	<b>2</b>
Quelques indicateurs clés .....	2
Que s'est-il passé au cours du projet? .....	3
<b>Leçons</b> .....	<b>6</b>
Sur le produit (couverture et procédures).....	6
Conditions d'adhésion et d'attractivité du produit MSR et du produit scolaire.....	7
Impact du produit MSR sur la réduction de la morbidité maternelle .....	7
Sur le modèle économique des mutuelles .....	8

## Le Projet

### Que quoi le projet traite t-il?

Le Centre International de Développement et de Recherche (CIDR) est une organisation non gouvernementale (ONG) créée en 1961. Il a pour but de renforcer les capacités des institutions locales et des micro-entrepreneurs de l'économie informelle, par des activités de promotion de la micro-finance, de la micro assurance, des entreprises de service et du développement territorial. Le CIDR travaille actuellement dans une quinzaine de pays africains. Dans 8 de ces pays, le CIDR soutient des mutuelles de santé.

En Guinée, le CIDR soutient le développement de mutuelles de santé depuis 1999, et l'Union des Mutuelles de Santé de Guinée Forestière (UMSGF) a été créée en 2005. Afin d'améliorer l'autonomie et la portée des mutuelles et de l'Union, le CIDR a élaboré un projet de diversification de produits, ayant pour objectif de proposer d'autres produits que le classique produit santé familiale. Le CIDR et l'Union ont prévu de développer deux nouveaux produits (un produit maternité sans risque obligatoire au niveau des villages et un produit couvrant la santé des élèves durant leurs heures de cours) et de tester leur implémentation.

L'adhésion au produit maternité se fait par village. Si le village décide d'adhérer au produit, l'ensemble des habitants doivent payer une prime afin de couvrir l'ensemble des femmes enceintes d'un village. L'adhésion au produit scolaire se fait par école. Une fois que la direction et les représentants des parents d'élèves sont d'accord le coût de l'assurance est inclus dans les frais scolaire. L'intégration de deux produits obligatoires ainsi que l'amélioration de la visibilité des mutuelles à travers ces nouveaux produits devraient conduire à une amélioration de la rentabilité future de l'Union et des mutuelles.

Le CIDR souhaite également travailler à l'amélioration de l'efficacité des mutuelles, en travaillant sur un renforcement des procédures et des structures organisationnelles. Dans un second temps, il est prévu d'étendre la population cible au secteur formel.

CIDR would like to improve the efficiency of the mutual organizations by streamlining organizational procedures and structures. In a second phase, it plans to expand the target population to the formal sector.

### Résumé du projet

<i>Dénomination du projet:</i>	Diversification du produit " santé " et amélioration de l'efficacité institutionnelle des régimes
<i>Date de lancement du projet:</i>	juillet 2008
<i>Durée:</i>	trois ans
<i>Pays:</i>	Guinée
<i>Produit:</i>	produit santé – couverture soins primaires et secondaires

## Faits Marquants

### Quelques indicateurs clés

#### Produit scolaire

Indicateurs	31/12/2009	01/07/2010	01/07/2011
Nombres d'écoles ayant souscrit	6	16	38
Nombre de bénéficiaires	1,807	3,523	12,242
Taux de croissance		50%	250%
Ratio S/P	43%	37%	52.3%
Taux de renouvellement (en nombre d'écoles)		83%	69%

#### Produit maternité sans risque

Indicateurs	31/12/2009	01/07/2010	01/07/2011
Nombres de villages	8	14	16
Nombre de bénéficiaires	1,000	4,357	8,087
Taux de croissance		77%	85%
Ratio S/P	87%	95%	59%
Taux de renouvellement (en nombre de villages)	47%	50%	94%

#### Produit familial

Indicateurs	30/06/2009	30/04/2010	01/07/2011
Nombres de polices	2,334	2,027	2,290
Nombre de bénéficiaires	14,355	12,273	12,528
Taux de croissance		-14%	2%
Ratio S/P	83.2%	118%	89%
Taux de renouvellement	n/a	n/a	55%
Taux de pénétration	4.6%	4.1%	4.2%

