

# Actualisation de l'inventaire des mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest et du Centre

Pays : Guinée Conakry

## RAPPORT FINAL



## **1.Introduction**

Dans le cadre de la concertation entre les acteurs de développement des mutuelles de santé , une actualisation de l'inventaire des mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest et du Centre a été commanditée. En Guinée, un des onze pays couverts , la recherche a été menée de juillet à août 2000.

### **a. Méthodologies et degré d'investigation**

#### **Méthodes d'enquête**

Les principales méthodes utilisées dans cette recherche sont : les entretiens dirigés, l'analyse documentaire et les visites de terrain.

Grâce à deux questionnaires élaborés par le STEP/BIT de Dakar, les entretiens dirigés ont permis de recueillir les données relatives aux mutuelles de santé et aux structures d'appui .Le traitement de ces données a été fait grâce au logiciel

Le choix de l'échantillon a été fait de manière raisonnée à cause du caractère tout à fait nouveau du sujet et des ressources limitées.

L'analyse documentaire a permis de faire l'historique et le fonctionnement actuel des mutuelles de santé existantes en Guinée . A partir de cette analyse, il ressort que l'émergence des mutuelles de santé en Guinée date seulement de la dernière décennie du 20<sup>è</sup> siècle (1990-1999 ).

Les visites de terrain ont permis de prendre contact avec les mutualistes et de faire un rapprochement entre les renseignements issus des fiches d'enquêtes et la réalité de terrain .

#### Degré d'investigation

Etant donné la nature du choix de l'échantillon (choix raisonné ) le degré d'investigation reste faible

### **b. Difficultés liées à la recherche**

Les difficultés de visites de terrain et la faible documentation sur les mutuelles de santé sont les principales difficultés rencontrées au cours de cette recherche.

La plupart des études de faisabilité de la mise en place des mutuelles de santé ont été réalisées par le Ministère de la Santé publique en collaboration avec les partenaires au développement socio-économique tels que l'O.M.S , l' Union Européenne, les Coopérations Allemande et Française. La finalisation de cette étude a été confrontée aux difficultés de compilation des données recueillies sur le terrain à cause des attaques rebelles survenues en Guinée-Forestière et dans la Préfecture de Kindia ;lieux d'implantation de certaines mutuelles de santé.

L'absence de cadre juridique relatif aux mutuelles de santé est également l'une des difficultés identifiées par cette recherche.

## II. Contexte

### 1. Présentation de la République de Guinée

Située en Afrique de l'Ouest, la république de Guinée couvre une superficie totale de 245857 km<sup>2</sup>. Sa population totale actuelle est de 7244836 habitants. Avec un taux d'accroissement naturel de 3,1% la Guinée voit sa population doubler tous les 25 ans. La densité moyenne de la population est de 29 habitants au km<sup>2</sup>. Entourée de six pays limitrophes (Côte-d'Ivoire, Liberia, Mali, Sierra-léone, Guinée Bissau, Sénégal), la Guinée est divisée en quatre régions naturelles distinctes du point de vue climatique et hydrographique :

- la Basse-Guinée ou Guinée Maritime, bordée par une façade maritime de 300 km.
- la moyenne Guinée ou Fouta-Djallon, pays de montagnes et de rivières avec un climat doux. La plupart des fleuves de l'Afrique de l'Ouest y prennent leurs sources.
- la Haute Guinée ou pays de savane arborée. Elle est arrosée par de nombreux fleuves en provenance du Fouta-Djallon et de la Guinée Forestière.
- la Guinée forestière, comme son nom l'indique est caractérisée par l'existence de forêts denses et d'une pluviométrie abondante et de très longue durée (10 mois /an). Elle est bien arrosée par d'importants fleuves et possède les plus grandes richesses du sol Guinéen.

Ces quatre régions sont inégalement réparties du point de vue superficie et densité de la population. La Basse-Guinée, avec la plus faible superficie (44000 km<sup>2</sup>) a la plus forte densité de la population (atteignant 2000 habitants/km<sup>2</sup> à Conakry, capitale de la Guinée).

**Tableau 1 : Répartition de la population par région en 1998**

Régions	Population totale	Pourcentage
Région de Boké	802.316	10,61
Région de Conakry	1.153.953	15,27
Région de Faranah	693.611	9,17
Région de Kankan	1.063.441	14,07
Région de Kindia	984.875	13,03
Région de Labé	849.700	11,24
Région de Mamou	645.317	8,53
Région de N'zérékoré	1.422.810	18,82
<b>Guinée</b>	<b>7.557.023</b>	<b>100</b>

Ce tableau montre que la Région de N'Zérékoré est la plus peuplée. Ceci est dû à la présence des réfugiés libériens et sierra-leonais.

**Tableau 2 : Principaux Indicateurs démographiques et sanitaires**

Population de moins de 5 ans	18%
population de moins de 15 ans	44%
population masculine	49%
population féminine	51%
population active	53%
Femmes en âge de procréer (15 49 ans)	25%
Population âgée de plus de 65 ans	5%
taux d'accroissement naturel	3,1%
taux de natalité	45‰
taux brut de mortalité	15‰
taux de mortalité infantile	98‰
taux de mortalité juvénile	88‰
ratio de mortalité maternelle (indice de mortalité maternelle)	528/ 100.000 NV
Indice synthétique de fécondité	5,5 enfants/femme
Espérance de vie à la naissance	54 ans

Source EDS 99

Ce tableau indique une situation sanitaire très précaire qui fait de la Guinée un des pays en voie de développement avec des besoins sanitaires très élevés .

