ReCCLAS

Renforcement de la Collaboration entre les Collectivités Locales et les Autorités Sanitaires

RAPPORT

ETUDE DE FAISABILITE DE RELANCE OU D'INITIATION DE MUTUELLES DE SANTE EN GUINEE FORESTIERE

Financement du 10ème FED
Programme d'Aide à la Santé

CONSULTANTS :

Boubacar Baïlo DIALLO
Thierno Hady BAH

N'Zérékoré, Juillet 2018

Table des matières

ACRONYMES 4

RESUME EXECUTIF 5

1. INTRODUCTION 7

2. CONTEXTE 8

2.1. CONTEXTE SANITAIRE : 8
2.2. CONTEXTE POLITIQUE : 9
2.3. CONTEXTE ECONOMIQUE : 10
2.4. CONTEXTE DEMOGRAPHIQUE : 11
2.5. CONTEXTE LEGAL : 11

3. OBJECTIFS DE L'ETUDE 12

3.1. OBJECTIFS GENERAL : 12
3.2. OBJECTIFS SPECIFIQUES : 12

4. CADRE DE L'ETUDE DE FAISABILITE 13

4.1. APPROCHE METHODOLOGIQUE : 13
4.2. REVUE DOCUMENTAIRE ET DES DONNEES SECONDAIRES : 14
4.3. OUTILS DE COLLECTE : 14
4.4. INTERVIEWS D'ACTEURS CLES : 14
4.5. GROUPES DE DISCUSSION CIBLES AVEC LES ORGANISATIONS DE LA SOCIETE CIVILE : 16
4.6. ANALYSE ET COMPILATION : 17
4.7. LIMITES ET DIFFICULTES : 17

5. ETAT DES LIEUX DES MUTUELLES DE SANTE DE GUINEE FORESTIERE 17

5.1. PRINCIPAUX CONSTATS : 18
5.2. POTENTIELS : 21
5.3. FAIBLESSES : 22
5.4. LEÇONS APPRISES : 24
5.5. OPPORTUNITES : 26
5.6. CONDITIONS DE SUCCES POUR LE DEVELOPPEMENT OU LA REDYNAMISATION DE MUTUELLES DE SANTE : 27

6. CAHIER DES CHARGES POUR LA SELECTION D'UNE ORGANISATION D'APPUI AUX MUTUELLES DE SANTE 29

7. PROPOSITION DES MUTUELLES A REDYNAMISER 30

7.1. CHOIX D'UNE LOCALITE POUR UNE NOUVELLE MUTUELLE : 31

8. CONCLUSION 31

9. ANNEXES 32

9.1. BIBLIOGRAPHIE : 32

9.2. LES OUTILS DE COLLECTE DES DONNEES : 33

9.3. LISTE DETAILLEE DES PERSONNES RENCONTREES : 47

ACRONYMES

AFASCO	**Accompagnement des Forces d'Actions Socio-COmmunautaires**
AFD	**Agence Française de Développement**
AGBEF	**Association Guinéenne pour le Bien-Être Familial**
AGIL	**Association pour la Gouvernance et des Initiatives Locales**
BAC	**Baccalauréat**
BEPC	**Brevet d'Études de Premier Cycle**
BIT	**Bureau International du Travail**
BTS	**Brevet de Technicien Supérieur**
CEP	**Certificat d'Études Primaires**
CIDR	**Centre International pour le Développement et la Recherche**
CNSS	**Caisse Nationale de Sécurité Sociale**
CPC	**Consultation Préventive et Curative**
CPN	**Consultation Prénatale**
CR	**Commune Rurale**
CS	**Centre de Santé**
CSU	**Couverture Sanitaire Universelle**
CU	**Commune Urbaine**
DPASPFE	**Direction Préfectorale de l'Action Sociale, de la Promotion Féminine et de l'Enfance**
DPS	**Direction Préfectorale de la Santé**
DRS	**Direction Régionale de la Santé**
DRASPFE	**Direction Régionale de l'Action Sociale, de la Promotion Féminine et de l'Enfance**
DSRP	**Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté**
FED	**Fonds Européen de Développement**
FNUAP	**Fonds des Nations Unies pour la population**
GNF	**Franc Guinéen**
IRA	**Infection Respiratoires Aigues**
IST	**Infection Sexuellement Transmissibles**
MUFFA	**Mutuelle Financière des Femmes Africaines**
MGF	**Mutilation Génitale Féminine**
ONG	**Organisation Non Gouvernementale**
PASA	**Projet d'Appui à la Santé**
PEV	**Programme Élargi de Vaccination**
PF	**Planification Familiale**
PNDS	**Plan National de Développement Sanitaire**
PNPS	**Politique Nationale De Protection Sociale**
PNUD	**Programme des Nations Unies pour le Développement**
PPSOGUI	**Plateforme des promoteurs de la Protection SOciale en GUInée**
PS	**Poste de Santé**
PRIDE/GUINEE	**PRogramme Intégré pour le Développement d'Enterprise**
ReCCLAS	**Renforcement de la Collaboration entre les Collectivités Locales et les Autorités Sanitaires**
REFMAP	**RÉseau des Femmes de la MAno river pour la Paix**
RGDH	**Recensement Général de la Population et de l'Habitat**
RMDH	**Rapport Mondial sur le Développement Humain**
SR	**Santé de la Reproduction**
SIDA	**Syndrome d'Immuno Déficience Acquise**
Tdh	**Terre des hommes**
UE	**Union Européenne**
UMSGF	**Union des Mutuelles de Santé de Guinée Forestière**
VIH	**Virus Immunodéficience Humaine**

RESUME EXECUTIF

L'étude de faisabilité de relance ou d'initiation de mutuelles de santé en Guinée forestière, sollicitée par la Fondation Terre des hommes (Tdh) s'inscrit dans le cadre de la mise en œuvre du projet de Renforcement de la Collaboration entre les Collectivités Locales et les Autorités Sanitaires (ReCCLAS), lequel est partie intégrante du Programme d'Appui à la Santé (PASA) financé par l'Union Européenne et par l'Agence Française de Développement (AFD) via le 10ème Fonds Européen de Développement (FED) alloué à l'État Guinéen.

Ce projet est mis en œuvre par un consortium dont Tdh est chef de file et partenaire de deux ONGs nationales que sont AGIL et PRIDE/Guinée. Il est prévu que ce projet ReCCLAS couvre 25 Collectivités Locales (CL) réparties dans les préfectures de N'Zérékoré, Beyla et Lola.

La présente étude de faisabilité a eu pour objectif de disposer d'éléments d'appréciation et d'appui à une décision en vue d'une éventuelle relance de mutuelles de santé en Guinée forestière ou d'une création de nouvelles mutuelles dans la région de N'Zérékoré. L'étude doit permettre d'approfondir la connaissance des conditions nécessaires, des difficultés ou des contraintes qui pourraient être liées à la mise en place et/ou la relance de mutuelles de santé.

Pour ce faire, une équipe de deux (2) consultants a été recrutée par Tdh pour conduire cette étude, ayant impliqué les principales tâches suivantes : la conception d'outils de collecte (en lien avec l'équipe de Tdh), la conduite de travaux de terrain et la production d'un rapport renseignant sur l'état actuel des mutuelles de santé, sur les opportunités et les risques liés à la mise en place ou à la relance de mutuelles de santé dans la région de N'Zérékoré.

Les consultants se sont appuyés sur une équipe d'enquêteurs pour collecter les informations auprès d'acteurs locaux, impliqués dans le domaine des mutuelles de santé au sein des préfectures de N'Zérékoré, Beyla et Lola.

Par l'usage d'outils de collecte de données conçus à cet effet, divers acteurs ont ainsi été rencontrés et ont livré des informations qualitatives et quantitatives permettant de mieux comprendre la question des mutuelles de santé dans la zone. Il s'agit notamment :

- d'agents de services techniques déconcentrés de l'Etat, compétents sur les questions de santé et de protection sociale ;
- de conseillers communaux et de cadres techniques de CLs et d'autorités des Sous-Préfectures ciblées ;
- de l'équipe du projet ReCCLAS ;
- de membres et responsables d'anciennes mutuelles de santé, locales ;
- de responsables d'ONG et institutions d'appui technique et financier, des Organisations de la Société Civile et des communautés locales ;
- d'agents et responsables d'Institutions de Micro-Finance, d'assurance et de réassurance.

L'analyse des informations collectées a permis de constater la disposition des populations locales à adhérer aux mutuelles de santé pour se voir l'accès aux services de santé facilité. De fait, 96,9 % des enquêtés au sein des ménages et parmi les leaders communautaires se montrent ouverts à adhérer à une mutuelle de santé, tout au moins sur le principe.

Les autorités locales de la santé et de la protection sociale sont également favorabes au principe de mutuelle de santé et disposées à en appuyer le developpement dans leurs

circonscriptions. Les responsables de ces services sanitaires et de protection sociale ont une appréciation unanime quant à l'importance des mutuelles de santé pour faciliter la couverture sanitaire et se disent prêts à s'impliquer sur le principe.

Les autres acteurs rencontrés au niveau des ONG/associations locales ainsi que les partenaires techniques et financiers (ONG internationales, organismes du Système des Nations Unies), actifs dans la zone, sont également favorables à la mise en place/redynamisation de mutuelles de santé et se montrent disposés à jouer un rôle dans ce processus.

78,3% des responsables des structures de santé rencontrées sont ouverts à un partenariat avec d'éventuelles mutuelles de santé. 14,5% d'entre eux se montrent hésitants et conditionnent cette collaboration à des négociations sur les termes d'un partenariat, et 7,2% disent avoir besoin de réflexion.

Toutefois, même si les populations se disent disposées à cotiser près d'une mutuelle de santé, leur intention de cotisations apparaît faible en termes de montant, lequel pourrait ne pas permettre de couvrir l'ensemble des besoins de fonctionnalité de la mutuelle.

En effet la moyenne des intentions de cotisation avancées par les enquêtés (montant qu'ils pourraient payer chaque année/individu) est de 7'800 GNF alors que la moyenne du coût d'un traitement, avancée par les services de santé rencontrés, est de 65'000 GNF.

La faiblesse des cotisations constitue apparemment l'une des raisons principales du dépôt de bilan des anciennes mutuelles de santé qui se sont retrouvées dans l'impossibilité d'honorer les factures auprès des structures de santé.

Sont aussi notés des comportements communs et courants, qui peuvent être contraires au développement de pratiques favorables d'un point de vue sanitaire. Il s'agit notamment du recours usuel aux tradi-praticiens.

S'observe aussi une certaine méfiance vis-à-vis du système de santé, tout particulièrement depuis la récente épidémie à virus Ebola ayant affecté fortement la région.

Pourtant, l'incidence de pauvreté est élevé dans la région de N'zérékoré (79,8% en 2014[1], en milieu rural), impliquant une vulnérabilité des populations qui peut rendre pertinente toute initiative permettant l'accessibilité aux soins. 87,7% des personnes enquêtées au niveau des ménages affirment qu'au moins l'un des membres de leur famille est tombé malade au cours des 12 derniers mois, et 46,5% des mêmes interviewés ont au moins l'un de leurs proches qui souffre d'une maladie chronique ou d'un handicap.

Globalement, il existe donc des facteurs favorables au développement des mutuelles de santé dans les préfectures de N'Zérékoré, Beyla et Lola, tels que l'adhésion communautaire, la disponibilité des acteurs, le potentiel épidémiologique, etc.

Mais des conditions préalables sont à réunir pour qu'il y ait succès et viabilité des mutuelles de santé dans la région, notamment, une forte sensibilisation et conscientisation des populations sur les questions de santé et sur le fonctionnement d'une mutuelle, le renforcement de capacités et l'accompagnement des gestionnaires des mutuelles de santé, le renforcement de la collaboration entre différents acteurs clés : mutuelles, structures sanitaires, comités de gestion des centres de santé, représentants des CL.

---

[1] *Guinée, Institut National de la Statistique – RGPH, 2014*

1. INTRODUCTION

L'étude de faisabilité de relance ou d'initiation de mutuelles de santé en Guinée forestière se situe dans le cadre de la mise en œuvre du projet de Renforcement de la Collaboration entre les Collectivités Locales et les Autorités Sanitaires (ReCCLAS). Elle correspond à l'objectif 3 dudit projet qui se rapporte à la relance et/ou la mise en place de mutuelles de santé communautaires, notamment pour agir sur la demande de soins au niveau communautaire.

Ce travail a été réalisé suivant différentes étapes dont une revue documentaire, la conception d'outils de collecte des données, le recrutement et l'initiation d'enquêteurs, le test des outils sur le terrain, la collecte réelle des données sur le terrain, l'analyse et l'interprétation des résultats, la rédaction du présent rapport.

La mise en place des mutuelles de santé qui pourrait découler de l'étude si ses conclusions sont porteuses, cadre avec la politique nationale de santé communautaire en République de Guinée qui ambitionne de favoriser et contribuer à la couverture universelle des soins de santé.

Une telle initiative pourrait contribuer substantiellement à l'atteinte des objectifs nationaux d'autant plus que dans ce domaine, les progrès réalisés par le Gouvernement sont faibles. Seuls 3% de la population bénéficient d'une couverture médico-sociale[2].

La collecte des données sur le terrain a permis de contacter différents acteurs impliqués sur la question des mutuelles de santé, notamment : des membres des conseils communaux, les services techniques déconcentrés de l'Etat relevant de la santé et de la protection sociale, les responsables et agents des structures de santé, les responsables, agents et membres d'organisations de la société civile locale, des représentants de partenaires techniques et financiers actifs dans la zone, des responsables et agents d'institutions de micro finance, d'assurances et de réassurance présentes dans la zone ainsi que des citoyens et leaders communautaires locaux.

L'enquête a été facilitée par Tdh qui a mis à disposition les moyens logistiques et une liste indicative de personnes à contacter.

Le présent rapport, basé sur les informations recueillies sur le terrain, retrace l'étude en question tout en proposant des recommandations à même de relancer un système de mutuelles de santé communautaires.

Nous remercions l'ensemble des personnes ayant contribué à la conduite de ce travail d'étude.