## Que s'est-il passé au cours du projet?

### Mars 2008- Juin 2009

La réalisation d'enquête ménages, ainsi que la publication du rapport sur la population guinéenne pointant le fort taux de mortalité maternelle et infantile a conduit le CIDR et l'UMSGF à développer un produit maternité sans risque ayant pour but de réduire la mortalité maternelle et infantile. Il a été également décidé de développer un produit scolaire, en charge de couvrir les enfants pour le risque santé lorsqu'ils sont à l'école. Les villages et écoles cibles ont été sélectionnés suivant des critères prédéfinis (proximité d'un Centre de Santé (CS) ou Poste de Santé (PS), dynamique social des villages etc). Une enquête terrains auprès de 1410 ménages a été réalisée, afin de finaliser le produit Maternité Sans Risque (MSR) et de réaliser la « baseline » pour l'étude d'impact du produit (étude conduite par le FNUAP).

17 villages ont été démarchés. 8 villages et 6 écoles ont adhéré, représentant 1000 femmes en âge de procréer couvertes et 1807 élèves. Un téléphone portable a été remis par village pour contacter l'UMSGF en cas de besoin d'évacuation. Les assemblées générales et le démarrage des prises en charge ont débuté en janvier 2009 pour les écoles et en Avril pour les villages. Le recensement des villages a été effectué par quartier (carré) par les chefs de carré, ayant également en charge les tâches de collecte. Dans certains villages, les accoucheuses villageoises (AV) ont pris en charge la collecte des primes. Dans d'autres, les cotisations ont été payées sur les fonds du village.

La formation des accoucheuses villageoises (54) et de 4 sages femmes dans les villages a été assurée. La formation porte sur le dépistage d'une grossesse, le dépistage d'une grossesse à risque, le dépistage d'un accouchement à risques et la conduite à tenir dans chacun des cas.

Le produit inclut les évacuations des grossesses compliquées en ambulance. Une ambulance est gérée par l'UMSGF. Ce service est très apprécié des femmes des villages adhérents.

L'UMSGF a signé des contrats de performance avec 6 formations sanitaires. Les contrats de performance sont signés avec les structures de soins prenant en charge les femmes dans le cadre du produit MSR. Ces contrats prévoient le paiement de 7000 GNF aux agents de santé en charge des consultations prénatales (CPN) dans les villages (stratégie avancée) pour chaque 1ère CPN en plus du forfait national prime aux agents de santé pour chaque 1ère consultation d'un mutualiste.

Les contrats de 6 animateurs et 3 chefs de zone en poste depuis de nombreuses années ont été rompus, suite une volonté de restructurer le fonctionnement de l'Union. L'objectif est de responsabiliser les mutuelles dans leur rôle de collecte des primes et de concentrer l'action de l'Union sur la création de nouvelles mutuelles et de nouveaux groupements, ainsi que sur le suivi de l'activité. Le recrutement de 3 agents mutualistes (profil médical) en charge du suivi des prestataires de soins par zone, de 3 agents marketing et de 3 animateurs de développement, chargé de la supervision des mutuelles démarrant leurs activité est en cours.

Un logiciel de gestion Access capable de suivre les adhésions par bénéficiaires (ce qui n'est pas le cas pour l'instant) a été développé. Le logiciel devra être testé en Novembre. Le logiciel inter réseau CIDR n'a pas pu être implémenté en Guinée pour cause de connexions internet difficiles.

### **Au 31 Décembre 2009**

La période a été marquée par l'augmentation des tarifs de soins par l'Etat (parfois multiplié par 3), créant de fortes tensions entre mutuelles et structures de soins. En effet, ces dernières n'ont pas respectés les clauses des conventions signées, stipulant que les tarifs sont fixes pour toute la durée du contrat. Un atelier régional de réflexion entre les mutuelles et les structures de soins a eu lieu, mais cela n'a pas permis de trouver de solutions à la tarification appliquée aux mutuelles.

Dans un souci de recherche d'efficacité, les petites mutuelles de moins de 300 assurés ont été fusionnées.