## 2.SITUATION POLITIQUE

La république de Guinée ex-colonie française a proclamé son indépendance le 02 octobre **1958** après le référendum organisé le 28 septembre de la même année par l'ex-puissance coloniale. Son évolution politique a été marquée par trois périodes importantes

**Première République : De 1958-1984** marquée par un régime socialiste dictatorial caractérisée par le règne sans partage du premier président, Sékou Touré.

Ce régime qui a le mérite d'avoir permis la formation de milliers de cadres sur place avec plusieurs Instituts polytechniques, était complètement fermé et victime de plusieurs tentatives de coups d'Etats et d'une agression Portugaise le **22 novembre 1970**.

### **Deuxième République : 1984-1993**

Après la mort du " père de l'indépendance Guinéenne ", le président Ahmed Sékou TOURE le **26 mars 1984** aux USA ; des querelles graves surgirent au sein de la classe dirigeante , le Parti-Etat à propos de la succession du défunt " Responsable Suprême de la révolution " . Cette crise interne a abouti à la prise du pouvoir par l'armée Guinéenne sans effusion de sang le **03 Avril 1984**.

Cette période a été marquée par l'ouverture vers l'extérieur avec comme corollaire le programme d'ajustement structurel (PAS), la privatisation des sociétés et entreprises d'Etat. Plusieurs prêts du FMI, de la BM et des pays développés permirent à la Guinée d'enclencher le redressement de son économie et de sa politique monétaire. En **1986** le nouveau franc Guinéen remplace l'ex – Syli, monnaie ayant fait plus de 20 ans.

### **Troisième République : 1993 à nos jours**

Le retour à une vie constitutionnelle normale intervint en**1991** avec le référendum sur la loi fondamentale qui a mis en places les différentes institutions républicaines (le Gouvernement, le Parlement, la Cour suprême, le Conseil Economique et Social, le Conseil National de la

Communication) et permis le multipartisme intégral avec plus de quarante formations politiques.

### **3- Situation socio- culturelle**

La Guinée est caractérisée par une mosaïque culturelle et une organisation sociale basée en majorité sur le patriarcat .La famille est souvent un ensemble de plusieurs ménages regroupant grand père ,père , fils et petits fils. Héritée des sociétés ancestrales féodales La famille est élargie .Il n'existe pas de famille nucléaire traditionnelle. Islamisée à plus de 80%, la Guinée est l'un des pays issus de l'éclatement de grands empires mandingues, de l'Etat théocratique du Fouta et de petits royaumes d'ethnies minoritaires.

Il persiste les coutumes et mœurs ancestrale qui cohabitent avec les deux religions monothéistes dominantes (Islam et Christianisme).Les formes de solidarité et d'entraide se manifestent lors des campagnes agricoles, des cérémonies funèbres ou de réjouissance populaires (initiation, excision de jeunes filles ) baptêmes et mariage . Les travaux champêtres les constructions se font à tour de rôle ordre démographique. A l'occasion de ces circonstances heureuses ou malheureuses, les membres de chaque famille (élargie) apportent leurs contributions en espèce ou en nature .Ces différentes contributions sont comptabilisées et transmises de génération en génération permettant ainsi de consolider les liens de parenté entre les différents membres de la famille .En plus des membres directs d'une même famille , il y a les oncles (tantes), les neveux (nièces) et les beaux (belles) qui jouissent d'une marque de sympathie particulière et d'un respect absolu .Dans certaines sociétés, les neveux jouent le rôle de " premiers ministres " et prennent les décisions les plus importantes (ethnies forestières, coniagui, bassari, etc....)

Le matriarcat est peu répandu et se rencontre chez les ethnies minoritaires (Bassari, Coniagui, Baga, Landouma, etc.)

L'héritage se fait de mère en fils ou de fille et les noms de familles sont chez des mères. Avec la colonisation ces noms ont disparu pour laisser la place à des prénoms, de pères rejoignent ainsi le patriarcat dominant.

Ces coutumes et mœurs, doublées d'une mauvaise interprétation des textes religieux expose la femme à des conditions de vie socio – économique difficile ou elle est sujette à toutes sortes de stéréotypes discriminatoires.

En plus de l'entretien l'éducation des enfants, elle doit accomplir les tâches domestiques et cultiver les champs afin de nourrir la famille. Ces conditions de vie difficiles exposent la femme Guinéenne à un vieillissement précoce et à la soumission par domination de l'homme. Elle n'a pas de pouvoir de décision. Ceci explique certaines politiques ancestrales telles que la polygamie les mutilations génitales féminines et la répudiation des femmes.

Malgré l'existence de textes juridiques relatifs à l'égalité des sexes et à la défense des droits des femmes, les coutumes guident les décisions dans la majeure partie des communautés villageoises Guinéennes. Pour pallier cette situation défavorable à leur épanouissement, les femmes ont souvent recours à des tontines variées qui leur permettent de satisfaire l'essentiel de leurs besoins .Il existe plusieurs groupements et associations féminines ou mixtes qui sont orientées vers la satisfaction des besoins individuels et de groupes. L'ouverture du pays intervenue depuis l'avènement de la II<sup>e</sup> République et la libéralisation de l'économie guinéenne favorisent la promotion féminine et la lutte contre l'exclusion sociale.