---

[2] *Guinée, Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté DSRP III (2013-2015), Mars 2013*

2. CONTEXTE

2.1. Contexte sanitaire :

Depuis une trentaine d'année, la Guinée a une tradition d'organisation de son système de santé basé sur les soins de santé primaires et le district de santé. Ce système a amélioré la disponibilité et l'accessibilité des prestations essentielles de santé à un moment donné. Pourtant, malgré des acquis, la situation du secteur démontre des contre-performances.

Sont notés un affaissement de la gouvernance du système de santé et un cadre macroéconomique timide dû à un contexte socio politique difficile et aux conséquences de l'épidémie de la maladie à virus Ebola à laquelle la Guinée a dû faire face entre 2014 et 2016.

La recherche des causes du dysfonctionnement et de la faible performance du système de santé a conduit le Gouvernement à l'organisation d'Etats Généraux de la Santé, en juin 2014. Ces assises ont permis à l'ensemble des parties prenantes de définir en commun une vision, des orientations stratégiques et des priorités d'action pour une nouvelle Politique Nationale de Santé contenue dans un Plan National de Développement Sanitaire 2015-2024.

De manière générale, le système de santé se caractérise par (i) une morbidité et une mortalité encore élevées en particulier chez les groupes les plus vulnérables y compris le couple mère-enfant, (ii) une couverture effective faible pour la plupart des services essentiels de santé dont la qualité reste peu satisfaisante, (iii) une offre de soins inefficiente et inéquitable et (iv) un environnement parsemé d'importants obstacles et contraintes.

Le profil épidémiologique national reste quant à lui dominé par (i) les maladies transmissibles dont le Paludisme, la Tuberculose et les IST/VIH/sida, les maladies tropicales négligées et les maladies à potentiel épidémique y compris les fièvres hémorragiques, (ii) les maladies non transmissibles, les déséquilibres nutritionnels, (iii) les pathologies liées à la grossesse, à l'accouchement, au postpartum et (iv) les catastrophes[3].

Le taux brut de natalité était de 39,7‰ en 2014 avec un indice synthétique de fécondité de 4,8. Le taux de mortalité infantile est 44‰[4].

Les niveaux de mortalité adulte sont quasiment identiques chez les femmes et les hommes (4,9 et 4,7 décès ‰). L'espérance de vie à la naissance est de 59 ans[5].

En termes d'infrastructures sanitaires, il existe 1'174 structures publiques toutes catégories confondues, réparties comme suit : 726 postes de santé, 404 centres de santé, 5 centres de santé améliorés, 34 centres médicaux communaux et hôpitaux préfectoraux, 7 hôpitaux régionaux et 3 hôpitaux nationaux. Sur le nombre total d'infrastructures publiques, 51% se trouvent dans un état physique et de fonctionnalité non appropriés par rapport aux standards définis. La plupart des infrastructures sanitaires du pays ne répondent plus aux normes standards. Aussi, avec la survenue de la MVE, 94 formations sanitaires (soit 6%) du pays ont été fermées en novembre 2014 à cause de la désertion et du décès du personnel de santé[6].

---

[4] *Institut national de la statistique*
[5] *Plan National de Développement Sanitaire*
[6] *Annuaire statistique sanitaire 2014, Edition de décembre 2016*

Selon le PNDS, le ratio moyen est d'un lit d'hospitalisation pour 3'600 habitants quand la norme de l'OMS est d'un lit pour 1'000 habitants !

Les équipements des établissements de soins sont composés essentiellement du mobilier médical, des appareils biomédicaux et des moyens logistiques. L'équipement biomédical est utilisé essentiellement dans les structures hospitalières. Selon les normes établies par le Ministère de la Santé, chaque hôpital doit comporter un paquet d'équipement lui permettant d'assurer la prise en charge des pathologies précises. Mais le taux de disponibilité globale des équipements n'est que de 16%. A cela, s'ajoute le manque de centres régionaux de transfusion sanguine, de services de maintenance efficace à tous les niveaux et l'insuffisance d'équipements des blocs opératoires. Les soins de proximité dans un tel contexte généralisé de pauvreté ne sont donc pas assurés à satisfaction.

Selon les orientations de la politique hospitalière sont classés dans la catégorie des moyens logistiques : les ambulances médicalisées, les ambulances de transport ordinaires, les véhicules de fonction et les radios de communication VHF. Ces moyens logistiques font cruellement défaut et affectent la capacité des hôpitaux à répondre aux sollicitations urgentes des malades en situation de détresse.

Il est par ailleurs établi que les problèmes de santé, prioritaires au niveau communautaire, sont liés à la mortalité maternelle, néonatale et infanto juvénile, à la prévalence élevée des maladies transmissibles, aux maladies à potentiel épidémique (Ebola, méningite, choléra, rougeole, etc.), aux maladies non transmissibles et à la faible performance du système de santé de base. Cet état de fait s'observe tout particulièrement dans la région de N'Zérékoré.

Le niveau d'utilisation des services de santé est faible au niveau communautaire. Cette situation est aussi due à des croyances d'ordre culturel et des normes sociales limitant encore les comportements dont est faite la promotion en matière de santé et de nutrition au niveau des ménages[7].

Globalement, le système de santé en Guinée, et en région forestière, est caractérisé par une faible performance, tout comme une faible couverture en services essentiels de santé de qualité pourtant prévus dans le cadre de la réforme de couverture sanitaire universelle.

2.2. Contexte politique :

La Guinée est un État laïc indépendant depuis le 2 octobre 1958. De l'indépendance à 1984, le pays a été dirigé par le régime d'un parti unique, auquel a succédé un pouvoir militaire jusqu'en 1990, quand le pays s'est doté d'une nouvelle Constitution consacrant le multipartisme. Ce nouveau processus démocratique amorcé a été interrompu de 2008 à 2010 par un autre régime militaire de transition. L'ordre constitutionnel a été rétabli en 2010 par l'élection d'un nouveau Président de la République qui en est à son deuxième mandat.

La Guinée est composée de quatre régions naturelles que sont la Guinée maritime, la Moyenne Guinée, la Haute Guinée et la Guinée forestière. Sur le plan administratif, le pays compte 8 régions administratives pour 33 préfectures et les 5 communes de Conakry.

La région administrative de N'Zérékoré comprend quant à elle les préfectures de N'Zérékoré, Lola, Beyla Yomou, Macenta et Gueckédou.

[7] *Plan National de Développement Sanitaire-PNDS 2015-2024*

La décentralisation constitue une priorité du Gouvernement et se caractérise par la mise en place de structures locales chargées de la mise en œuvre de fonctions transférées au bénéfice des populations. Parmi les 14 compétences propres aux communes figurent la santé communautaire et l'action sociale[8].

En février 2018, ont eu lieu des élections locales attendues de longue date. Des difficultés s'en sont suivies pour la reconnaissance de résultats, qui ont été contestés sur de nombreux sites. Tant et si bien qu'au moment de la conduite de cette étude (en juillet), les maires et les conseils communaux ne sont pas encore en place comme attendu. Cette précision est importante au regard du rôle de ces entités locales.

2.3. Contexte économique :

Malgré les innombrables ressources de son sol et de son sous-sol, La République de Guinée reste classée parmi les pays les plus pauvres du continent africain. Au titre du rapport Mondial pour le Développement Humain de 2016 publié par le PNUD, la Guinée se classe 183ème sur 188 Etats.

L'agriculture représente la principale activité économique : tant au niveau national que dans la région de N'Zérékoré.

En 2014, en termes d'indice de pauvreté multidimensionnelle (MPI), les variations vont de 41,4% dans la région de Nzérékoré à 53,3% dans la région de Kankan, pour le milieu rural, dont la moyenne nationale est de 46,8%.

Le calcul de l'MPI a utilisé neuf indicateurs pour mesurer la pauvreté. Les combustibles de cuisson (18,7%), l'électricité (18,7%) et les années de scolarité (14,6%) ont les contributions les plus élevées de la pauvreté globale. L'assainissement à la contribution la plus faible à 6,2%. La contribution de scolarisation, de la mortalité des enfants et de l'eau potable ne sont pas aussi négligeables (respectivement 13,9%, 11,2% et 10,4%)[9].

Le niveau d'éducation du chef de ménage impacte le statut socio-économique des familles. A titre d'exemple, l'incidence de pauvreté dans les ménages guinéens dont le chef de famille n'a pas été scolarisé est 2,5 fois supérieure à celle des ménages dont le chef de famille a un niveau universitaire. Les ménages dont le chef de famille n'a pas été à l'école concentrent plus de 7 personnes pauvres sur 10, ils représentent près de 72% de la population[10].

Au cours de l'étude, cette corrélation entre niveau d'éducation et de pauvreté s'est observée. Elle prédispose les populations aux difficultés pour subvenir aux dépenses de santé.

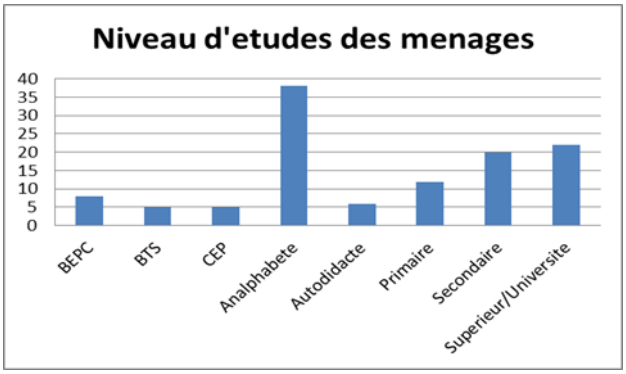


Figure 1: Niveau d'études des ménages rencontrés

30% des interviewés au sein des ménages se sont déclarés analphabètes.

Le taux d'analphabétisme peut être l'un des facteurs contribuant à la faible couverture sociale, laquelle ne concerne que 30% de l'ensemble de la population guinéenne.

[8] *Code des Collectivités Locales (CCL), 2017*
[9] *Guinée, Institut National de la Statistique - RGPH 2014*
[10] *Ibid.*

2.4. Contexte démographique :

Selon le Recensement Général de la Population et de l'Habitation de 2014, la population guinéenne est de10’628’972 d’habitants avec une densité d’environ 43 habitants au km^2.

Les femmes représentent 52% de la population, les moins de 15 ans correspondent à une proportion de 44%. Seuls 4% des Guinéens ont plus de 65 ans et la taille moyenne des ménages est de plus de 6 personnes.

La répartition démographique de la population est la suivante sur le territoire : Moyenne Guinée (22,9%), Guinée forestière (21,7%), Basse Guinée (20,4%), Haute Guinée (19,7%), et la zone spéciale de Conakry (15,3%).

Selon l’Institut National de la Statistique, la population de la région de N’Zérékoré est de 1'947’191 habitants dont 396’118 à N’Zérékoré, 325’482 à Beyla et 175’213 à Lola.

Sociologiquement, la Guinée forestière est une zone caractérisée par une forte hétérogénéité d’un point de vue ethnique, religieux et culturel. Les localités ciblées par l’étude sont principalement peuplées par les communautés Kpélè, Konia, Manon et Konon. Si l’islam et le christianisme sont les religions majoritaires dans la région, l’animisme est aussi bien présent.

La zone connaît des tensions récurrentes entre les différents groupes ethniques ou confessions religieuses. Des révoltes communautaires sont également assez fréquentes.

2.5. Contexte légal :

Le secteur de la santé est règlementé par des lois, notamment à destination de populations vulnérables comme les femmes et les enfants. Il s’agit de :

La loi L010/AN/2000 portant sur la Santé de la Reproduction (SR), donnant droit à l’accès aux services de SR/PF ;

La loi et les textes interdisant les Mutilations Génitales Féminines (MGF), notamment la convention des Nations-Unies portant sur l’élimination de toutes les formes de discrimination à l’égard des femmes ratifiée par la Guinée ;

La loi L/2005/025/AN du 22 novembre 2011 relative à la prévention, la prise en charge et le contrôle du VIH/SIDA ;

La loi L/2005/014/AN régissant les groupements économiques à caractère coopératif, les mutuelles à caractère non financier et les coopératives.

D’autres textes sont à l’état de projet ou en attente d’adoption, comme :

Le code de la famille interdisant toutes les formes de violences (domestiques, conjugales, sexuelles…), texte encore non adopté ;

Le projet de loi sur l’âge du mariage visant à réduire les mariages précoces.

Toutefois, ces lois ont une portée assez réduite, faute de textes d’application.

La Guinée dispose par ailleurs d’une stratégie nationale de protection sociale dont l’objectif est de réduire l'exclusion sociale et la vulnérabilité de la population face aux risques environnementaux, sociaux et économiques.

Cette stratégie définit les risques sociaux, tout en laissant une option ouverte pour traiter des risques de catastrophes naturelles du fait du degré d'exposition du pays à de potentielles situations de crises.

Dans la même logique, la vision de la stratégie nationale de financement de la santé pour la couverture universelle est celle d'une Guinée «… *où toutes les populations sont en bonne santé, économiquement et socialement productives à travers l'accès universel à des services de santé promotionnels, préventifs, curatifs et réadaptatifs, de qualité sans barrière géographique, financière et socioculturelle sur la base d'une complémentarité des secteurs public, privé, associatif et communautaire»*[11].

Cette vision prévoit que le niveau contributif par l'assurance sociale se base sur un système contributif de solidarité professionnelle et/ou communautaire. Ce niveau devrait englober l'ensemble des mécanismes d'assurance sociale regroupant ceux qui peuvent contribuer au financement de leur couverture sociale.

Cela concerne :

La sécurité sociale obligatoire liée à l'emploi salarié déjà couvert par l'Etat et la CNSS pour les salariés des secteurs public, parapublic et privé ;

La micro-assurance professionnelle et/ou à base communautaire qui couvre essentiellement le risque maladie à travers les Mutuelles de santé.

3. OBJECTIFS DE L'ETUDE

3.1. Objectifs général :

L'objectif général de la mission était de réaliser une étude de faisabilité de relance ou d'initiation de mutuelles de santé dans les zones ciblées, avec un focus mis sur les conditions propices, les difficultés ou les contraintes liées à la mise en place et/ou la relance de mutuelles de santé en Guinée forestière.