10.000 bénéficiaires ont été enregistrés dans le nouveau système ACCESS.

### **Au 30 avril 2010**

L'ensemble des agents de l'Union ont reçu une formation en marketing, dispensée par un consultant indépendant.

La campagne de cotisations du produit familial a pris du retard et sera clôturée en Juin. L'augmentation des tarifs des soins par l'Etat a conduit à une forte augmentation des primes.

Le Fonds de garantie a dû intervenir pour 15 mutuelles, du aux non respect de la close de fixité des tarifs des conventions.

La tarification du produit MSR passe d'un prix par bénéficiaire à un prix par famille, avec une prime entre 12.000 et 15.000 FGN.

### **Au 30 juin 2010**

Le CIDR a mis fin à son assistance technique permanent. Les équipes de l'UMSGF comptent maintenant un poste en moins.

L'Union a acquis une ambulance pour l'évacuation des femmes enceintes.

Le changement du directeur régional de la santé a conduit à la remise en cause et à l'annulation des contrats de performance mis en place entre les mutuelles et les structures de soins.

### **Au 30 Juin 2011**

La période 2010/2011 a été marquée par une forte inflation, une dégradation de 50% du taux de change et donc une forte dégradation du pouvoir d'achat des ménages, impactant notamment le coût des médicaments accessibles dans les pharmacies. Le nouveau président de la République a également annoncé la gratuité des soins obstétricaux, sans annonce claire quand au financement de cette réforme.

L'environnement économique de la Guinée Forestière est en profonde mutation : l'arrivée de compagnies minières a dynamisé le marché de l'emploi et a entraîné une forte pression à la hausse des salaires proposés au personnel qualifié. Un agent mutualiste et deux agents de marketing de l'UMSGF ont démissionné pour rejoindre des sociétés minières. L'arrivée d'une ONG locale, PLAN Guinée

proposant un mécanisme concurrent au produit MSR, plus attractif par ce que plus largement subventionné, de paiement à crédit des prestations gynéco obstétricales concurrence les activités de l'Union.

Concernant les activités de l'Union sur la période, de nouveaux contrats de prestations ont été signés : avec l'UNICEF pour l'appui à l'assurance scolaire et à la maternité sans risque dans les CRD de Gouecké, Yalenzou et Péla, avec le HCR en janvier 2011 pour l'appui aux mutuelles et au renforcement de la maternité sans risque à Kouankan et Lainè. 4 nouvelles mutuelles ont également été créées et 4 autres ont été fusionnées avec des mutuelles de taille plus importantes, afin de faciliter leur gestion par l'Union.

Une enquête de satisfaction concernant les 3 produits proposés par l'Union a été conduite et analysées lors d'une mission CIDR conduite en Juin 2011. Des enquêtes ont également été réalisées auprès de non adhérents. Au total, 500 personnes ont été interrogées. Les résultats de l'enquête permet de mieux évaluer la population cible des produits et fait apparaître des profils différents entre salariés et non salariés : les non salariés recherchant la sécurité financière, alors que les salariés sont plus attirés par le bon rapport coût bénéfice du produit, les deux groupes ayant toutefois des intentions de cotisations similaires.

Malgré la gratuité des césariennes, le prix du produit maternité sans risque a été maintenu. Seul un village sur seize n'a pas recotisé et un nouveau village a adhéré. Le montant de la prime du produit « assurance scolaire » a augmenté de FG 2000 à FG 3000.

Les adhésions au produit familial sont toujours stagnante, du principalement aux contraintes économiques qui pèsent sur les populations et à l'incertitude politique du pays. L'augmentation des tarifs des prestataires de soins n'a toujours pas été totalement répercutée sur les primes et 13 mutuelles sur 23 sont déficitaires.