#### **4. Situation sanitaire**

Le secteur de la santé est caractérisé par des indicateurs encore préoccupants. Selon l'EDS<sub>2</sub> 99, les taux de mortalité maternelle et infantile restent très élevés (528 pour 100.000 et 98 pour 1000 naissances vivantes). Le quotient de mortalité juvénile (1-5 ans) est de 88 pour 1000 naissances vivantes. Les principales causes de cette mauvaise situation de la mère et de l'enfant sont entre autres le faible niveau des connaissances et pratiques de la planification familiale, les maladies parasitaires notamment le paludisme, les maladies diarrhéiques et les complications liées aux grossesses et accouchements.

D'après l'annuaire statistique sanitaire de 1998, les principales causes de morbidité en Guinée sont : le paludisme, les maladies respiratoires, les maladies diarrhéiques, etc.

Malgré les progrès réalisés par le Programme national de santé publique (PEV/SSP/ME), les résultats obtenus en matière de vaccination et d'accouchement assistés restent faibles. En effet, selon l'ADS<sub>2</sub> 99, seulement un enfant sur trois (12-23 mois) a été complètement vacciné et une femme sur trois a reçu une assistance médicale durant l'accouchement par du personnel formé.

En matière de planification familiale, bien que le nombre des femmes connaissant au moins une méthode de PF soit élevé (70%), la pratique de la contraception reste faible (6%). Cette situation en matière de PF fait de la Guinée un pays à besoin très élevé en contraception (selon la classification du FNUAP).

##### **a) Système de santé de la Guinée**

Les départements impliqués dans la mise en œuvre de la politique sanitaire sont : la Santé Publique, les Affaires Sociales/Promotion Féminine/Enfance, la Décentralisation, l'Éducation, l'Agriculture/Elevage et l'économie/Finances. Pour cette recherche, il sera surtout question du système de soins qui relève exclusivement du Ministère de la Santé Publique.

##### **b) Système de soins en Guinée**

Trois politiques sanitaires ont été définies durant la dernière décennie de 1990. A savoir :

- Le Programme National de santé publique, basé sur l'initiative de Bamako et dénommé PEV/SSP/ME ;
- La Politique nationale hospitalière, basée sur la réforme hospitalière de 1991 ;
- La Politique nationale pharmaceutique, basée sur la libéralisation du secteur pharmaceutique.

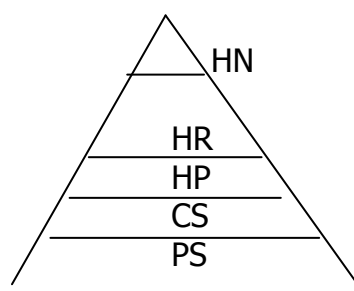
##### **1. Le Programme National de santé publique** basée sur l'initiative de Bamako (programme élargi de vaccination intégré aux soins de santé primaire et médicaments essentiels : **PEV/SSP/ME**).

Initié en 1986 grâce à l'appui de l'UNICEF, de la Banque mondiale et d'autres bailleurs de fonds, ce programme couvre plus de 90% des sous-préfectures du pays. Il est caractérisé par l'existence d'un réseau de 361 centres de santé et de 300 postes de santé comme premiers niveaux de contacts des populations avec le

système de soins. Ce réseau de centres de santé intégrés fonctionne grâce à un paquet minimum d'activités et à un système de références et contre référence.

## 2-La politique nationale hospitalière

Au deuxième niveau se trouvent les hôpitaux publics ou privés qui, eux-mêmes sont coiffés par les hôpitaux régionaux au troisième niveau. Cette pyramide sanitaire se termine au sommet par les hôpitaux nationaux ou Centres hospitalo-universitaires. Initiée en 1991, la politique nationale hospitalière est basée sur le recouvrement des coûts à l'image de l'initiative de Bamako. A cause de la pauvreté trop importante de la majeure partie de la population ; ces coûts ne sont pas accessibles à la plupart des malades.



PS = Postes de Santé

CS = Centres de Santé

HP = Hôpital Préfectoral

HR = Hôpital Régional

HN = Hôpital National (CHU + Hôpitaux d'entreprises)

## 3- La politique pharmaceutique nationale

Elle favorise l'importation des génériques grâce à une liste de médicaments essentiels par niveau.

Les tableaux ci-dessous illustrent les ressources et les activités du Département de la Santé en 1998.

### 4-2 Ressources

**Tableau 3** : Répartition des infrastructures sanitaires des secteurs public et privé

Secteur public		Secteur privé	
Désignation	Nombre	Désignations	Nombre
Postes de Santé	349	Cabinets de soins	201
Centres de Santé	370	cabinets dentaires	11
Hôpitaux préfectoraux	33	Cabinets Sages Femmes	16
CMC	3	Polycliniques	5
CHU	2	Cliniques médico- chirurgicales	15
-----		Hôpitaux d'entreprises parapubliques	<b>2</b>
<b>Total</b>	<b>757</b>	<b>Total</b>	<b>250</b>

Ce tableau indique les efforts appréciables consentis par la Guinée avec l'aide de la communauté internationale dans la réalisation et la réhabilitation d'infrastructures sanitaires. Au total il existe plus de 1000 infrastructures sanitaires en Guinée ; ce qui donne un ratio de 7557 habitants par structure sanitaire.