3.2. Objectifs spécifiques :

Ce travail d'étude visait plus spécifiquement à :

i. Collecter, analyser et interpréter les informations socio-économiques et sanitaires disponibles sur la zone du projet ReCCLAS en lien avec le concept de mutuelles de santé ;
ii. Identifier les mutuelles existantes ou ayant existé en Guinée forestière ;
iii. Analyser l'état actuel, les réussites et les contraintes de fonctionnalité des mutuelles identifiées ;
iv. Analyser les conditions et raisons de fermeture des mutuelles ayant existé ;
v. Analyser les opportunités de relance ou de dynamisation des éventuelles mutuelles existantes ;
vi. Identifier les associations et/ou groupements à même d'être de potentiels partenaires pour la dynamisation de mutuelles existantes et/ou pour la mise en place de nouvelles mutuelles.

[11] *Stratégie de Financement de la Santé vers la CSU - Guinée - Septembre 2014*

4. CADRE DE L'ETUDE DE FAISABILITE

Ce chapitre porte sur l'ensemble des activités conduites pour la réalisation de l'étude, suivant la méthodologie validée.

Ont été suivies les étapes de revue documentaire, de conception des outils, de formation des enquêteurs, de test des outils sur le terrain, de collecte des données et de rédaction du rapport. S'y ajoutent des rencontres de débriefing et de point de situation avec la coordination du projet ReCCLAS.

4.1. Approche méthodologique :

L'approche participative a été privilégiée, mettant au centre, les acteurs impliqués et/ou concernés, en lien avec la thématique des mutuelles de santé.

La méthodologie a combiné des méthodes qualitatives et quantitatives.

Divers types d'outils de collecte de données ont été utilisés (questionnaires, guide d'entretien structuré et guide de groupe de discussion). Pour chaque outil, il a s'agit de procéder suivant une approche genre en ciblant à la fois les hommes et les femmes.

La méthodologie de cette étude s'est basée sur quatre (4) grands axes :

i. Revue documentaire : en tenant compte des études, des rapports et autres documents pertinents obtenus auprès de mutuelles ayant existé, près de services d'Etat, près d'ONG nationales et internationales.
ii. Rencontre avec les acteurs institutionnels de protection sociale et de santé dans la zone d'étude : des rencontres ont eu lieu avec les structures étatiques en charge de la protection sociale, avec les structures étatiques en charge de la santé, avec des organisations de la société civile, des ONG nationales et internationales, des institutions d'assurance et réassurance.
iii. Rencontre avec les communautés et les leaders incluant les groupements communautaires de femmes, de jeunes, d'hommes, des groupements d'intérêt économique.
iv. Rencontre avec des membres d'anciennes mutuelles de santé. Ces rencontres ont permis de recueillir des informations sur (i) le mécanisme du fonctionnement ayant régi les mutuelles de santé, (ii) l'identification et la capitalisation de pratiques et (iii) les leçons apprises en matière de mise en place et de développement des mutuelles de santé dans la zone d'étude.

L'étude a été conduite par une équipe pluridisciplinaire, dont deux (2) consultants spécialisés sur les questions de santé communautaire en lien avec les systèmes de micro assurance santé et six (6) enquêteurs et enquêtrices de terrain ayant des expériences antérieures d'enquêtes.

Cette équipe a été appuyée dans la phase de saisie, d'analyse et d'interprétation des données par deux (2) spécialistes en informatique et en statistiques.

Toute la démarche a été séquencée en trois (3) phases : la phase préparatoire, la phase de collecte des données sur le terrain et la phase de saisie, d'analyse, d'interprétation des données et de production du rapport d'étude (production des livrables).

4.2. Revue documentaire et des données secondaires :

La phase de revue documentaire a fourni une diversité d'informations à l'équipe de consultation. Elle s'est focalisée sur les documents de politique nationale, les documents liés au projet et d'autres ouvrages pertinents en rapport avec l'étude (voir bibliographie annexée).

Ces informations ont permis, d'avoir une vue d'ensemble sur la situation géographique, sur le contexte socio-économique des localités ciblées par l'étude, sur la dynamique de la santé communautaire en général et sur la situation des mutuelles de santé dans la zone.

Cette étape a facilité la préparation des outils de collecte des informations sur le terrain.

4.3. Outils de collecte :

La seconde phase de réalisation de l'étude a été la conception des outils de collecte des données. Au total, sept (7) types d'outils ont été conçus :

- un questionnaire individuel à adresser aux ménages et aux leaders communautaires ;
- un guide d'animation de focus-groupes à destination d'organisations de la société civile ;
- un guide d'entretien avec les responsables et le personnel des mutuelles de santé ;
- un guide d'entretien avec les responsables et personnels des structures de santé ;
- un guide d'entretien avec les Directions Préfectorales de la Santé (DPS) et les Services Locaux de Protection Sociale ;
- un guide d'entretien avec les Institutions de micro finance et d'assurance ;
- un Guide d'entretien avec les représentants d'ONG/organisations nationales et internationales implantées dans la zone et concernées par la thématique de santé.

La phase d'administration de ces outils a été précédée d'une session de formation des enquêteurs de terrain pendant deux (2) jours, dans les locaux de Tdh à N'Zérékoré. Cette orientation a été facilitée par l'équipe de consultants. Cela a permis l'appropriation par les enquêteurs de la méthodologie et des outils de travail ainsi que du contexte de l'étude. Les participants ont également été informés des consignes à respecter au cours de l'administration des questionnaires et de la nécessité d'adopter des attitudes respectueuses et responsables sur le terrain. La formation théorique a été consolidée par un test des outils de collecte dans deux (2) quartiers de la commune urbaine de N'Zérékoré. Cette simulation a permis de procéder aux quelques ajustements ayant été estimés pertinents.

4.4. Interviews d'acteurs clés :

Le lancement des activités de collecte des informations sur le terrain par les équipes déployées a été précédé par une réunion d'échange avec la coordination du projet ReCCLAS à N'Zérékoré. Cette rencontre a été l'occasion pour le coordinateur du projet de rappeler les attentes de Tdh et de ses partenaires par rapport aux objectifs de l'étude et aux résultats attendus.

Ont aussi été mises à disposition des consultants, des listes de contacts qui se sont se révélées très utiles dans la facilitation des démarches et l'identification des cibles à interviewer sur le terrain.

Sur la base de cet échange, l'équipe de la coordination a prodigué des conseils et orientations fondés sur sa connaissance du milieu pour la définition finale de l'itinéraire et de

l'échantillonnage des communes rurales, tout comme du nombre de cibles à enquêter par catégorie. Cet échantillonnage a servi de base à la constitution des équipes d'enquête.

Par la suite, au terme de la phase de collecte sur le terrain, une autre rencontre a été organisée avec la coordination du ReCCLAS pour présenter une première synthèse du déroulement, des constats et tendances globales observées en attendant le traitement des informations et le rapportage.

Programme de collecte des données sur le terrain :

Périodes	**Localités**
Du 25 au 28 juin ***Préfecture de N'Zérékoré***	*Commune Urbaine de N'Zérékoré*
	Commune Rurale de Bounouma
	Commune Rurale de Gouécké
	Commune Rurale de Soulouta
Du 29 juin au 01 juillet ***Préfecture de Beyla***	*Commune urbaine de Beyla*
	Commune Rurale de Moussadou
	Commune Rurale de Sinko
	Commune Rurale de Boola
Du 02 au 04 juillet ***Préfecture de Lola***	*Commune Urbaine de Lola*
	Commune Urbaine de Kokota
	Commune Rurale de N'Zoo

Dans toutes les communes concernées par l'étude, le travail d'enquête a débuté par une prise de contact avec les responsables administratifs locaux, les préfets des trois préfectures, les sous-préfets et les secrétaires généraux (à défaut de maires). Ces entités ont systématiquement visé les ordres de mission et pris les dispositions nécessaires favorisant la mobilisation des cibles. Bien que chronophages, ces rencontres ont été importantes en termes d'information à communiquer aux autorités et de facilitation du travail d'administration des questionnaires.

Lors de ces prises de contact, l'équipe a toujours commencé par rappeler le contexte, les objectifs et les résultats attendus de l'étude.

L'ensemble des autorités rencontrées ont clairement exprimé leur soutien au projet et leur volonté d'accompagner les promoteurs du projet dans la relance/mise en place de mutuelles de santé dans les circonscriptions.

L'étude a touché au total un effectif de **270** personnes via l'administration de **179** fiches d'enquête. Plus en détail, les échanges se sont ainsi répartis :

Pour les ménages et les leaders communautaires : **130** entretiens ont été réalisés dont **49** dans la préfecture de N'Zérékoré, **48** dans la préfecture de Beyla et **33** dans la préfecture de Lola. Ces entretiens ont touché **76** ménages et **54** leaders d'opinion parmi les jeunes, les sages, les femmes, les religieux, etc.

Pour les structures de santé (1 centres médical amélioré et 13 centres de santé) : **14** responsables de structures de santé ont été interviewés dans les communes urbaines et rurales des trois préfectures ciblées dont : **6** dans la préfecture de N'Zérékoré, **5** dans la préfecture de Beyla et **3** dans celle de Lola.

Pour les services techniques décentralisés de l'Etat (santé et action sociale) : **4** entretiens ont eu lieu avec des représentants au niveau des trois (3) préfectures et une (1) au niveau régional.

Pour les organisations/ONG nationales et internationales implantées dans la zone : **4** entretiens ont eu lieu, avec une (1) représentation locale d'organisme du Système des nations unies (FNUAP) sise à N'Zérékoré, deux (2) antennes locales d'ONG nationales dont l'Association Guinéenne pour le Bien Etre Familial (AGBEF)-antenne de N'Zérékoré et l'association d'Accompagnement des forces d'Action Sociocommunautaire (AFASCO)-représentant local à Beyla, et une (1) ONG sous régionale qu'est le Réseau des Femmes du Fleuve MAno pour la Paix (REFMAP)-antenne de Lola.

Pour les institutions de Micro-Finance : trois (3) entretiens ont eu lieu, avec les caisses de crédit rural à Beyla et Lola et la Mutuelle de financement des Femmes (MUFFA) à N'Zérékoré.

Pour les mutuelles de santé : **10** entretiens ont eu lieu avec des membres et gestionnaires de **8** anciennes mutuelles et de l'Union des Mutuelles de Santé de Guinée forestière (UMSGF) qui les ont fédérées. Ces rencontres ont permis de mieux comprendre la procédure de gestion et de fonctionnement des précédentes mutuelles ainsi que les raisons liées à leur disparition. Le Coordinateur de l'Unité technique de l'UMSGF a guidé l'équipe pour l'identification de certaines anciennes mutuelles de santé (dans les préfectures de Beyla et de N'Zérékoré).

Le nombre d'enquêtés a varié d'une préfecture à l'autre. Les cibles rencontrées ont été de profils variés, respectant les aspects générationnels et de genre.

Les informations recueillies reflètent la situation socio-économique et sanitaire des différentes couches sociales des localités ciblées.

Les rencontres avec les acteurs institutionnels (DPS, DRS, DRASPFE, DPASPFE, anciennes mutuelles, ONG, groupements, structures de santé, institutions de micro finance) ont permis de comprendre les points de vue de ces acteurs sur la question des mutuelles de santé dans la région de Guinée forestière et de capter leurs avis sur les points forts et faibles de ces organismes communautaires.

Cela a également permis (i) de recueillir leurs propositions en vue de la relance éventuelle de mutuelles de santé dans la zone, (ii) de cerner leur disponibilité à œuvrer pour la redynamisation de mutuelles de santé et (ii) d'apprécier les interactions éventuellement possibles entre différents organismes pour limiter les risques et optimiser les chances de succès de fonctionnalité de mutuelles.

4.5. Groupes de discussion ciblés avec les organisations de la société civile :

Onze (**11**) focus groups ont été organisés auprès de **102** responsables ou membres d'organisations de la société civile (associations, groupements, …), actives dans les communautés, principalement par des interventions d'information et de sensibilisation des

populations. Ces focus group ont rassemblé un public varié, représentatif des communautés (jeunes, adultes, anciens, hommes, femmes).

Cette étape a permis de capter les perceptions du public en termes de comportements vis à vis de la santé, de capacité de prise en charge des dépenses de santé et de disposition d'adhésion au principe de mutuelle de santé.

4.6. Analyse et compilation :

Au terme du travail de terrain, à la suite de l'acheminement des fiches renseignées à Conakry, une équipe de saisie de 3 personnes s'est mise au travail pour enregistrer et traiter les données collectées.

L'analyse et l'interprétation des données ont été effectuées par deux informaticiens recrutés à cet effet pour 3 journées de travail.

Parallèlement les consultants, sur la base des informations déjà disponibles, ont entamé la rédaction du rapport, avec l'appui des enquêteurs qui ont fourni des compléments d'informations, selon nécessité.

La finalisation de l'interprétation des données a permis au consultant principal de faire la compilation de l'ensemble des productions afin de soumettre le présent rapport.

4.7. Limites et difficultés :

Si le travail s'est bien déroulé, l'équipe a néanmoins rencontré quelques limites et difficultés, comme :

i. la nécessité de revoir l'échantillonnage à la baisse, parce qu'il était peu réaliste dans la proposition initiale,
ii. les conditions de déplacement assez difficiles du fait de l'état des chaussées,
iii. les contraintes de temps, notamment lorsqu'il a fallu attendre les rencontres des autorités par préfecture,
iv. le défaut de disponibilité de certains registres et/ou de données statistiques fiables au niveau des districts sanitaires, des services techniques déconcentrés de l'Etat, des formations sanitaires, de l'UMSGF et des mutuelles de santé rencontrés ainsi qu'au niveau des opérateurs d'appui aux mutuelles de santé de Guinée forestière,
v. le déclanchement des mouvements sociaux, suite à l'augmentation inattendue du prix du carburant. Les difficultés de déplacement ont alors impacté le respect du calendrier contractuel.