Conformément à sa stratégie de développement, l'UMSGF a recruté une chargée de mission pour une période de 6 mois de Juillet à décembre 2010 afin de négocier des contrats de couverture groupe avec des groupes organisés. La stratégie retenue était de cibler les groupes à plus forts revenus et de leur proposer un produit « haut de gamme », donnant entre autre accès à une clinique offrant des prestations d'excellente qualité Les catégories de groupes suivantes ont été démarchées :

- Les agents de la fonction publique au travers des services déconcentrés de la Région Forestière : 10 écoles et l'Université de Nzérékoré ont été contactées. Chez 6 d'entre elles, la prospection a été arrêtée après le premier contact.
- Les Entreprises : Forêt Forte, une entreprise du bâtiment-Guico press, une boulangerie, une entreprise forestière, deux sociétés de mines à Zokota et mont NIMBA.
- Des associations et les tontines de la ville de Nzérékoré (8).

Mi 2011, seule l'association des planteurs semblait intéressée pour financer la couverture santé de ces membres.

Le financement du Fonds pour l'innovation en Microassurance a pris fin en Juin 2011.

## Leçons

### Sur le produit (couverture et procédures)

#### Maternité sans risque:

**Couvrir les frais d'accouchement uniquement en cas de complication ne semble pas suffisant pour assurer une forte attractivité du produit et un impact important en terme de santé publique cependant, la couverture de l'ensemble des consultations prénatales ne permet de définir un produit dont le tarif soit acceptable pour les familles. Des sources externes de financement doivent être mises en place.** Ainsi, sur demande du FNUAP dans une de ces zones d'intervention, la couverture du produit MSR s'est étendue à la prise en charge des consultations prénatales et des accouchements simples. Le produit défini au départ n'envisageait de couvrir que les évacuations et accouchement compliqué. La tarification initiale (2000 GNF par habitant du village) ne permet donc plus de faire face aux dépenses. Les nouvelles estimations de tarifs sont de 6000 GNF (1.2 \$) par habitant, prix peu attractifs pour les familles ciblées. Des stratégies de cofinancement ont été proposées par le CIDR à l'UMSGF, prévoyant notamment l'implémentation de co-paiement lors des CPN et la recherche de sources de financement externes stables (parrainage Nord/Sud, soutien du projet par l'Etat).

**Dans le cadre d'un produit obligatoire au niveau d'un village, il est important de réfléchir à des méthodes de recensement des populations efficaces, qui permettent à la fois une qualité d'information suffisante, une limitation des risques de fraudes et un coût raisonnable.** Les procédures de recensement pour la première période de couverture pour le produit MSR a consisté à demander au chef de carré de recenser l'ensemble des habitants de son quartier, et cette procédure s'est avérée longue et inefficace (des fraudes ayant été relevées lors du suivi du projet). Il est recommandé d'utiliser les différents recensements existant (liste des impôts, recensement démographique) et de ne procéder à une vérification que si des écarts trop grands sont constatés. Afin d'éviter les fraudes, mieux vaut clore le recensement avant de commencer la sensibilisation. Il est impératif de clairement définir la liste des femmes couvertes avant le début des prises en charge, afin d'éviter que certaines femmes des villages voisin ne « déménage » afin d'être prise en charge.

**Il est important de tenir compte de la taille de la famille dans la tarification de produits collectifs.** En effet, la tarification par personne du produit MSR a conduit à des difficultés financières pour les familles nombreuses et d'autres options doivent être testées. Un tarif forfaitaire par famille a été mis en place à partir de la seconde période de couverture.

**La gestion de type groupe du produit MSR pénalise les « bons payeurs », qui doivent attendre que l'ensemble des habitants du village ai cotisé pour bénéficier de la prise en charge. Une meilleure estimation du temps nécessaire à la collecte aurait permis une meilleure anticipation du processus de collecte.** Pour l'exercice 2010-2011, le retard dans le versement des primes n'a permis aux femmes de n'être couvertes que 8 mois au lieu de 12.

#### Produit scolaire:

**Le produit scolaire est facile à mettre en place, particulièrement dans les écoles proches d'une formation sanitaire.** La mise en place du produit scolaire a été simple et peu couteuse en temps pour les équipes de l'Union.

**L'adhésion au produit scolaire est favorisée par l'engagement de représentant du ministère de l'éducation.** Dans le cadre du projet, l'implication du directeur préfectoral de l'éducation, à travers une lettre de recommandation (mis en place dans la préfecture de Younou) a facilité l'adhésion de plusieurs écoles.