**Tableau 4** : Répartition des infrastructures sanitaires privées du secteur pharmaceutique

Désignations	Nombre
Officines	230
Points de vente	40
Laboratoire d'analyses biomédicales	7
Agence de promotion médicale	10
Sociétés grossistes répartiteurs	8
<b>Total</b>	<b>295</b>

Source : Annuaire statistiques sanitaires 1998

**Tableau 5** : Répartition des effectifs des agents de santé par catégories professionnelles et par région

Régions	Hiérarchie A			Hiérarchie B					Hiérarchie c	
	Médecins	Bio	Pharm	TSP	IE	Prép.	SF	TL	ATS	contr
Conakry	437	23	114	53	482	38	189	94	389	327
Boké	71	2	13	22	101	5	13	20	213	31
Kindia	99	6	20	27	120	8	39	16	388	44
Kankan	57	2	10	17	93	1	27	11	475	60
Labé	64	3	13	7	83	4	20	14	322	48
Faranah	54	1	12	15	81	4	19	18	254	32
Mamou	42	3	5	13	53	3	11	18	217	13
N'zérékoré	86	2	15	45	223	5	50	15	506	58
<b>Totaux</b>	<b>910</b>	<b>42</b>	<b>202</b>	<b>199</b>	<b>1236</b>	<b>68</b>	<b>368</b>	<b>205</b>	<b>2764</b>	

Ce tableau indique une mauvaise répartition du personnel de santé dont la majorité est concentrée dans la capitale Conakry qui a plus de la moitié des sages femmes, des pharmaciens et près de la moitié des médecins, techniciens de laboratoire et préparateurs en pharmacie.



**Tableau 6** : Ratios agents de santé/population  
Population Guinéenne de référence = 7.557.023

N°	Catégories professionnelles	Effectifs	Ratios	Ratios OMS	Observations
1	Médecins	910	1/8304	1/10000	Elevé
2	Biologistes	42	1/179.929	1/10000	très faible
3	pharmaciens	202	1/37.411	1/20.000	très faible
4	TSP	199	1/37975	1/50000	très faible
5	Infirmiers d'état	1236	1/6114	1/50000	moyen
6	Préparateurs pharm.	68	1/111.133	1/50000	très faible
7	Sages Femmes	368	1/20.523	1/50000	très faible
8	Techniciens de labo	205	1/36.864	1/50000	très faible
9	ATS	20764	1/2.734	1/50000	très élevé
10	Contractuels	613	1/12.328	1/500-1000	très faible

source :Annuaire statistique 1998.

Ce tableau montre les efforts considérables fournis dans la formation des médecins, des agents techniques de santé (ATS) et des infirmiers d'état. Il fait ressortir également les insuffisances dans les catégories professionnelles dont les ratios sont très faibles(sages-femmes, préparateurs en pharmacie, techniciens de laboratoires ). Cette situation est due à la fermeture des Ecoles Nationales de santé de type A naguère sises à Conakry et à Kindia

### 4-3 Activités

#### 4-3-1 Activités des centres et postes de santé

**Tableau N°7** : Dix premières causes de morbidité de 1995 à 1998

#### Taux d'incidence pour 1000

N°	Maladies	1995	1996	1997	1998
1	paludisme	91,97	107,47	108,58	108,24
2	infections respiratoires	43,58	54,35	61,45	68,89
3	diarrhées				
4	helminthiases	43,29	44,59	46,19	43,74
5	infections génito-urinaires	40,77	46,80	42,18	41,79
6	affections dermatologiques	14,40	10,94	11,20	12,36
7	traumatismes	8,76	10,95	10,16	8,86
8	anémies	7,70	7,54	8,02	8,40
9	MST	4,25	5,73	7,61	10,34
10	infections oculaires	2,07	3,54	2,39	2,52

L'analyse de ce tableau montre que le paludisme, les parasitoses intestinales, les infections respiratoires et les affections génito-urinaires restent les principales causes

de mobilité en Guinée. Le paludisme est endémique. Les maladies diarrhéiques, particulièrement le choléra sont endémo-épidémiques.

En ce concerne les IST ;80% des femmes et 93% des hommes en ont entendu parler mais très peu d'entre eux utilisent des préservatifs ou d'autres moyens de prévention(fidélité, abstinence). Cette situation est en partie due à l'inefficacité des moyens de sensibilisation et de motivation utilisés et la faible accessibilité aux médias par les femmes dont 62% n'ont accès à aucun média alors que chez les hommes cette proportion est de 41.3%(EDS 99) .