5. ETAT DES LIEUX DES MUTUELLES DE SANTE DE GUINEE FORESTIERE

Au niveau national, les mutuelles de santé de Guinée, leurs unions et les opérateurs d'appui ont mis en place un réseau de promoteurs de la protection sociale à Conakry. Il s'agit de la Plateforme des Promoteurs de la Protection Sociale en Guinée (PPSOGUI) qui a obtenu son agrément le 21 février 2014.

Ce réseau a pour objectif de contribuer à la lutte contre l'exclusion sociale et la pauvreté en Guinée, notamment via un recours à des mutuelles de santé.

De manière spécifique, il s'agit de promouvoir le développement de la micro assurance santé, considérée comme une forme de protection sociale pour les populations les plus vulnérables à la base.

Fin 2014, ce réseau a procédé à un état des lieux des mutuelles de santé en Guinée qui a fait apparaître l'existence sur le territoire guinéen, de 93 mutuelles de santé, dont 55 étaient alors fonctionnelles et 38 non fonctionnelles avec un total de bénéficiaires de 69'609 personnes.

La Région de Guinée forestière comptait à l'époque 18 mutuelles de santé dont 15 étaient fonctionnelles, pour environ 27'813 bénéficiaires[12].

En juillet 2018, période de la présente étude diagnostique des mutuelles de santé en Guinée forestière, aucune mutuelle parmi les dix-huit citées à l'époque n'est fonctionnelle.

Les informations recueillies auprès de ces anciennes mutuelles ont permis de ressortir des éléments dont la prise en compte pourrait être décisive par rapport à des initiatives de création ou redynamisation de mutuelles de santé.

5.1. Principaux constats :

Nombre de mutuelles sur les lieux de l'étude : huit (8) anciennes mutuelles de santé ont été identifiées dans les trois (3) préfectures ciblées

i. à N'Zérékoré : quatre (4) mutuelles dont celles de Seleto dans la CL de Bounouma, Kpahalaye dans la CL de Soulouta, Gbéké Koilpone Kpon (GKK) dans la CL de Gouécké, et Banzou dans la CL de Gouécké ;
ii. à Beyla : deux (2) mutuelles dont les mutuelles de Moussadou dans la CL de Moussadou et Gbaly Kénéya dans la CL de Boola ;
iii. à Lola : deux (2) mutuelles dont les mutuelles de Hiya Po dans la CU de Lola et Wiyémo dans la CL de Kokota.

Nombre de membres : ces huit (8) anciennes mutuelles enregistraient lors du dernier état des adhésions un total de 3'020 adhérents. Selon ces statistiques, les effectifs les plus importants se trouvaient à Boola (655 membres), Gouecké (600 membres), Soulouta (530 membres) et Moussadou (environ 500 membres).

Organisation : les anciennes mutuelles de santé rencontrées disposaient en termes d'organes, d'une assemblée générale, d'une instance de délibération regroupant l'ensemble des membres, d'un conseil d'administration (groupe restreint de gestion), d'un bureau exécutif (organe opérationnel pour la gestion quotidienne des travaux) et d'un comité de contrôle.

Mode de gestion : ces anciennes mutuelles de santé démontrent et admettent d'importants déficits de capacités techniques et de gouvernance organisationnelle. Il y a souvent défaut de livres de comptes, de justificatifs de dépenses, de comptes rendus de réunions, de documents juridiques de base, de règlement intérieur … L' «amateurisme» semble dominer.

Cotisations : les cotisations annuelles des membres de ces anciennes mutuelles variaient de 10'000 à 40'000 GNF/an/personne[13] et le taux de recouvrement était en moyenne est de 72% au niveau des huit anciennes structures.

---

[12] *Etat des lieux des MS PPSOGUI_UMSGF - Décembre 2013*
[13] *Voir tableau ci-dessous*

Le taux de cotisation conventionnel est de 35'000 GNF/an/personne au niveau national et parmi les structures rencontrées quatre (4) mutuelles sur huit (8) sont en dessous de ce seuil acceptable.

Cet élément est l'un des facteurs ayant fortement contribué au faible rendement des mutuelles.

Le niveau de cotisation est faible au regard des besoins. Pour illustration, les déclarations obtenues lors des entretiens démontrent une moyenne des coûts de traitement et/ou de soins, s'élevant à 65'000 GNF lors du dernier épisode de maladie d'un individu.

Couverture des besoins des membres : la faiblesse des montants des cotisations annuelles limitait les possibilités des mutuelles à couvrir l'ensemble des besoins de leurs membres. Les données recueillies font état d'une proportion de 62,5% des adhérents bénéficiant des services des mutuelles. Les 37,5% autres personnes n'avaient pas bénéficié des services requis.

Tableau récapitulatif des informations sur les mutuelles de santé ayant existé dans la zone de l'étude :

N°	Nom de la mutuelle	Lieu	Année de création	Année de fermeture	Nbre de membres	Cotisation			Taux de couverture des besoins
						Pério-dicité	Montant / adhérent	Taux de recouvre-ment	
1	Mutuelle de santé de Moussadou	Moussadou (Beyla)	2013	2014	500	Annuelle	15'000	63%	51%
2	Gbaly Keneya	Boola (Beyla)	2011	2016	655	Annuelle	36'000	92%	85%
3	Mutuelle Wiyemou	Kokota (Lola)	2008	2011	50	Annuelle	10'000	67%	61%
4	Hiya Po	Lola	-	-	285	Annuelle	30'000	53%	45%
5	Seleto	Bounouma (N'Zérékoré)	-	2013	-	Annuelle	35'000	88%	77%
6	Mutuelle de Kpalaye	Soulouta (N'Zérékoré)	2011	2017	530	Annuelle	35'000	65%	52%
7	Mutuelle de Bandjouni	Gouecké (N'Zérékoré)	2000	2013	600	Annuelle	25'000	58%	46%
8	Mutuelle Gbèkè Kolèpone Kpon (GKK)	Gouecké (N'Zérékoré)	2001	2013	430	Annuelle	40'000	90%	83%

5.2. Potentiels :

Même si ces mutuelles de santé dans les 3 préfectures ciblées ne sont plus opérationnelles, certains signes positifs ont été constatés à leur niveau.

Ce sont notamment :

- ***La reconnaissance des populations de l'utilité des mutuelles de santé pour un accès facilité aux soins de santé et leur disponibilité à adhérer si les mutuelles sont mises en place ou relancées :***

Tous les acteurs mutualistes (anciens membres, personnels et responsables de gestion, personnels soignants) reconnaissent que les mutuelles facilitent la prise en charge des frais de santé, notamment durant la saison des pluies et la période de soudure qui placent les populations en situation plus difficile, financièrement.

Ce constat est aussi partagé par les ménages, les leaders communautaires, les Organisations de la Société Civile à la base, les Institutions de Micro-Finance.

On peut toutefois s'interroger sur la volonté des ménages à contribuer significativement à la prise en charge de leur dépense de santé. En effet, la moyenne des intentions de cotisation avancées par les enquetés (montant qu'ils pourraient payer par an pour chaque individu) est de 7'800 GNF alors que la moyenne du coût d'un traitement avancée par les personnes rencontrées est de 65'000 GNF (moyenne des dépenses lors du dernier épisode de maladie). Par ailleurs, le taux moyen de recouvrement des cotisations au sein des anciennes mutuelles de santé rencontrées était de 72%.

- ***Des intentions de bonne gestion et de lutte contre de mauvaises pratiques par des gestionnaires de certaines mutuelles :***

Au cours de l'administration des questionnaires auprès des anciens mutualistes, nous avons cherché à savoir si les prises en charge étaient vraiment effectives, comme le prétendaient les anciens gestionnaires des mutuelles. Ces renseignements informels confirment la prise en charge courante des dépenses de soins des mutualistes par leur mutuelle. Cet élément explique l'engouement et le souhait de voir les mutuelles être redynamisées.

Il est important de relever l'attitude responsable des gestionnaires des mutuelles «disparues» dans la lutte contre des agissements inappropriés de certains agents de santé vis-à-vis des patients mutualistes. La mutuelle de Boola a, par exemple, engagé des poursuites contre certains soignants ayant soutiré de l'argent abusivement à ses membres.

Ces agents de santé ont été contraints de rembourser les montants prélevés, ce qui fut un bon signe de dissuasion.

- ***Existence passée d'une organisation faitière des Mutuelles de santé :***

L'expérience de l'Union des Mutuelles de Santé de Guinée forestière (UMSGF) fut un atout.

Certes, cette Union a été confrontée à des difficultés et fut parfois décriée pour cause de gestion insuffisamment rigoureuse et transparente. Elle a toutefois sa raison d'être en tant qu'entité faitière, notamment pour coordonner et accompagner les actions de plaidoyer à des niveaux élevés.

Il faut aussi considérer le contexte dans lequel les partenaires techniques et financiers sont souvent plus enclins à soutenir des faitières plutôt que des entités individuellement ciblées.

Les responsables et techniciens de l'UMSGF rencontrés, maîtrisent le sujet. C'est aussi l'avis des anciennes mutuelles qui en étaient membres. Leur expérience constitue un potentiel pouvant être valorisé et utilisé dans une démarche de relance.

Cela dit, si l'UMSGF devrait reprendre un rôle dans la gestion des mutuelles, il serait souhaitable que son bureau soit mixte : constitué d'anciens gestionnaires (jouissant de la confiance des mutualistes) et de nouvelles personnes formées, à même de s'engager pleinement dans un processus d'accompagnement des mutuelles à s'autonomiser.

5.3. Faiblesses :

Les principaux points faibles dans le fonctionnement antérieur des mutuelles de santé rencontrées sont les suivants :

- ***La trop forte dépendance vis-à-vis de partenaires financiers (CIDR, FNUAP) et l'arrêt des activités de l'UMSGF :***

L'incapacité des mutuelles de santé à garantir leur indépendance financière constitue la raison fondamentale de leur disparition. Le montant trop modeste des cotisations et le taux de recouvrement non garanti ne rendent pas de système suffisamment viable pour répondre à la fois aux nécessités de paiement des soins et aux frais de fonctionnement structurel (prévus à hauteur de 2% des cotisations).

En 2014, le retrait de l'accompagnement institutionnel du CIDR et du FNUAP a précipité l'arrêt des activités des mutuelles. Cet accompagnement s'est essentiellement observé pour la mise en place des mutuelles, puis pour la prise en charge de leur fonctionnement (fournitures, primes, location de bureaux), pour la formation et pour un appui logistique via la mise à disposition de moyens de locomotion (véhicules et motos) et d'équipements bureautiques (ordinateurs, imprimantes, mobiliers).

Ces partenaires ont également soutenu la restructuration des groupements d'intérêt économique, leur dotation en semences améliorées et la formation de leurs membres en technique culturale. Ces apports visaient aussi l'amélioration des capacités de cotisation des membres des mutuelles, mais ce lien n'a visiblement pas vraiment opéré.

- ***Les difficultés de recouvrement des cotisations et l'insolvabilité des mutuelles auprès des structures de soins :***

Les éléments précédemment décrits ont placé les mutuelles dans l'incapacité d'honorer le paiement des soins à un rythme suffisant et des difficultés de recouvrement des besoins ont été notables sur chacun des sites. Il y a donc eu insolvabilité auprès des structures de santé, ce qui a altéré le climat de collaboration, créé la méfiance au niveau des services de santé, conduit au refus des structures sanitaires à traiter les patients mutualistes.

- ***L'insuffisance d'information de la population sur les mutuelles de santé :***

Les entretiens organisés avec les ménages et les leaders communautaires ont nettement démontré un sérieux niveau d'ignorance des anciens mutualistes ou plus généralement des populations quant au mode de fonctionnement et d'organisation des mutuelles de santé. Le défaut d'information a favorisé la diversité des interprétations au niveau des membres, l'émergence de malentendus, une faible implication et un manque de prise de responsabilités des membres face aux difficultés des mutuelles.

Dans la CL de Boola, par exemple, un ancien personnel de mutuelle, présent au focus group, explique que certains mutualistes s'étaient retirés dès la première année, s'estimant

lésés puisqu'ils avaient payé leur cotisation, mais n'avaient été remboursés de rien dans la mesure où aucun de leurs proches n'étaient tombés malades. Il y avait là incompréhension liée au manques d'explications et d'information claire du public.

- ***La faible contribution des prestataires de soins à la promotion des mutuelles et la stigmatisation des mutualistes par les agents de santé :***

L'attitude de certains agents de santé n'a pas toujours été de nature à promouvoir la démarche mutualiste. Elle a plutôt constitué un frein au développement des mutuelles et un facteur de démotivation des mutualistes. Ces membres des mutuelles ont à un moment donné, été victimes de stigmatisation, puisque les notes de soins n'étaient pas forcément réglées ou l'étaient très à retardement.

Par ailleurs, certains soignants, malheureusement habitués aux dessous de tables, ne sont pas motivés si le patient se présente avec une carte de membre d'une mutuelle.

- ***Le manque de ressources humaines endogènes et la forte dépendance des mutuelles aux techniciens de l'UMSGF :***

Les mutuelles de santé étaient quotidiennement gérées par un Bureau Exécutif composé de personnes déterminées mais inexpérimentées car méconnaissant les outils de gestion administrative et financière d'une telle organisation.

Cette situation a laissé un rôle incontournable à des techniciens et animateurs externes (techniciens de l'UMSGF et animateurs communautaires soutenus par des partenaires financiers) pour le fonctionnement des mutuelles à tous les niveaux de leurs rôles et responsabilités. Le départ de ces derniers est maintes fois évoqué par les populations et la plupart du personnel de gestion des mutuelles comme l'un des facteurs clés d'arrêt des mutuelles.

- ***Le faible taux d'adhésion des populations aux mutuelles de santé :***

L'adhésion aux mutuelles de santé apparaît faible, proportionnellement au nombre d'habitants des localités d'implantation. Les mutuelles de l'UMSGF, comptaient 26'000 adhérents au total en 2014 sur une population de 1.663.582[14] habitants pour la Région administrative de N'Zérékoré. Cela illustre un net défaut d'information, voire d'intérêt, de la majorité des populations locales envers les mutuelles de santé.

Ce faible taux d'adhésion constitue un important manque à gagner pour les mutuelles en termes de mobilisation de ressources, et contribue à les rendre peu viables.