**Le paiement complet de la cotisation par les parents dès la rentrée des classes est problématique, d'autant plus qu'elle est couplée avec le paiement des frais d'inscription à l'école.** Ce problème conduit dans les faits à une couverture des enfants tardive.

### **Conditions d'adhésion et d'attractivité du produit MSR et du produit scolaire**

#### Maternité sans risque:

**La taille des villages et la crédibilité des élus sont des déterminants majeurs de l'adhésion des villages.** Plus le village est petit, plus il existe une cohésion sociale, nécessaire à la réussite du programme. La qualité du leadership des élus et leur investissement dans le projet est décisif pour une adhésion collective.

**Les villages porteurs de projets communautaires semblent plus enclins à souscrire au produit MSR.** Les villages bénéficiant d'aide (réfection de la maternité par exemple), au nombre de 5, ont tous adhérents, montrant clairement le lien entre le produit maternité sans risque et les projets de villages de façon globale. Il a été recommandé que les agents de l'Union s'impliquent dans le soutien des projets de villages en lien avec la santé.

#### Produit scolaire:

**Le produit scolaire est très attractif pour les parents ainsi que pour les enseignants.** L'étude de satisfaction montre que les parents d'élève sont très satisfaits (98%) du produit et que les professeurs sont fortement impliqués dans sa diffusion (72% ayant participé à la sensibilisation des parents et plus de la moitié ayant été impliqué dans la collecte des primes).

#### Le produit familial:

**La qualité des soins est un facteur déterminant d'attractivité des produits d'assurance santé.** Dans le cadre du projet, les structures publiques sont le plus souvent en situation de monopole, et l'impact de la situation dramatique du budget de l'Etat a eu de fortes conséquences sur les adhésions du produit familial. En effet, les centres de soins sont régulièrement en rupture de stock de médicament. Les enquêtes de satisfaction confirme ce fait, avec 65% des adhérents souhaitant voir une amélioration des la qualité de l'offre de soin et 35% des non adhérents intéressés par les mutuelles mettant comme condition d'adhésion une amélioration de l'offre.

### **Impact du produit MSR sur la réduction de la morbidité maternelle**

**La prise en charge des consultations prénatales et la formation des accoucheuses villageoises permet une augmentation des accouchements suivis par du personnel médical, des évacuations à l'hôpital et des accouchements par césarienne, bien que l'ensemble de ces indicateurs restent inférieurs à la moyenne nationale.** Sur la période, on observe une augmentation de 17% à 26% des accouchements



suivis par le personnel médical (hors accoucheuses villageoises), le taux d'évacuation à l'hôpital est de 5% et le taux de césarienne de 2%, inférieur à la norme habituelle de 5%.

**Le plus fort impact du produit MSR concerne la réduction de la mortalité maternelle.** 2 décès ont été enregistrés sur les 1271 accouchements ayant eu lieu durant toute la première période de couverture, conduisant à un taux de mortalité maternelle de 256/100000, à comparer au taux de 4524/100000 observé dans la zone avant le lancement du produit (enquête FNUAP).

### Sur le modèle économique des mutuelles

**L'équilibre technique des produits santé dépend fortement de l'inflation médicale. Dans un contexte de capacité contributive restreinte, une forte augmentation des coûts médicaux met en péril la rentabilité des produits de micro-assurance santé.** Dans le cas de la Guinée, l'augmentation de 50% des coûts des soins n'a pu être totalement répercutée sur les primes, les niveaux de primes ayant une limite d'acceptabilité pour les familles. Une majorité de mutuelles (13 sur 23) étaient en déficit à la fin de l'exercice 2010-2011.