**Tableau N° 8 :** Répartition des consultations primaires curatives par préfecture et par région administrative dans les centres de santé en 1998

Préfectures /communes	population estimée	1 <sup>ière</sup> CPC	Totales CPC	Nbre cpc/an/hbt
Boffa	165.538	75.117	77.229	0,48
Boké	310.422	63.773	67.857	0,21
Fria	85.331	32.067	33.402	0,38
Gaoual	145.130	28.622	30.360	0,20
Koundara	95895	40.657	41.166	0,42
<b>Région de Boké</b>	<b>802.316</b>	<b>240.290</b>	<b>250014</b>	<b>0,30</b>
Dixinn	155573	42264	43068	0,27
Kaloum	78395	29954	32080	0,38
Matam	165779	29141	32743	0,18
Matoto	411019	84329	97856	0,21
Ratoma	343187	62620	64621	0,18
<b>Région de Conakry</b>	<b>1153953</b>	<b>248308</b>	<b>270368</b>	<b>0,25</b>
Dabola	117038	31459	32546	0,27
Dinguiraye	144643	32602	37570	0,23
Faranah	155829	52794	54214	0,34
Kissidougou	217101	92376	94898	0,43
<b>Région de Faranah</b>	<b>634611</b>	<b>209231</b>	<b>219228</b>	<b>0,27</b>
Kankan	276916	59110	62451	0,21
Kérouané	162337	32803	34355	0,20
Kouroussa	157497	25123	27544	0,16
Mandiana	180233	32395	37124	0,18
Siguiri	286458	54720	59861	0,19
<b>Région de Kankan</b>	<b>1.063.441</b>	<b>204.151</b>	<b>221.335</b>	<b>0,25</b>
Coyah	89764	27992	31836	0,31
Dubrêka	138961	41614	43382	0,30
Forékariah	212204	69914	71638	0,33
Kindia	303769	76412	77621	0,25
Télimélé	240177	43128	47399	0,18
<b>Région de Kindia</b>	<b>984875</b>	<b>259060</b>	<b>271876</b>	<b>0,25</b>
Koubia	96918	17368	18198	0,18
Labé	265269	53576	54710	0,20

Lélouma	144128	47916	49531	0,33
Mali	222748	26862	27078	0,12
Tougué	120637	29727	30273	0,25
<b>Région de Labé</b>	<b>849700</b>	<b>175449</b>	<b>179790</b>	<b>0,24</b>
Dalaba	144442	51583	53045	0,36
Mamou	249048	58674	66108	0,24
Pita	251827	75881	77241	0,30
<b>Région de Mamou</b>	<b>645317</b>	<b>186138</b>	<b>196394</b>	<b>0,25</b>
Beyla	176626	51038	53377	0,29
Guéckédou	367102	252161	274152	0,69
Lola	141646	4991	41723	0,29
Macenta	296435	101336	106170	0,34
N'Zérékoré	298386	92805	98500	0,31
Yomou	142615	56386	59446	0,40
<b>Région de N'Zérékoré</b>	<b>1.422.810</b>	<b>594.717</b>	<b>633.368</b>	<b>0,28</b>
<b>Ensemble Guinée</b>	<b>7.557.023</b>	<b>2.117.344</b>	<b>2.242.373</b>	<b>0,28</b>

Ce tableau indique une faible utilisation des centres de santé (moins d'un tiers du ratio de l'O.M.S. qui est d'un contact par habitant et par an). Les principales causes de cette faible utilisation des services de santé sont entre autres : la pauvreté des populations rurales, l'enclavement de certaines localités et la faible qualité des prestations de services .

#### 4-3-2 Activités des hôpitaux en 1998

**Tableau N° 9** : principales causes d'hospitalisation en 1998

N°	maladies	0-11mois	1-4ans	5-14 ans	15ans et +	total	%
1	Paludisme	1564	4905	3197	6946	16612	19,6
2	Infection respiratoire aiguë	1225	1839	855	2453	6372	7,53
3	Anémies non drépanocytaires	805	1834	807	2392	5838	6,89
4	Hernies	55	55	171	5465	5746	6,79
5	Traumatismes tout genre	27	189	752	4149	5117	6,04
6	Diarrhées	781	959	369	2392	4501	5,32
7	Gynéco non infectieux	32	12	28	4016	4088	4,83
8	Abdomens chirurgicaux	4	10	215	2615	2844	3,36
9	Autres maladies digestives	70	139	158	2026	2393	2,83
10	Maladies hypertensives	2	7	34	1991	2034	2,40

**Source : Annuaire statistiques 1998.**

D'après ce tableau, on constate que le paludisme, les infections respiratoires, les hernies, les anémies, les traumatismes de tout genre et les maladies diarrhéiques restent les principales causes d'hospitalisation en Guinée.

**Tableau N° 10** : Principales causes de décès dans les hôpitaux en 1998

N°	maladies	0-11mois	1-4ans	5-14 ans	15ans et +	total	%
1	Paludisme	96	239	108	133	577	14,6
2	Maladies respiratoires	91	87	32	201	413	10,4
3	Anémies non drépanocytaires	75	136	55	144	410	10,4
4	Maladies cardio-vasculaires	1	0	6	310	317	8,05
5	Diarrhées	64	65	30	63	224	5,69
6	Maladies hypertensives	0	0	4	182	186	4,73
7	Abdomens chirurgicaux	1	2	12	139	154	3,91
8	Malnutrition	34	100	9	8	151	3,84
9	Traumatismes tout genre	1	5	9	128	144	3,66
10	Autres maladies digestives	5	3	4	117	130	3,30

**Source : Annuaire statistiques 1998.**

L'analyse de ce tableau montre que les principales causes de mortalité hospitalière restent : le paludisme, les anémies drépanocytaires, les infections respiratoires, les maladies cardio-vasculaires, les diarrhées, les maladies hypertensives, la malnutrition et les traumatismes.