- ***Le statut bénévole des responsables et du personnel des organes de gestion des mutuelles :***

Des échanges ayant eu lieu au cours de l'étude, il ressort que le travail des responsables et du personnel des mutuelles de santé n'est pas motivant d'un point de vue financier puisqu'il s'agit d'une activité bénévole exercée par de bonnes volontés qui accordent une partie de leur temps à la cause commune. C'est là une sérieuse limite à la fonctionnalité du système qui peine à capter des volontaires en mesure de s'engager pleinement.

- ***La baisse des sources de revenus de la population en période de pluies empêchant les adhérents d'honorer leurs cotisations :***

La saison des pluies ressort comme la période des difficultés financières en région forestière. Elle correspond naturellement au moment d'incapacité des populations à

[14] *Guinée, Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGDH-3), Mars 2015*

s'acquitter des cotisations associatives, qu'elles soient au sein des mutuelles ou d'autres structures faitières. A noter que c'est aussi la période de pic épidémiologique dans la zone selon les professionnels de santé. 90,5 % des interviewés reconnaissent qu'ils éprouvent des difficultés financières durant cette saison. 53,5 % des interviewés dans les ménages ont au moins retardé une fois une consultation ou hospitalisation par manque d'argent à cette période. Selon les avis captés au cours des entretiens, la période allant de septembre à janvier est plus propice au paiement de cotisations.

- ***L'insuffisance de la collaboration entre la mutuelle de santé, la CL et les autres structures de développement des communes :***

Les informations recueillies auprès des 8 mutuelles confirment globalement l'insuffisance de collaboration et d'accompagnement des autorités des collectivités locales. La seule forme de soutien aux mutuelles de la part des CLs se résume souvent à une simple présence à une assemblée générale ou le jour de mise en place des mutuelles. Pourtant, les soins de santé primaires font partie des compétences transférées aux CLs par l'Etat.

Les personnels et les responsables des mutuelles sont unanimement convaincus que l'implication des autorités administratives locales (élus et cadres techniques des CLs) auraient permis d'éviter certains facteurs néfastes ayant contribué à la disparition de ces structures de micro-assurance santé comme la stigmatisation et le refus des soins aux mutualistes dans les centres de santé rattachés, par exemple.

Seule la mutuelle de Boola détient encore un siège mis à disposition par la CL, signe d'une collaboration et du soutien de la CL à la mutuelle.

D'autres défauts de collaboration sont regrettés, notamment au niveau des Association de Parents d'Elèves et Amis de l'Ecole (APEAE), des Comités Locaux de Protection de l'Enfance (CLPE), du Comité de Gestion de Centre de Santé (CoGeS). Ces entités pourraient aussi permettre aux mutuelles de mieux se faire connaître et pourraient constituer des opportunités de communication.

- ***Les problèmes liés à la gestion de l'UMSGF :***

Les informations recueillies font état d'une gestion opaque des techniciens de l'UMSGF. Ces problèmes de gestion ont été régulièrement mentionnés au cours des entretiens qui ont notamment fait état d'accusation de malversations. Certains interviewés estiment par ailleurs que les cotisations demandées aux mutuelles constituantes de l'Union, sont trop élevées puisqu'étant de 2'000'000 GNF par mutuelle, par an.

5.4. Leçons apprises :

Les échanges directs avec l'ensemble des acteurs du domaine des mutuelles de santé et l'analyse des raisons de leur fermeture, permettent de tirer des leçons à propos du fonctionnement, de l'organisation, des difficultés et des succès des mutuelles disparues.

Ce sont des éléments dont le projet ReCCLAS peut s'inspirer.

Ces enseignements se déclinent ainsi :

- ***un besoin de mettre en place des cadres de concertation permanente entre les responsables des mutuelles et les personnels de santé pour harmoniser les attentes et éviter la stigmatisation des mutualistes :***

Ces cadres d'échange continu pourraient permettre de prévenir les malentendus ou conflits éventuels. Les actions de stigmatisation visant les membres de mutuelles de santé dans les structures de santé et les comportements inappropriés vis-à-vis des patients mutualistes pourraient remonter dans les deux sens et être traités dans un temps réduit. La communication est importante pour consolider la collaboration entre les centres de santé et les mutuelles de santé.

- ***la nécessité d'améliorer la visibilité du mouvement de la mutualité dans les localités via différents canaux et supports de communication (radio rurale, sensibilisation, panneaux, banderoles, information communautaire, …) :***

Les mutuelles apparaissent peu connues, y compris dans leur zone de couverture. Le degré d'ignorance au sujet des mutuelles de santé elles-mêmes et de leur mécanisme de fonctionnement gagnerait à faire l'objet d'actions de fond qui permettraient d'agir sur le niveau d'adhésion et le nombre de cotisations.

C'est pourquoi, il serait important de développer des canaux et supports de communication pour délivrer des messages d'information sur le sujet, accessibles et adaptés aux populations.

L'utilisation des radios rurales, pour disséminer des messages en langues locales, l'organisation de sensibilisations de masse et de niveau domiciliaire pourraient constituer des vecteurs à même de mieux informer les populations à la base, tout en les invitant à adhérer aux mutuelles de santé.

- ***développer l'approche communautaire dans la gestion des mutuelles à tous les échelons et mettre en place un programme de formation continue :***

Il ressort des entretiens que le manque de connaissances des membres et des gestionnaires des mutuelles de santé sur la structuration et le fonctionnement associatif est l'un des facteurs ayant affaibli les mutuelles.

C'est pourquoi, dans le cadre d'une redynamisation et/ou d'une mise en place d'une nouvelle mutuelle de santé, il serait important de privilégier l'approche communautaire comme démarche d'intervention. Cette approche devrait se matérialiser par le développement d'un programme de renforcement de capacités continu sur des thématiques essentiellement liées à la gestion, l'administration, le plaidoyer et la communication.

Les personnes impliquées directement dans la gestion d'une mutuelle devraient résider dans la communauté locale. Il faudrait agir de sorte que le rôle des techniciens ne soit pas de nature à menacer l'existence même des mutuelles. Leur rôle ne doit pas être substitutif, mais d'accompagnement technique ciblé, de régulation, de plaidoyer et de lobbying en faveur des mutuelles de santé.

- ***envisager pour les mutuelles de santé d'autres mécanismes de mobilisation de ressources financières :***

Un autre constat est celui de l'absence de soutien de l'Etat. Or, l'accompagnement des structures étatiques constituerait un atout majeur dans le bon fonctionnement des mutuelles. Des actions de plaidoyer et de mise en contact seraient à développer afin de solliciter ce soutien de l'Etat, tout comme une plus grande implication des collectivités locales.

Par ailleurs, au-delà des cotisations des membres, les mutuelles de santé pourraient développer des activités génératrices de revenus (mise en place de champs de solidarité par exemple) pour accroître leurs revenus en vue de s'autonomiser. Ce genre d'initiative existe

déjà dans la région pour d'autres types d'organisations à base communautaire, notamment dans la CL Soulouta (Préfecture de N'Zérékoré) et peut constituer une source d'inspiration.

5.5. Opportunités :

Il existe dans la région forestière, notamment dans les préfectures de la zone de couverture du projet ReCCLAS, des chances ou opportunités pour la redynamisation/création de mutuelles de santé qui se présentent comme suit :

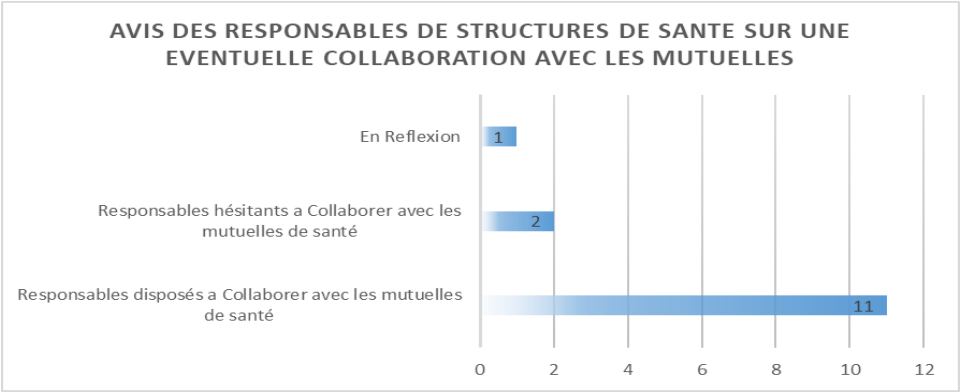
- ***la reconnaissance unanime des mutuelles de santé pour l'accès aux soins et l'adhésion de principe des populations locales :***

Le fait que tous les acteurs rencontrés soient favorables à l'idée de mise en place ou de redynamisation des mutuelles de santé est une opportunité pour le projet. Les populations adhèrent et soutiennent largement cette initiative. Elles se disent disposées (96.9 % des enquêtés) à adhérer à une mutuelle de santé et 45 % privilégient l'option de la cotisation mensuelle.

Les autorités sanitaires des différents niveaux s'engagent également à s'impliquer dans la promotion des mutuelles de santé, surtout à Beyla où le Directeur Préfectoral de la Santé a ouvertement exprimé son soutien.

78,6 % des structures de santé interrogées dans le cadre de cette étude affirment avoir la possibilité de conclure des accords de collaboration avec une mutuelle, alors que 14,3% des responsables interviewés sont hésitants. 7,1 disent avoir besoin de réfléchir (Figure 6).

Figure 6 : avis des responsables des structures de santé sur une éventuelle collaboration avec les mutuelles



Malgré l'engouement, l'engagement des partenaires dans une action de redynamisation ou de mise en place de mutuelles en Guinée forestière doit tenir compte du contexte local et d'autres éléments d'analyse, notamment le revenu des populations, les difficultés financières en période d'hivernage, la capacité de mobilisation sociale autour des actions communautaires, etc.

- ***l'orientation politique de l'État vers la décentralisation des soins de santé :***

La question des mutuelles de santé cadre avec la Politique Sanitaire Nationale de l'État Guinéen qui tend à décentraliser davantage les services de soins pour permettre aux collectivités à la base de s'approprier des problématiques de santé. Cela favorise le soutien du Ministère de tutelle et de l'ensemble des services techniques du département de l'Action Sociale du pays.

Le nouveau document de politique nationale de la protection sociale, validé, confirme la volonté de l'État de renforcer les mécanismes de création et le développement des mutuelles de santé.

- ***une disposition des partenaires techniques et financiers et des services techniques déconcentrés de l'Etat à accompagner le développement des mutuelles de santé dans la région :***

Le FNUAP qui a déjà apporté un appui institutionnel à l'UMSGF a paru disposé à jouer un rôle dans l'accès à des services de santé des populations locales.

Toutefois, les possibilités d'intervention de l'organisation sont partagées du fait d'initiatives gouvernementales manquant encore de clarté. De fait, certains services comme la césarienne, la vaccination, la planification familiale, le traitement de la tuberculose ou du paludisme (entre autres), ont été déclarés gratuits par le gouvernement guinéen sans que les contours de cette gratuité ne soient parfaitement délimités. Cette initiative génère une certaine confusion ne facilitant pas nécessairement le recours à une mutuelle de santé.

Le plan d'action annuel du FNUAP (2018), mentionne un travail d'étude sur la gratuité des services de santé pour mieux cerner le sujet, et apprécier les éléments de complémentarité.

Les services techniques déconcentrés de l'Etat ayant été rencontrés (DRS, DPS, DPASPE, Secrétaires généraux), ont tous affirmé leur soutien à la démarche et leur disposition à exercer leur autorité et leadership pour faciliter l'essor de mutuelles si les résultats de l'étude allaient dans le sens d'une redynamisation.

- ***l'expérience d'un système d'épargne de solidarité (champs communautaires exclusivement destinés à la prise en charge des cas sociaux, prêts associatifs exemptés d'intérêt) :***

A Soulouta, les groupements et Organisations de la Société Civile disposent d'un mécanisme de solidarité communautaire permettant la prise en charge des dépenses de santé de leurs membres. Il s'agit concrètement de crédits d'épargne alimentés par des récoltes de champs de solidarité cultivés par les groupements. Cette base permet l'octroi de prêts sans intérêts aux membres les nécessiteux.

Les éventuelles zones qui seraient retenues pour la création et/ou la relance de mutuelles pourraient s'inspirer de ce système, de nature à faciliter le paiement de cotisations. Les groupements de ces localités pourraient, en effet, contracter avec la mutuelle pour assurer la prise en charge des frais de santé de leurs membres, en cotisant pour eux à la mutuelle.

Cela représente une piste à explorer pour l'autonomisation des mutuelles.

- ***la domiciliation des comptes des mutuelles au niveau des caisses du crédit rural de Guinée et l'opportunité de crédits offerts par ces caisses :***

Il existe au moins une Institution de Micro-Finance dans chacune des Collectivités locales dans lesquelles l'étude a été réalisée. Ces caisses de crédit rural pourraient servir de lieu de sécurisation des montants des cotisations collectées.

Elles offrent également une opportunité de crédits aux mutuelles.

Noter que les anciennes mutuelles rencontrées au cours de l'étude disposent encore ou ont disposé d'un compte dans une caisse de crédit rural.

5.6. Conditions de succès pour le développement ou la redynamisation de mutuelles de santé :

L'étude de faisabilité de relance ou d'initiation de mutuelles de santé en Guinée forestière a permis de constater des opportunités de relance. Du fait de maladies récurrentes et du faible

revenu des populations, la région forestière présente des besoins de couverture sanitaire importants. L'existence de mutuelles de santé dynamiques et viables constituerait une réponse adéquate.

Néanmoins, les répondants à l'enquête ont évoqué des problèmes de fonctionnement et de bonne gouvernance desdites mutuelles de santé. La viabilité du système ne saurait être garantie sans certaines conditions préalables essentielles, comme :

- ***au niveau des mutuelles de santé :***

Le développement d'actions de mobilisation sociale par des campagnes de sensibilisation et de communication auprès des populations sur les services effectivement offerts et sur le mode de fonctionnement des mutuelles.