**La stratégie visant à proposer un produit incluant la couverture des soins primaires dans le paquet de soin d'un produit santé n'a pas été payante : elle n'a pas eu l'effet escompté sur le niveau des adhésions et à été couteuse pour le réseau.** En 2006, suite à la pression des bénéficiaires, une couverture des soins primaires a été ajoutée au paquet de soins des produits des mutuelles, l'objectif visé étant une forte augmentation des effectifs des mutuelles. 6 ans plus tard, le bilan de cette initiative est sans appel : l'effet sur les adhésions a été significatif au début, mais de courte durée ; l'effectif du réseau a augmenté de 16 000 à 23 000 personnes couvertes, puis est retombé à 12 000 adhérents en 2011. L'introduction de la garantie « petit risque » a créé de fortes attentes vis-à-vis des mutualistes que les postes et les centres de santé n'ont pas été en mesure de satisfaire : manque de médicaments et mauvais accueils des mutualistes sont à l'origine de frustrations des familles et de non renouvellement des polices. Elle a de plus introduit une logique plus consumériste qu'assurantielle chez les adhérents en particulier les salariés, pour qui la recherche de sécurité n'est plus le premier déterminant de satisfaction (seul 38% des salariés mentionnent ce motif de satisfaction, contre 58.7% pour les non salariés). Le suivi des prestataires s'est fortement complexifié et le coût du suivi s'en est accru. Enfin, la couverture des soins primaires a fortement renchéri le coût de la garantie proposée : ce sont les postes et les centres de santé publics ou privés qui sont à l'origine du dérapage de la sinistralité.

**Le facteur distance d'un centre de santé est un fort déterminant de la consommation : le plus proche les bénéficiaires sont d'une structure de soin, le plus élevé est la fréquence des visites.** Parmi les 16 écoles couvertes, les deux écoles étant situées à 5 min d'un centre de santé ont une fréquence de 62% à comparer à une moyenne 23% pour l'ensemble des élèves couverts.

**Le produit scolaire présente un fort potentiel pour être un produit rentable,** avec une sinistralité actuelle de 52% et des coûts opérationnels réduits. Cependant, cette sinistralité augmente et reste à surveiller avec l'évolution de la connaissance du produit par les familles et les professeurs. Les autorisations de prise en charge des élèves étant délivrées par l'école, mais le contrôle de gestion effectué par la mutuelle, il est à craindre un contrôle moins pointu des structures de soins et éventuellement un impact négatif sur la sinistralité. Bien que l'étude des coûts associés à la distribution

et à la gestion du produit n'ai pas été faite, ces coûts semblent limités comparés aux autres produits proposés par les mutuelles, notamment grâce à sa facilité de mise en place. Il a été estimé que, compte tenu des frais fixes de sensibilisation et de suivi, seules les écoles de plus de 300 élèves (représentant 50% des écoles de la région) permettraient de dégager des marges. **Le produit MSR n'est pour l'instant pas rentable, et semble nécessiter un soutien financier externe durable pour atteindre l'équilibre. La réussite du produit MSR nécessite un fort engagement du personnel de l'Union et ne représente plus une priorité au regard des résultats financier. Bien que la sinistralité ait été maîtrisée,** les faibles volumes ne permettent pas de couvrir les fortes charges opérationnelles. Il a été décidé que le produit MSR ne serait proposé que dans les villages où le produit familial présente un fort taux de pénétration.

**La diversification des produits complexifie la tâche des gestionnaires des mutuelles et alourdi les procédures,** notamment de flux d'information et la collecte des primes. Des décisions doivent être prises afin de dissocier les périodes de cotisation entre les différents produits. Il est nécessaire de définir une stratégie coordonnée pour le plan de développement des 3 produits. L'Union souhaite implémenter une stratégie de concentration des activités autour des 3 produits, afin d'améliorer l'efficacité des employés UMGSF et de l'investissement des représentants locaux et centres de santé. Il s'agira de concentrer les efforts de sensibilisation autour des villages susceptibles de souscrire au produit MSR et de travailler avec les centres de santé pour avoir une approche globale. Il est par exemple envisagé de négocier avec les agents de santé en déplacement dans les villages dans le cadre de la réalisation de CPN qu'ils effectuent également des visites curatives pour les mutualistes.