**Tableau N° 11** : Principales pathologies traitées dans les structures sanitaires privées de Guinée.

Affections	0-11 mois	1-4 ans	5-14 ans	15ans et +	Total	%
1- paludisme	1907	4134	2756	4641	13438	43,97
2-infections respiratoires	2321	3566	1601	1256	8764	28,67
3- diarrhées	1414	1534	282	2262	3220	10,53
4- helminthiases	17	416	483	1411	2327	7,61
5-affections dermatologiques	361	524	281	458	1624	5,31
6- maladies génito-urinaires	2	8	13	965	988	3,23
7- anémies	21	108	74	161	364	1,19
8-traumatismes	15	5	96	200	361	1,18
9-IST	xxxx	xxxx	2	259	261	0,85
10-infections oculaires	79	97	15	29	199	0,65
<b>Total</b>	<b>5482</b>	<b>9744</b>	<b>5485</b>	<b>9849</b>	<b>30560</b>	<b>100</b>

**Source : Annuaire statistiques 1998.**

Ce tableau confirme la prédominance des affections endémo-épidémiques dues aux mauvaises conditions d'hygiène (paludisme, diarrhées, affections respiratoires, etc).

Dans le cadre de la collaboration entre les mutuelles de santé et les prestataires les structures privées de soins pourront être sollicitées en fonction de leurs offres compétitives.

## **Développement des mutuelles de santé**

### III.1. Contexte d'émergence des mutuelles de santé en Guinée

L'histoire des mutuelles de santé en Afrique est intimement liée aux différentes crises économiques des trois dernières décennies du 20<sup>ème</sup> siècle. Placés dans un contexte économique difficile (pauvreté absolue) la plupart des Etats africains ont adhéré à une nouvelle stratégie mondiale sanitaire dénommée "Soins de santé primaires". La déclaration d'Alma Ata (1978) a permis à la plupart des Etats du tiers monde de trouver une nouvelle voie pouvant les mener vers "la santé pour tous à l'an 2000" ; but de l'OMS.

Les pays africains ont voulu concrétiser cette stratégie de soins de santé primaire en signant l'initiative de Bamako en 1987.

Cette initiative de Bamako, basée sur la participation communautaire, devrait permettre un partage des coûts de soins entre l'Etat, les communautés et les partenaires au développement. Désormais la gratuité des soins est remplacée par un système de recouvrement de coûts basé sur la tarification à l'acte.

En Guinée, l'application de ce système de recouvrement des coûts a été étendue à toutes les structures sanitaires publiques et à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Au niveau primaire, à travers le réseau des centres de santé et au niveau secondaire dans les hôpitaux.

Malgré le fait que ce système contribue à la pérennité des structures sanitaires grâce à un fonctionnement optimal ; il faut reconnaître qu'il n'est pas accessible à toute la population dont la majorité vit dans une pauvreté absolue. D'où l'exclusion temporaire ou totale d'une bonne partie de cette population. Cette situation d'exclusion n'a pas épargné même les agents de santé qui sont aussi obligés de payer leurs soins et ceux des membres de leurs familles.

Plusieurs études ont été menées en vue de trouver des modèles de prise en charge des soins qui couvrent la majeure partie des populations.

Au niveau du Ministère de la santé publique, ces études remontent en 1991.

La première étude menée par le Ministère de la santé avec l'appui de la GTZ a eu en 1991 dans les préfectures de Kissidougou et de Guéckédou. Dans le cadre de cette étude, une analyse des coûts et de leur financement combinée à une analyse de

revenu des populations et l'utilisation des différents services de soins (modernes et traditionnels) a été menée.

Les résultats de cette étude montrent que dans ces deux préfectures

1) 25-50% des ménages déclarent ne pas pouvoir faire soigner un ou plusieurs de leurs membres à certaines périodes de l'année et 50% des consultants déclarent avoir retardé d'un ou de plusieurs jours le recours aux centres de santé intégrés en PEV/SSP/ME pour des raisons financières.

2) L'hospitalisation en urgence nécessite la vente d'un animal, la vente ou l'hypothèque d'une terre cultivée.

Ces études ont permis la mise en œuvre de PRIMA (Projet de Partage du Risque de Maladie) initié par le Ministère de la santé en collaboration avec la GTZ et le CIDR. PRIMA était censé rechercher les solutions les plus adaptées pour l'amélioration de l'accessibilité financière des populations aux soins de santé primaires et secondaires. C'est ainsi que deux mutuelles de santé test ont été créées dans les préfectures de Kissidougou et de Guéckédou (mutuelles de santé de Yendé Millimou et de Tikolo).

Ces deux mutuelles, créées en 1997 existent encore et couvrent les zones rurales où vivent différentes communautés.

Au niveau des structures sanitaires publiques des projets de mise en place de mutuelles de santé pour les travailleurs de santé et leurs familles sont expérimentés dans les différents hôpitaux à partir de l'Hôpital Régional de N'Zérékoré.