Pour favoriser une meilleure gestion des mutuelles, il faudrait envisager l'élection de nouveaux bureaux en suscitant une représentativité équilibrée composée de femmes et d'hommes jouissant d'autorité morale reconnue et capables d'insuffler un nouveau départ. Ceci faciliterait le dialogue interne et l'engagement des membres à défendre l'intérêt commun.

- ***au niveau des formations sanitaires :***

La collaboration entre les structures sanitaires et les mutuelles est un élément clé pour obtenir l'adhésion populaire et encourager un plus grand nombre de personnes à souscrire aux mutuelles de leur localité. Cependant, il serait important que cette collaboration soit formalisée afin de définir les prérogatives de chacun. Cela éviterait des différends souvent évoqués entre les mutualistes et le personnel de santé.

Un programme de formation pourrait être développé en faveur des gestionnaires et du personnel des formations sanitaires en vue de faciliter leur collaboration avec les mutuelles de santé et favoriser une prise en charge satisfaisante des mutualistes.

Intégrer aux prérogatives des comités de gestion des centres et postes de santé, le suivi de la collaboration en organisant des concertations régulières et en remontant au personnel de santé les insuffisances sur l'offre de soin proposée aux mutualistes.

Au niveau des mutualistes, mettre en place un système de collecte d'opinions sur la qualité des services (de santé, des mutuelles …). La synthèse périodique des données servirait de base de discussion tripartites (mutuelle, comité de gestion, personnel de santé).

Renforcer les capacités des prestataires sur le circuit de prise en charge des mutualistes et sensibiliser le personnel et les responsables des structures de santé sur la prise en charge des adhérents des mutuelles.

Promouvoir le dialogue entre différents acteurs de la prise en charge médicale des adhérents des mutuelles, notamment, les responsables des mutuelles, les adhérents, le personnel et les responsables des structures de santé.

- ***au niveau des populations :***

Mettre en place un programme de sensibilisation et d'information sur divers aspects :

- la conscientisation des populations sur l'importance de la mutuelle, afin de susciter l'adhésion et le paiement régulier des cotisations ;
- l'information des population quant au fonctionnement d'un mutuelle, à ses avantages, aux enjeux ;

- le coût des services de santé : les mutualistes doivent être informés sur les services et leur coût au niveau de leur structure de santé.
- La mise en place d'un mécanisme permettant de collecter le point de vue des mutualistes sur les services, de la mutuelle elle-même, tout comme des structures de santé ;
- la prévention : la mutuelle peut contribuer aux efforts de sensibilisation par rapport aux pratiques porteuses en matière de santé et d'hygiène.

❖ ***le recrutement d'une ONG nationale d'appui aux mutuelles de santé de Guinée forestière :***

Cette organisation doit avoir une expertise en matière d'accompagnement associatif notamment dans le domaine de la santé communautaire, disposer de connaissances sur les mutuelles de santé, avoir des compétences en gestion de partenariat et en plaidoyer/influence.

Elle doit également avoir des compétences pour appuyer les mutuelles à mettre en place un dispositif de fonctionnement qui tienne compte de la gouvernance interne mais également des outils techniques et organisationnels (statuts et règlement intérieur, procédure de gestion administrative et financière, plan d'orientation et d'action opérationnel, programme de formation continue en fonction des besoins).

Ce processus de renforcement de capacités rendrait plus efficace les mutuelles dans leur développement organisationnel, fondamental à leur survie et permettrait de pallier aux nombreuses insuffisances techniques et organisationnelles identifiées au niveau des mutuelles disparues.

Au cas où ce type d'ONG n'est pas disponible localement, les acteurs du projet ReCLASS pourrait se charger de ce travail en recrutant des spécialistes du sujet.

6. CAHIER DES CHARGES POUR LA SELECTION D'UNE ORGANISATION D'APPUI AUX MUTUELLES DE SANTE

Une organisation d'appui aux mutuelles de santé de Guinée forestière devrait être en capacité :

- d'accompagner la redynamisation / la mise en place des mutuelles de santé (diagnostic organisationnel, revue des textes juridiques, mise en place des organes de gestion, sensibilisation des populations, mise en place d'outils de gestion, formation et conseil) ;
- d'apporter des appuis techniques aux mutuelles de santé (plan de développement économique et suivi de mise en œuvre, conseils techniques, sensibilisation / communication et marketing social, suivi-évaluation de gestion courante) ;
- d'élaborer et de mettre en place un plan d'autonomisation interne constitué d'outils de développement organisationnel, de renforcement des capacités, de gestion administrative et financière ;
- de faciliter la construction d'une relation tripartite (mutuelle - comité gestion de centre de santé - centre/poste de santé), la mise en place d'une convention de partenariat, l'animation de formations, l'organisation des concertations ;

- de mettre en place un programme de sensibilisation des populations (sur les système d'adhésion, les services, la prévention des maladies, les intérêts et la fonctionnalité d'une mutuelle, le développement d'AGR, etc).

Cette organisation devrait être une ONG nationale qui dispose d'une expérience de travail dans la région de N'Zérékoré.

7. PROPOSITION DES MUTUELLES A REDYNAMISER

Suivant le constat de terrain basé sur les données quantitatives et qualitatives, il pourrait être envisagé la relance des mutuelles de santé de Boola, de GBEKE KOILPOE KPON à Gouécké et celle de SELETO à Bounouma.

Le choix de ces localités pour la redynamisation des mutuelles est motivé par des critères à la fois socio-économiques, mais aussi certains indices de gouvernance ayant existé par le passé.

- ***LA MUTUELLE DE SANTE GBALY KENEYA DANS LA COMMUNE RURALE DE BOOLA***

La proposition de cette mutuelle à redynamiser est motivée par les bonnes pratiques en matière de gestion et de bonne collaboration avec les autorités :

- existence de documents juridiques pour la mutuelle (Statuts, Règlement Intérieur, Agrément) ;
- mutuelle reconnue par la CL ;
- le Maire et sa famille sont membres de la mutuelle ;
- le DPS et le Directeur de l'hôpital préfectoral sont très favorables à la promotion des mutuelles de santé au niveau des formations sanitaires.

- ***LA MUTUELLE DE SANTE DE SELETO DANS LA COMMUNE RURALE DE BOUNOUMA***

Au niveau de cette CL, les signes de bonnes pratiques en matière de gestion de la mutuelle (disponibilité de certains documents administratifs et financiers) et de bonne collaboration avec les autorités nous amènent à penser qu'il y a des atouts non négligeables pour que la mutuelle soit relancée.

Les échanges avec les autorités sanitaires de la localité, dont le chef du centre de santé font état d'une relation de qualité avec la mutuelle par le passé.

Lors du focus group, les populations ont également exprimé leur souhait de voir la mutuelle redynamisée et étaient unanimes sur l'importance d'une telle structure dans leur localité.

- ***LA MUTUELLE DE SANTE GBEKE KOILPOE KPON (GKK) DANS LA COMMUNE RURALE DE GOUECKE***

Sur ce site, la fréquentation du centre de santé est très élevée (taux moyen de fréquentation mensuelle se situant entre 500 et 800 patients en premier contact) selon les données disponibles sur place. Cela démontre la satisfaction de la communauté par rapport aux prestations proposées. Les populations ainsi que les autorités sont également toutes favorables à la redynamisation de la mutuelle.

C'est aussi une localité facile d'accès où la mobilisation sociale est apparemment plus porteuse.

7.1. CHOIX D'UNE LOCALITE POUR UNE NOUVELLE MUTUELLE :

La sous-préfecture de Sinko semble être plus appropriée pour la création d'une nouvelle mutuelle de santé.

Cette localité est frontalière avec la Côte d'Ivoire d'où proviennent de nombreux patients. La population y est relativement nombreuse avec plus de 4'000 habitants[15], actifs dans les activités de commercialisation des produits agricoles et d'élevage.

Les principes mutualistes y sont déjà connus des autorités et des leaders communautaires rencontrés.

On note également la présence d'un centre de santé de proximité et un Centre Médico-Communautaire dont les services sont largement appréciés par les populations locales. Cette collaboration entre les populations et les structures de santé prédispose Sinko à abriter une mutuelle de santé.

8. CONCLUSION

Cette étude a suscité l'intérêt des différentes autorités administratives et sanitaires, ce qui a facilité la mobilisation des cibles en dépit des difficultés liées aux occupations des populations à la base (marchés hebdomadaires, travaux champêtres).

Cette étude a permis :

- d'avoir une base de renseignement sur les mutuelles de santé de Guinée forestière ;
- d'approfondir les analyses sur leur fonctionnalité et leur impact sur les services de santé ;
- d'avoir des informations pertinentes sur les besoins de santé des populations ;
- de connaître les différents intervenants ayant eu à être impliqués dans la mise en place et l'accompagnement des mutuelles de santé en Guinée forestière ;
- d'avoir une base de travail pour la proposition d'actions concrètes de mise en place et/ou de redynamisation des mutuelles de santé en Guinée forestière ;
- de dégager différentes recommandations à même d'apprécier la pertinence de relancer l'initiative des mutuelles de santé dans la zone et de minimiser les éventuels risques d'une telle initiative.

[15] *Situation socio-économique détenue par la sous-préfecture de Sinko*

9. ANNEXES

9.1. *Bibliographie* :

Tableau : Références Bibliographiques

N°	Intitulé du document	Date de parution/rédaction
1	Stratégie régionale de réduction de la pauvreté, Région administrative de N'Zérékoré	Décembre 2006
2	Guinée, Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté-DSRP iii (2013-2015),	Mars 2013
3	Etat des lieux des MS PPSOGUI_UMSGF	Décembre 2013
4	Stratégie de Financement de la Santé vers la CSU-Guinée	Septembre 2014
5	Politique Nationale de Santé (Un engagement pour bâtir un système de santé performant)	Novembre 2014
6	Etat des Lieux des Mutuelles de santé en République de Guinée	Décembre 2014
7	Plan National de Développement Sanitaire-PNDS 2015-2024	Mars 2015
8	Guinée, Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGDH-3)	Mars 2015
9	Document du Programme d'Appui à la Santé / 10ème FED	Janvier 2016
10	Rapport Mondial sur le Développement Humain-RMDH, PNUD	2016
11	ANNUAIRE STATISTIQUE SANITAIRE 2014	Décembre 2016
12	Enquête par grappes à indicateurs multiples MICS 2016	Juillet 2017
13	Programme National d'Appui aux Commune de Convergence	Décembre 2017
14	Situation socio-économique de la sous-préfecture de Sinko	Juin 2018

9.2. Les outils de collecte des données :

QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL A ADRESSER AUX MENAGES (INDIVIDUS) ET AUX LEADERS COMMUNAUTAIRES

Numéro d'identification : ____/___/____/____/ Date _____/_____/2018Heure de début : ……

1. CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

Préfecture de l'interview : _____Code :_____

Nom et prénom de l'interviewé :……...
Quartier de résidence : ……Commune :……..
Nationalité : ……Sexe : ……Age :…..……Religion……..……
Catégorie professionnelle : ……Contact :……

SECTION 1 : FICHE SIGNALÉTIQUE DU REPONDANT (adhérent potentiel)

1. Quelle est votre situation matrimoniale actuelle ?

- ☐ Célibataire
- ☐ Marié
- ☐ Divorcé
- ☐ Veuf

2. Quel est votre niveau d'études ?

☐ Pas été à l'école mais sait lire et écrire
☐ Pas été à l'école et ne sait pas lire ou/et ne sait pas écrire
☐ Primaire ☐ CEP ☐ secondaire ☐ BEPC ☐ BAC ☐ supérieur ☐ BTS

3. Quel est votre métier ?

- ☐ Agriculteur/éleveur
- ☐Commerçant/marchand/vendeur
- ☐ Fonctionnaire (publique et privé)
- ☐ Aucune occupation
- ☐ Ouvrier
- ☐ Retraité (tous les métiers)
- ☐ Autre à préciser

4. De combien de personnes se compose votre famille ? (Ensemble des personnes à votre charge vous y compris : soit la famille élargie)

	Hommes	Femmes	Filles (0-5 ans)	Garçons (0-5 ans)	Filles (6-17 ans)	Garçons (6-17 ans)	Filles (18-20 ans)	Garçons (18-20 ans)
Nombres								

SECTION 2 : PERCEPTION DU SERVICE FOURNI PAR LES ETABLISSEMENTS DE SANTÉ

1. Avez-vous déjà été soigné dans un établissement de santé ?

☐ Oui ☐ Non (Si non, aller à la question 12)

2. Dans quels types de structures ? (Maximum 3)

☐ Poste de Santé (PS)
☐ Centre de Santé Intégré (CSI)
☐ Hôpital préfectoral
☐ Hôpital régional
☐ Clinique privée
☐ Autre à préciser .....

Noms des dernières structures fréquentées (maximum 3)

N°	
1.	
2.	
3.	

3. Comment y trouvez-vous l'accueil généralement ?

1. ☐ très bon ☐ bon ☐ moyen ☐ mauvais ☐ très mauvais
2. ☐ très bon ☐ bon ☐ moyen ☐ mauvais ☐ très mauvais
3. ☐ très bon ☐ bon ☐ moyen ☐ mauvais ☐ très mauvais

4. Les compétences du personnel soignant sont-elles ?

1. ☐ suffisantes ☐ insuffisantes
2. ☐ suffisantes ☐ insuffisantes
3. ☐ suffisantes ☐ insuffisantes

5. Le personnel soignant prend-il le temps de vous écouter ?

1. ☐ oui ☐ non
2. ☐ oui ☐ non
3. ☐ oui ☐ non

6. Combien de temps avez-vous dû attendre la dernière fois avant de vous faire soigner ?

1. ☐ < 1 heure ☐ entre 1 et 4 heures ☐ entre 4 et 7 heures ☐ > 7 heures
2. ☐ < 1 heure ☐ entre 1 et 4 heures ☐ entre 4 et 7 heures ☐ > 7 heures
3. ☐ < 1 heure ☐ entre 1 et 4 heures ☐ entre 4 et 7 heures ☐ > 7 heures

7. La dernière fois que le médecin, l'infirmier ou la sage-femme de la structure de santé vous a prescrit une ordonnance de médicaments :

☐ Tous les médicaments étaient disponibles au sein de la formation sanitaire
☐ Certains médicaments prescrits n'étaient pas disponibles au sein de la formation sanitaire

8. Parmi les problèmes que vous avez rencontrés en allant dans une structure de santé, lesquels trouvez-vous les plus gênants - *Questions à choix multiples*

☐ L'accueil
☐ Les compétences du personnel soignant
☐ L'écoute du personnel soignant
☐ Pas de personnel féminin pour soigner les femmes
☐ Paiement direct de supplément à certains membres du personnel
☐ L'attente avant les soins
☐ L'attente avant d'avoir un rendez-vous
☐ Les heures d'ouverture
☐ Les absences de membres du personnel soignant
☐ Disponibilité des médicaments prescrits
☐ Autre à préciser .....