**Avec le temps, la structure mutualiste fortement basée sur le volontariat et le leadership des élus montre ses limites.** Jusqu'à présent, le personnel de l'Union a fortement pris à sa charge les tâches de sensibilisation et de collecte des primes normalement assurées par le gestionnaire des mutuelles, mais il est nécessaire de décentraliser de façon efficace les activités, notamment en augmentant les commissions versées aux collecteurs de cotisations (gestionnaires villageois ou élus). Il est important de responsabiliser les villages dès leur adhésion, afin d'éviter de développer une culture « de projet », où les tâches sont assurées par l'Union. Le soutien actif des animateurs devraient avoir lieu uniquement durant l'année de création de la mutuelle.

**Le modèle communautaire n'est pas toujours synonyme de bonne gouvernance.** L'étude réalisée auprès des non adhérents des mutuelles montre que pour 30% d'entre eux, ce sont des motifs liés à la gouvernance des mutuelles qui sont un frein à l'adhésion (60% mentionnent le manque d'information, 47% des raisons économiques, et 21% des motifs liés à l'offre de soin).

**La capacité financière des populations reste un frein réel au développement des mutuelles.** Les enquêtes réalisées auprès des non adhérents montrent que seulement 20% d'entre eux ont la capacité financière de payer, limitant le potentiel de croissance des mutuelles. Dans un contexte de forte inflation, la pression financière sur les ménages est encore plus forte et le paiement d'une cotisation d'assurance, même réduite, est difficile. Dans ce contexte d'augmentation des primes et de baisse du pouvoir d'achat, les adhérents réduisent le nombre de bénéficiaires dans leur famille, ne pouvant faire face à l'ensemble des dépenses nécessaires à couvrir l'ensemble des membres de leur famille.

**Le financement épars des activités des mutuelles par les bailleurs de Fonds ne permet pas une stratégie de développement cohérente de l'Union.** Les différents partenariats avec l'UNICEF, le HCR et le FNUAP ont conduit l'Union à créer de nouvelles mutuelles, réduisant l'intensification de ses activités avec les mutuelles existantes.

**La stratégie de démarchage de groupes organisés n'a pour l'instant pas porté ses fruits, avec un groupe intéressé sur près de 25 visités.** Les groupes en place en Guinée manque de la représentativité nécessaire pour permettre une prise de décision concernant l'adhésion à une assurance et une gestion collective de la police.

**Après 10 ans d'activité, en Guinée, le modèle mutualiste peine à trouver le modèle économique lui permettant d'atteindre sa viabilité. A ce stade du projet, il semble clair que la stratégie de diversification des produits ne permettra pas à elle seule d'assurer la viabilité de l'Union des mutuelles.** Malgré un portefeuille de plus de 10 000 bénéficiaires, les volumes d'adhésion stagne depuis plusieurs années voir décroissent. Le modèle mutualiste reposant sur l'engagement des représentants communautaires s'essouffle et peine à trouver de nouveaux leaders, la confiance des populations vis à vis de la structure n'est pas toujours au rendez-vous et il semble nécessaire pour l'Union de continuer sur la voie de la professionnalisation. L'engagement de l'Etat dans l'amélioration de la qualité des soins est également un critère fondamental pour la réussite du projet. Les plans d'affaires, même optimistes, font apparaître un besoin de financement externe durable, autour de USd 90 000 par an . Bien sur, le contexte guinéen ces dernières années n'a pas favorisé l'expansion de la mutualité. Mais l'Union doit explorer des pistes alternatives pour continuer à pouvoir couvrir les populations vulnérables de la Guinée Forestière et trouver un système de cofinancement durable des primes. Le cofinancement des primes par des mutuelles du Nord est une piste à explorer. Aujourd'hui, l'Etat envisage la mise en œuvre d'une assurance maladie universelle, et l'Union, avec son partenaire technique le CIDR sont des partenaires majeurs dans la définition des modalités possibles de cette couverture universelle. L'Union de Mutuelles de Santé de Guinée Forestière a néanmoins réussi à maintenir une présence constante auprès des populations, malgré la difficulté du contexte extérieur et à su rebondir pour assurer à ses membres l'accès aux soins dont ils ont besoin.