La mutuelle de santé de l'Hôpital Régional de N'Zérékoré a été mise en place en 1991. A partir de 1992, les autres hôpitaux régionaux emboîtent le pas à celui de N'Zérékoré.

En 1992-1996, plusieurs études de faisabilité de la mise en place des mutuelles de santé ont été menées par le Ministère de la santé et ses partenaires de terrain, notamment la Communauté Economique Européenne et la Coopération Française, la GTZ, l'OMS et l'UNICEF. Ces études ont été menées surtout en Guinée-Forestière, puis étendues en Haute-Guinée, Moyenne-Guinée et en Basse-Guinée. (Cf. Liste, des missions et études de faisabilité réalisées en Guinée – annexe).

En application des différentes recommandations, des mutuelles furent installées dans les hôpitaux en vue de couvrir les soins des travailleurs de santé.

En Janvier 1998 (du 19-23) a eu lieu un séminaire-atelier national organisé par le Ministère de la Santé Publique dont le thème était 'Rôle de l'Etat dans la mise en œuvre des mécanismes de prépaiement. Cet atelier, après avoir fait les contacts suivants : accroissement de l'exclusion aux soins dans les services de santé, faible taux de recouvrement des coûts et faiblesse de la qualité des ressources ainsi que de la gamme des prestations aux malades ; a retenu comme solution la mise en place de mécanisme de prépaiement où les mutuelles de santé occupent une place de choix.

L'émergence des mutuelles de santé s'est focalisée sur les secteurs formels (structures publiques) et informels (mutuelles villageoises). L'APMG a été créée par l'Association Nantes-Guinée en 1992. En 1999, l'AGBEF, ONG nationale spécialisée dans la santé de la Reproduction ; a initié un projet d'appui aux mutuelles de santé villageoises dont la première est celle de Youkounkoun créée en Mai 1999. A partir de l'an 2001, elle a prévu d'appuyer dix mutuelles de santé par an conformément à son plan triennal 2001-2003.

### **3.2. Evolution**

Le mouvement mutualiste en Guinée a commencé en 1991 après la réforme hospitalière qui, à l'instar du PEV/SSP/ME a instauré le système de recouvrement des coûts dans les hôpitaux. Ainsi, les premières mutuelles de santé ont vu jour dans les hôpitaux régionaux de N'Zérékoré et Kankan avec l'appui des partenaires au développement socio-économique (GTZ, CIDR). Les mutuelles de santé du secteur informel sont très récentes (moins de 5 ans pour la plupart). L'APMG est une des toutes premières ONG à implanter les mutuelles de santé en Basse-Guinée notamment.

## **IV. Atouts et contraintes de développement des mutuelles de santé en Guinée**

### **4.1. Action des structures d'appui**

- a) L'inventaire des structures d'appui aux mutuelles de santé a permis d'identifier trois types :
- Les structures publiques : Le Ministère de la santé publique est pour le moment la seule structure publique qui appuie les mutuelles de santé en Guinée. Son rôle est déterminant dans la formation et la sensibilisation des prestataires de soins. Le projet Population et Santé Génésique (PPSG) est l'une des sources de financement des mutuelles de santé.
  - ONG Plusieurs ONG s'intéressent à l'appui des mutuelles de santé. Actuellement, les ONG actives dans l'appui à ces mutuelles de santé sont: l'APMG, l'AGBEF et l'ADDEF;
  - Les organismes de coopération internationale : la GTZ, le CIDR, l'UNICEF, l'OMS sont les principaux organismes qui interviennent dans l'appui aux mutuelles de santé.
- a) La méthode d'investigation de ces structures a été le questionnaire de cette recherche et les contacts organisés à plusieurs occasions.
- b) **Les domaines d'appui** sont de plusieurs types : technique, financier, matériel  
L'appui technique : est matérialisé par les différentes assistances dans la formation, le suivi et l'évaluation.

L'appui financier : se caractérise par la couverture des charges liées à la formation, au suivi et aux différentes recherches.

L'appui matériel se caractérise par la fourniture d'outils de gestion, de suivi et d'évaluation. Parfois une assistance en médicaments est le fruit de cet appui matériel l'APMG par exemple a implanté une pharmacie mutualiste à Kindia.

### **c) Système de suivi et indicateurs**

Le système de suivi varie selon les structures d'appui. Néanmoins, la supervision est souvent utilisée par toutes les structures d'appui. Les critères et indicateurs de suivi varient également en fonction des structures d'appui.

### **d) Impact de l'action des structures d'appui**

L'évaluation de l'impact des structures d'appui n'a pas été facile, à cause du fait que la plupart des mutuelles créées sont récentes (moins de 5 ans). Au niveau de l'APMG, la rupture du financement depuis un certain temps a entraîné un ralentissement des activités sensibilisation des mutuelles. En ce qui concerne le Ministère de la santé publique, les quelques rares hôpitaux qui ont instauré le système mutualiste sont confrontés à des difficultés de fonctionnement de leurs mutuelles de santé. En effet, la constitution de ces mutuelles n'a obéi à un processus logique comme celui appliqué par le STEP/.BIT ; allant de l'étude de faisabilité à la mise en place de la mutuelle avec tous les organes permettant son fonctionnement normal et assurant sa pérennité.