SECTION 3- REVENUS ET CAPACITÉ CONTRIBUTIVE (FAMILLE ÉLARGIE)

9. Mettez-vous de l'argent de côté pour payer les soins de santé ?

☐ Oui ☐ Non

10. Si oui, préciser le montant de cette réserve mensuelle : ..... GNF

11. Est-ce qu'il vous arrive de retarder une consultation ou une hospitalisation par manque d'argent ?

☐ Oui ☐ Non

12. Est-ce que ces difficultés sont particulièrement importantes à certains moments de l'année ?

☐ Oui ☐ Non

(Si non, aller à la question 18)

13. Si oui, préciser les mois de l'année :

☐ Janvier ☐ Février ☐ Mars ☐ Avril ☐ Mai ☐ Juin
☐ Juillet ☐ Août ☐ Septembre ☐ Octobre ☐ Novembre ☐ Décembre

14. Expliquer les raisons de cette baisse de revenus ?

☐ Ne sait pas
☐ Autre à préciser .....

15. Que faites-vous lorsque vous ne disposez pas de l'argent nécessaire pour les soins de santé ?

- ☐ Vous empruntez à quelqu'un de la famille ou à un ami
- ☐ Vous empruntez à un organisme de crédits ou à un prêteur individuel
- ☐ Vous vendez ou mettez en gage un bien matériel
- ☐ Vous renoncez aux soins de santé
- ☐ Autre à préciser .....

16. Combien gagnez-vous en moyenne par jour ? .....GNF

17. À combien estimez-vous les contributions mensuelles de votre femme ou d'un autre membre de la famille aux dépenses de la maison ?.....GNF

18. Quels sont les mois de l'année durant lesquels vos revenus sont les plus importants ?

☐ Janvier ☐ Février ☐ Mars ☐ Avril ☐ Mai ☐ Juin

☐ Juillet ☐ Août ☐ Septembre ☐ Octobre ☐ Novembre ☐ Décembre

☐ Revenus mensuels constants

19. Expliquer les raisons de ces revenus plus importants ?

- ☐ Ne sait pas
- ☐ Autre à préciser .....

20. Pour combien de personnes souhaiteriez-vous cotiser ?

- ☐ Tous les membres de la famille élargie
- ☐ Tous les membres de la famille nucléaire (vous, votre/vos conjoint(e)/s, votre/vos enfant(s))
- ☐ Vous, votre conjoint/vos conjointes et les enfants de moins de cinq ans de la famille nucléaire
- ☐ Tous les enfants mineurs de la famille nucléaire
- ☐ Vous et votre conjoint/vos conjointes
- ☐ Autre à préciser .....

21. Ceci signifie que vous êtes prêt à cotiser pour ..... Personnes

22. Si vous devez faire partie d'une mutuelle de santé communautaire, combien êtes-vous prêt à payer mensuellement par personne ?..... GNF

Ce qui signifie que vous allez payer ce montant de *** GNF chaque mois pour chaque personne, soit un montant mensuel de *** GNF pour la famille, et que cet argent ne vous est pas rendu au terme de l'année même si aucun membre de votre famille n'a bénéficié de soins de santé (une mutuelle de santé communautaire n'est pas une tontine ou une épargne).

23. Si vous adhérez à une mutuelle de santé communautaire, selon quelle fréquence pourriez-vous cotiser ?

☐ Par mois ☐ Par trimestre ☐ Par an

SECTION 4- ADHÉSION À LA MUTUELLE DE SANTE COMMUNAUTAIRE

24. Les personnes qui ont des revenus élevés doivent cotiser plus au financement de la mutuelle que ceux qui ont des revenus faibles ?

1	2	3	4	5
Fortement en accord	Plutôt en accord	Neutre	Plutôt en désaccord	Fortement en désaccord

25. Les personnes les plus malades doivent cotiser plus au financement de la mutuelle que les personnes moins malades ?

1	2	3	4	5
Fortement en accord	Plutôt en accord	Neutre	Plutôt en désaccord	Fortement en désaccord

26. Tous les citoyens doivent bénéficier du même traitement requis par leur état de santé quelle que soit leur cotisation à la mutuelle ?

1	2	3	4	5
Fortement en accord	Plutôt en accord	Neutre	Plutôt en désaccord	Fortement en désaccord

27. Seriez-vous prêt à adhérer à la mutuelle de santé communautaire ?

1		2	3	4
Certainement oui		Probablement oui	Probablement non	Certainement non

28. Si non, pourquoi ?

- ☐ Impossibilité de payer une quelconque cotisation
- ☐ Impossibilité de payer une cotisation pour chaque membre de la famille
- ☐ Pas disposé à payer une cotisation même quand on n'est pas malade
- ☐ Pas disposé à payer une contribution en plus de la cotisation lors du recours aux soins
- ☐ Ne pas être couvert pour tous les services de soins
- ☐ Autre à préciser .....

29. Parmi ces options, laquelle préférez-vous ?

- ☐ Une cotisation élevée mais avec beaucoup de soins remboursés (dont beaucoup à 100%).
- ☐ Une cotisation moyenne avec une large couverture des soins mais auxquels il reste néanmoins une participation financière personnelle à chaque soin.
- ☐ Une cotisation faible mais avec peu de soins repris en charge par la mutuelle.

30. Combien payez-vous en général la consultation ? .....GNF

31. Que pensez-vous des coûts concernant les :

	Peu cher	Moyennement cher	Très cher	Ne sait pas
Consultations				
Médicaments				
Examens laboratoires				
Radios				
Opérations chirurgicales				
Hospitalisation				
Accouchement				

SECTION 5- EXPOSITION AUX RISQUES MALADIE ET LEUR PERCEPTION (FAMILLE ÉLARGIE)

32. Des membres de votre famille sont-elles été malades pendant les douze derniers mois (hors accouchement) ?
☐ Oui ☐ Non

33. Des membres de votre famille souffrent-ils en permanence d'une maladie ou d'une incapacité depuis plus d'un an ?
☐ Oui ☐ Non

34. Si oui, préciser le nombre de personnes : .....

35. Y-a-t- il eut des naissances dans votre famille ces 12 derniers mois ?
☐ Oui ☐ Non

36. **Lors du dernier épisode (consultation + examens de laboratoire + radios + médicaments …) de maladie vous concernant, si des soins ont été donnés, combien vous ont-ils coûté ? Préciser le montant : .....GNF**

37. La dernière fois que des soins ont été donnés à l'une des personnes à votre charge, combien vous a coûté l'épisode (consultation + examens de laboratoire + radios + médicaments …) ? Préciser le montant : .....……..GNF

38. Comment avez-vous trouvé l'argent pour ces soins ?

- ☐ Dans mes propres ressources financières disponibles
- ☐ J'ai emprunté à quelqu'un de la famille ou à un ami
- ☐ J'ai emprunté à un organisme de crédits ou à un prêteur individuel
- ☐ J'ai vendu ou mis en gage un bien matériel
- ☐ Autre à préciser : .....

39. Combien payez-vous annuellement pour les soins de santé de l'ensemble de votre famille ?

Préciser le montant : .....GNF
Je ne sais pas ……

Lieu :…….....date :…….....heure de fin :……
L'équipe d'enquête (nom et signature)
Personne ayant effectuée l'entretien : ……..……..……

GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LES RESPONSABLES ET LE PERSONNEL DES MUTUELLES DE SANTE

Numéro d'identification : ____/___ /____/____/Date _____/_____/2018 Heure de début :……

1. CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

Préfecture de l'interview : _____

Nom de l'interviewé :……
Quartier de résidence :……..Commune :…… ……..
Contact :……
Nom de la mutuelle de santé :……
Position au sein de la mutuelle : ……..……
Centre/Poste de Santé de rattachement :……

2. CONTENU DE L'ENTRETIEN

1. Pouvez-vous nous faire une présentation de votre mutuelle :

   - Date de création
   - Nombre d'adhérents
   - Instances de gestion
   - Mode de gestion
   - Fréquence des réunions
2. A combien s'élève la cotisation annuelle pour une personne ?
3. Quel est le mode de payement des cotisations (moyen et périodicité) ?
4. Combien de membres adhérents à votre mutuelle sont à jour dans leurs cotisations au cours de l'année 2017 ?
5. Combien de membres adhérents à votre mutuelle ont bénéficié de vos services au cours de l'année 2017 ?
6. Ces services sont-ils à la hauteur de la cotisation de vos membres ?
7. Quelle est la relation entre la mutuelle et l'établissement sanitaire partenaire ?
8. Quelle est la relation entre la mutuelle et la collectivité ?
9. Avez-vous des partenaires ? Si oui, lesquels et quels types de partenariat ?
10. Avez-vous des relations avec les institutions de micro finance ou d'assurance ? Si oui, les quelles ?
11. Quelles sont vos difficultés ?
12. Quelles solutions pour un meilleur fonctionnement ou une redynamisation de votre mutuelle ?

Lieu :…….....Date :.....Heure de fin :……..

L'équipe d'enquête (Nom et Signature)

Personne ayant effectuée l'entretien : ……..

GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LES RESPONSABLES ET PERSONNELS DES STRUCTURES DE SANTE (CENTRES DE SANTE, POSTES DE SANTE, HOPITAUX)

Numéro d'identification : ____/___/____/____/ **Date _____/_____/2018Heure de début :…**

I. CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

Préfecture de l'interview : _____

Établissement sanitaire :…..……
Lieu d'implantation:……..……..Commune:……
Nom et prénoms de la personne interviewée :……..……
Contact :……..
Position au sein de l'établissement : ……..

II. Informations sur l'établissement sanitaire :

- Date de création,
- Nombre de salles,
- Nombre de lits,
- Equipement disponible,
- Nombre moyen de patients par jour,
- Nombre d'agents,

III. Informations permettant de connaître le contexte *Situation sanitaire, problèmes d'accès aux soins*

1. Quelles sont les principales maladies rencontrées par la population ?
- Chez les enfants :
- Chez les femmes adultes :
- Chez les hommes adultes :

2. Lesquelles provoquent le plus de décès ?
- Chez les enfants :
- Chez les femmes adultes :
- Chez les hommes adultes :

3. Lesquelles sont gratuitement prises en charge ?
- Chez les enfants :
- Chez les femmes adultes :
- Chez les hommes adultes :

4. Quelles sont les périodes de pic épidémiologique de votre circonscription ? (Période au cours de laquelle la population tombe souvent malade)

5. Est-ce que les utilisateurs ont du mal à payer les services de santé ? Si oui : A quelles périodes de l'année plus particulièrement ?
6. Avez-vous parfois des demandes de crédits de la part de patients qui ne peuvent payer les dépenses de santé ?
7. Est-ce que des initiatives ont été prises pour faciliter le paiement des services de santé (caisse d'entraide, systèmes de crédits, …) ? Lesquelles ?
8. Est-ce que certains utilisateurs viennent de loin ? De quels villages ?
9. Est-ce que certains utilisateurs ont du mal à venir jusqu'au centre de santé ?

IV. Informations permettant de préparer le choix des services de santé à couvrir par le système

10. Quels services de santé (préventifs/curatifs) sont selon vous, sont essentiels pour réduire les taux de morbidité de certaines maladies et les taux de mortalité ?
- Chez les enfants
- Chez les femmes adultes :
- Chez les hommes adultes :

11. Pour quels services de santé avez-vous le plus de problèmes de recouvrement ou de financement (sous-utilisation) ?

V. Informations permettant de comprendre le fonctionnement des structures de santé et l'identification de points d'accords (tarifs, normes de qualité)

12. Quelles sont les procédures d'accueil des patients/clients ?

Exemple : Passage à la caisse en premier

13. Est-ce qu'il arrive que ces procédures ne soient pas respectées ?

Si oui, dans quel cas ? *A observer in situ*

14. Est-ce que les patients doivent attendre longtemps avant d'être vus par le personnel soignant ?

Si oui, à quoi est due cette attente ? *A observer in situ*

15. Qu'est-ce qui pourrait être envisagé pour réduire la durée d'attente ?
16. Est-ce que la pharmacie de la formation sanitaire est parfois en rupture de stock de certains médicaments et intrants ?

Si oui, à quoi cela est-il dû ?

Exemples : Un seul fournisseur, centralisation des commandes à la DPS, transport des médicaments après achat…

17. Qu'est-ce qui pourrait être envisagé pour éviter les ruptures de stock ?

18. Quelles sont les procédures appliquées pour respecter le secret médical et la confidentialité des dossiers médicaux ?

19. Est-ce que vous utilisez des protocoles thérapeutiques prédéfinis par pathologie ?

Si oui, pour quelle pathologie ?

20. Comment sont établies les grilles de tarifs ? Et quel est le mode de facturation actuel (par acte, par épisode de maladie, etc.) ?
21. Savez-vous si les patients paient parfois des pourboires pour être soignés plus rapidement ?

Si oui, connaissez-vous le montant de ces pourboires ? (Fourchette)

VI. Informations permettant d'identifier les interlocuteurs pour les accords

22. Nous envisageons de mettre en place un système de micro-assurance santé. L'objectif de ce système est de faciliter le paiement des services de santé par les usagers. Ce système pourrait passer des accords avec certaines formations sanitaires afin de convenir de règles de fonctionnement spécifiques ou de tarifs différents des tarifs officiels. Avez-vous la possibilité de conclure ce type d'accord ? Si non, à qui devons-nous nous adresser ?

Lieu :…….....Date :….....Heure de fin :……

L'équipe d'enquête (Nom et Signature)

Personne ayant effectuée l'entretien : …….....……...……..

……...……...

GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LES DIRECTIONS PREFECTORALES DE LA SANTE (DPS) ET SERVICES LOCAUX DE PROTECTION SOCIALE

Numéro d'identification : ____/___/____/____/ Date _____/_____/2018 Heure de début :…

1. CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

Préfecture de l'interview : _____

Institution :……..……

Lieu d'implantation :……..Commune :……

Nom et prénoms de la personne interviewée :……

Position au sein de l'institution :……

Contact :……...

2. CONTENU DE L'ENTRETIEN

1. **Quels sont les principaux problèmes de santé de la population ?**
   - Chez les enfants,
   - Chez les femmes,
   - Chez les jeunes…
2. **Quelles sont les principales causes de morbidité et de mortalité**
   - Chez les enfants,
   - Chez les femmes,
   - Chez les jeunes…
3. **Lesquelles provoquent le plus de décès ?**
   - Chez les enfants,
   - Chez les femmes,
   - Chez les jeunes…
4. **Quels sont les différents indicateurs de santé dans votre zone ?**

Indicateurs	Données chiffrées
Taux CPN 4(Consultations Prénatales) Taux d'accouchement assisté	
Taux de Prévalence du Paludisme	
Taux de Prévalence de Diarrhée	
Taux de Mortalité infantile	
Taux de Mortalité maternelle	
Accident de la route	

5. **Quelles sont les périodes de pic des différentes pathologies courantes ?**
6. **Quelles sont les principales difficultés des formations sanitaires en matière de recouvrement de coût ?**
7. **Quelles sont les difficultés rencontrées par les utilisateurs pour payer les services de santé ?**
8. **Quelle est la perception des utilisateurs des services de santé par rapport aux prestataires de soins de santé et la qualité des services ?**
9. **Quelles sont les principales difficultés rencontrées par les utilisateurs lors de la sollicitation des soins (temps d'attente, absentéisme du personnel soignant, ruptures de médicaments, …) ?**
10. **Quelles sont les grandes lignes de la politique de micro-assurance santé (Code, document politique, …) ?**
11. **Quel est le niveau de mise en œuvre de ces différents documents politiques en matière de santé communautaire**
12. **Nombre, noms et localisation des mutuelles de santé existantes ou ayant existé dans votre juridiction (si disponibles, récolter des données statistiques)**
13. **Collaboration avec les mutuelles de santé : Quels sont vos rapports avec ces mutuelles ? Avez-vous des informations sur l'union des mutuelles de santé de la Guinée forestière ? Si oui expliquez-nous en quelques mots ce que vous savez ?**
14. **Quelles solutions proposeriez-vous pour la mise en place et le développement des mutuelles de santé dans votre circonscription ?**
15. ***Lieu :…….....Date :…….....Heure de fin :……***
16. ***L'équipe d'enquête (Nom et Signature) - Personne ayant effectuée l'entretien : ……***

GUIDE D'ANIMATION DES FOCUS-GROUPES AVEC LES ORGANISATIONS DE LA SOCIETE CIVILE (FAITIERES, ORGANISATIONS A LA BASE)

Numéro d'identification : ____/___/____/____Date _____/_____/2018 Heure de début : ……

1. CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

Préfecture de l'interview : _____

Sous/préfecture:……/**District/Secteur** :……

2. CONTENU DE L'ENTRETIEN

1. **Brève description des organisations (Précisez les organisations)**

- Date de création ;
- Domaines d'intervention ;
- Nombre de membres ;
- Zones couvertes …

2. **Avez-vous déjà été soigné dans un établissement de santé la dernière fois que vous êtes tombé malade ?**
3. **Dans quels types de structures ? (Compter et mentionner nombre par catégorie)**

Type d'établissement fréquenté	Nombre de personnes
Poste de Santé (PS)	
Centre de Santé (CS)	
Hôpital préfectoral	
Hôpital régional	
Clinique privée	
Automédication	
Médecine traditionnelle	
Aucun traitement	

4. **Que pensez-vous des coûts de soins de santé ?**
5. **Comment trouvez-vous de l'argent pour faire face aux soins de santé ?**
6. **Est-ce qu'il vous arrive de retarder une consultation ou une hospitalisation par manque d'argent ?**
7. **Est-ce que ces difficultés sont particulièrement importantes à certains moments de l'année ? Si oui, préciser les périodes de l'année.**
8. **Que faites-vous lorsque vous ne disposez pas de l'argent nécessaire pour les soins de santé ?**
9. **Combien gagnez-vous en moyenne par Mois ?**
10. **Quels sont les mois de l'année durant lesquels vos revenus sont les plus importants ?**
11. **(Après avoir expliqué ce qu'est une mutuelle de santé) Seriez-vous prêt à adhérer à une mutuelle de santé communautaire ? Si non, pourquoi ?**
12. **Pour combien de personnes souhaiteriez-vous cotiser ?**
13. **Si vous devez faire partie d'une mutuelle de santé communautaire, combien êtes-vous prêt à payer mensuellement par personne (relever les différentes réponses en vue de dégager une moyenne) ?**
14. **Si vous adhérez à une mutuelle de santé communautaire, selon quelle fréquence pourriez-vous cotiser ?**

Lieu :…….....Date :…….....Heure de fin :……

L'équipe d'enquête (Nom et Signature)

Personne ayant effectuée l'entretien :

……...……..

TABLEAU D'IDENTIFICATION DES PARTICIPANTS AU FOCUS-GROUPE

No.	**NOM ET PRENOMS**	**AGE**	**SEXE (H/F)**	**ORGANISATION D'APPARTENANCE**	**CONTACT**
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					

GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LES REPRESENTANTS D'ONG NATIONALES ET INTERNATIONALES IMPLANTES DANS LA ZONE ET CONCERNEES PAR LA QUESTION DE SANTE

Numéro d'identification : __/___/____/____/ Date _____/_____/2018 Heure de début : ……

1. CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

Préfecture de l'interview : _____

Nom de l'organisation :……
Lieu d'implantation :……
Nom et prénom de l'interviewé :……
Contact :……
Position au sein de l'organisation :……

2. CONTENU DE L'ENTRETIEN

1. Parlez-nous de votre institution
   - Date de création/implantation,
   - Couverture géographique,
   - Domaines d'intervention,
   - Partenaires
   - Réalisations
2. Avez-vous à un moment donné accompagné, soutenu une mutuelle de santé dans cette région ? Si oui, laquelle ?
3. Quels sont selon vous les avantages, difficultés et défis à accompagner le développement ou la relance des mutuelles de santé ?
4. Avez-vous d'autres informations supplémentaires sur les mutuelles de santé, sur votre collaboration potentielle et sur la santé en général dans votre zone ?

Lieu :…….....Date :…….....Heure fin :……...

L'équipe d'enquête (Nom et Signature)

Personne ayant effectuée l'entretien : ……...……...

GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LES RESPONSABLES ET AGENTS DES INSTITUTIONS DE MICRO FINANCE D'ASSURANCE ET DE REASSURANCE

Numéro d'identification : ____/___/____/____/Date _____/_____/2018 Heure de début : ……

1. CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

Préfecture de l'interview : _____

Nom de l'institution :……
Lieu d'implantation :……..
Nom et prénom de l'interviewé :……..
Contact :……
Position au sein de l'institution :……..

2. CONTENU DE L'ENTRETIEN

1. Parlez-nous de votre institution
   - Date de création
   - Couverture géographique
   - Services offerts
   - Procédures
   - Clients
2. Quelle est votre perception des mutuelles de santé (avantages, limites, opportunités, …) en Guinée ?
3. Avez-vous des relations de partenariat avec des mutuelles de santé ? Si oui, lesquelles ?
4. Dans quels domaines pourriez-vous éventuellement collaborer avec les mutuelles de santé et comment ?
5. Avez-vous des relations avec les acteurs institutionnels de la santé dans votre zone (DPS, mutuelles,) ? Si oui, lesquelles ?
6. Avez-vous des relations avec AGIL, PRIDE ou Terre des hommes ? Si oui, lesquelles ?
7. Avez-vous d'autres informations complémentaires sur les mutuelles de santé et sur votre collaboration potentielle ?
8. Dans quelle mesure seriez-vous intéressé à un éventuel partenariat pour mettre en place une mutuelle de santé ?
9. Quelles sont vos conditions pour vous engager dans un tel partenariat ?

Lieu :…….....Date :…….....Heure fin :……..

L'équipe d'enquête (Nom et Signature)

Personne ayant effectuée l'entretien : ……...……..

9.3. Liste détaillée des personnes rencontrées :

N°	NOMS et prénoms	Fonctions	Localités/Préfectures	Contacts
Mutuelles de Santé				
1	LAMAH Théodore Gbilimou	Président UMSGF	N'Zérékoré/N'Zérékoré	623 31 61 18 666 39 33 95
2	HABA Jacob	Coordinateur Technique UMSGF	N'Zérékoré/N'Zérékoré	625 39 29 10
3	LAMAH Antoine Clavaire	Président de GKK	Gouécké/N'Zérékoré	620 78 62 37 661 72 31 75
4	LAMAH Eugène	Président Banzou	Gouécké/N'Zérékoré	669 45 91 57
5	GUIKPONWOLO Gbamou	Gestionnaire Kpalralaye	Soulouta/N'Zérékoré	664 55 71 09
6	BARRY Nyan GAMY Léon	Mutuelle Bounouma	Bounouma/N'Zérékoré	627 06 43 57 628 12 95 55
7	NINAMOU Méniné	Trésorier Wiyemou	Kokota/Lola	623 33 79 47 666 84 00 31
8	DORÉ Gopulebe	Président Hiya Po	Lola/Lola	
9	KATÉ Amara KOLIÉ Zaoro	Président Bbaly Keneya Vice-président Bbaly Keneya	Boola/Beyla	622 93 35 66 622 19 18 39
10	BÉRÉTÉ Youssouf	Trésorier mutuelle Moussadou	Moussadou/Beyla	620 16 15 53
ONGs / Organisations				
11	KEÏTA Kissi	Chef sous-bureau UNFPA	N'Zérékoré/N'Zérékoré	627 11 78 82
12	KOÏVOGNI Kakpaoro	AGBEF	N'Zérékoré/N'Zérékoré	622 44 40 53 657 10 10 01
13	CONDÉ Moussa	Président AJDP	N'Zérékoré/N'Zérékoré	624 19 96 60
14	DORÉ Germaine TRAORÉ Christine SAGNO Hélène	Membres Association Nélémeni	N'Zoo/Lola	628 22 24 30 620 15 07 47 626 89 59 51
15	DAGUI Ninamou	Secrétaire chargé aux projets REFMAP	Lola/Lola	623 85 02 08
16	BONGONO Marc	Chef Antenne Beyla AFASCO	Beyla/Beyla	624 47 25 35
17	CISSOKO Facilimam	Chef CS Moussadou	Moussadou/Beyla	623 78 61 80
Centres de Santé				
18	KPOGHOMOU Pépé Boniface	Chef CS Sokoura	N'Zérékoré/N'Zérékoré	628 91 97 47
19	KOUROUMA Severin	Suppléant Chef CS Commercial	N'Zérékoré/N'Zérékoré	628 39 58 20
20	SOW Mamadou Lamine	Chef CS Dorota	N'Zérékoré/N'Zérékoré	628 68 20 24
21	KOLIÉ Abdoulaye	Chef CSA Gouécké	Gouécké/N'Zérékoré	622 23 89 57
22	TRAORÉ Lah	Chef CS Soulouta	Soulouta/N'Zérékoré	621 39 99 91
23	KOLIÉ Thomas	Agent PEV CS Bounouma	Bounouma/N'Zérékoré	628 35 74 55
24	LAMAH Lucien	Chef CS N'Zoo	N'Zoo/Lola	622 91 86 56
25	SAGNO Emmanuel	Chef CS Kokota par intérim	Kokota/Lola	623 58 49 20
26	HABA Alfred	Suppléant Chef CS de Lola	Lola/Lola	621 95 45 53
27	DIANÉ Oumar	Chef CS Beyla	Beyla/Beyla	628 71 02 82

		Sobakono		
28	CONDÉ Serges Mohamed	Chef CS Boola	Boola/Beyla	628 68 23 00
29	FANGAMOU	Chef CS Sinko	Sinko/Beyla	626 36 88 71
30	DOUMBOUYA Diakaria GUILAVOGUI Akoï	Statisticien CMC Sinko Surveillant Général CMC Sinko	Sinko/Beyla	622 88 93 61 628 43 15 22
Autorités régionales et préfectorales				
31	FOFANA Moussa	Directeur Préfectoral de l'Action Sociale de N'Zérékoré	N'Zérékoré/N'Zérékoré	628 17 84 40
32	SOKPO Théoro	DPS N'Zérékoré	N'Zérékoré/N'Zérékoré	622 46 94 98 662 20 91 46
33	DIALLO Amadou Sidy	Directeur Régional de l'Action Sociale	N'Zérékoré/N'Zérékoré	622 70 62 65
34	DORÉ	DPS par intérim	Lola/Lola	622 52 56 51
35	TRAORÉ Loupou	Directrice Préfectorale de l'Action Sociale	Lola/Lola	626 84 06 88
36	LAMAH Alphonse	Directeur Préfectoral Action Sociale	Beyla/Beyla	620 65 67 96
37	BARRY Mamadou Semba	DPS	Beyla/Beyla	622 23 26 18
38	KEÏTA Abdoulaye Kéléba	Secrétaire chargé des Collectivités décentralisées	Beyla/Beyla	622 88 18 70
Institutions de Micro-Finance				
39	HABA Marie-Claude	Vice-présidente du CA de la MUFFA	N'Zérékoré/N'Zérékoré	628 39 34 84
40	HABA Moriba	Agent Crédit Rural de Lola	Lola/Lola	623 40 49 92
41	CONDÉ Biya Moussa	Directeur Crédit Rural Beyla	Beyla/Beyla	622 17 74 23 622 49 75 04