## **4.2. Relations des mutuelles avec les partenaires**

a) Avec les structures d'appui

Les relations varient d'une structure à l'autre. Il y a des ONGs qui ont été créées et suivi des mutuelles de santé telles que l'APMG qui dispose de superviseurs chargés également de la sensibilisation. Ces superviseurs sont entièrement pris en charge par un financement extérieur de l'Association Nantes-Guinée.

**Le CIDR et PRIMA** ont également créé des mutuelles de santé en forêt. Ces mutuelles de santé sont encadrées et suivies par ces deux organismes qui leur apportent également un soutien matériel.

**L'UNICEF et la Banque Mondiale** qui ont participé à la création des MURIGA (mutuelles de santé pour les risques liés à la grossesse et à l'accouchement) soutiennent le Ministère de la santé publique dans le suivi de ces mutuelles.

**L'AGBEF**, appuie une mutuelle de santé (youkounkoun). Cette mutuelle de santé qui a vu le jour en Mai 1999, vient de commencer ses prestations au mois de Juin 2000 grâce à l'appui du STEP/BIT. Une supervision trimestrielle est instaurée.

**Le STEP/BIT**, grâce à son projet de " micro-assurance santé pour les femmes et leurs familles ", appuie l'ADDEF-Guinée, l'AGBEF et l'APMG dans la création, la promotion et la revitalisation des mutuelles de santé.



L'approche de mise en place, de suivi et d'évaluation du STEP/BIT est pertinente et permet d'assurer la transparence dans la gestion ainsi que la pérennité des mutuelles de santé implantées ou revitalisées. En effet les outils d'enregistrement et de suivi /évaluation sont adaptables au contexte national. Ceci a permis aux différents départements impliqués dans la promotion des mutuelles de santé de s'y intéresser (Ministère de la Santé publique, des affaires sociales, promotion féminine et enfance ; Décentralisation, intérieur et sécurité).

#### **b) Avec l'Etat**

Actuellement, l'Etat Guinéen encourage les mutuelles de santé, mais la question de département de tutelle se pose. Le Ministère des affaires sociales, de la promotion féminine et de l'enfance est retenu comme celui devant être la tutelle des mutuelles de santé. Mais le manque de texte législatif relatif aux mutuelles de santé est un handicap pour une meilleure assistance du Gouvernement. En effet le *décret D/94 du 11 Octobre 1994* parle de mutualité sociale en général et non de mutuelles de santé spécifiquement. Le Ministère de la santé publique, qui a initié les premières mutuelles de santé ; assure son soutien aux hôpitaux qui en disposent.

#### **c) Avec les prestataires de soins**

Des conventions lient la plupart des mutuelles de santé aux différents prestataires. Mais les relations avec les agents de santé ne sont pas faciles car il y a des pratiques irrationnelles de gestion qui sont apparues depuis l'instauration du système de recouvrement des coûts. Les surtarifications, la vente parallèle de médicaments non essentiels et n'appartenant aux structures de santé sont les principales déviations du système de soins Guinéen. Les mutuelles de santé sont donc perçues comme des groupes de pression pouvant empêcher aux agents de réaliser des profits illicites.

### **4.3. Développement des connaissances et compétences**

#### **a) Evolution et disponibilité des outils didactiques, de gestion et de sensibilisation**

Chaque structure d'appui dispose d'outils didactiques, de gestion et de sensibilisation. Vu le caractère très récent de ce mouvement, on peut dire que la plupart des outils didactiques de gestion et de sensibilisation sont nouveaux. C'est avec le projet du STEP/BIT que certaines structures qui viennent de se lancer dans l'appui aux mutuelles de santé commencent à se familiariser avec les différents outils didactiques, de gestion et de sensibilisation (ADDEF, AGBEF) l'APMG, PRIMA et CIDR qui sont appuyés par des organismes de coopération bilatérale ont différents outils.

#### **b) Mode et efficacité de la distribution**

La distribution se fait par occasion ou lors des supervisions. Etant donné le manque de fiabilité de la poste, ce mode de distribution est le plus utilisé en Guinée. Son efficacité est loin à régularité des supervisions et à l'honnêteté des transporteurs occasionnels (taximen, transports en commun, missionnaires, transports aériens).

#### **c) Impact financier**

Les transports aériens à l'intérieur du pays sont efficaces à condition qu'ils soient réguliers. Mais à partir de 1999, le trafic aérien a connu beaucoup de perturbation. Les coûts de transport dépendent du poids des colis. Le coût le plus faible est de 5000 FG.

#### 4.4. Promotion de la mutualité de santé (journées de promotion, inventaire des outils de promotion et étude sur leur impact)

A part le séminaire organisé en Janvier 1998 par le Ministère de la santé publique, il n'y a pas eu de journées de promotion des mutuelles de santé en Guinée.

#### V. Répertoire des mutuelles de santé

Le répertoire des mutuelles de santé a été fait de mi-juillet au 11 Septembre 2000 vu la diversité de leur localisation et le fait qu'il n'y ait actuellement aucun Ministère officiel qui est la tutelle des mutuelles de santé ; cet inventaire ne saurait être exhaustif.

Le tableau ci-dessous résume l'état actuel des mutuelles de santé inventoriées en Guinée

**Tableau N° 2** : Répartition des mutuelles de santé selon leur fonctionnalité et leurs structures d'appui.

N° d'ordre	Désignation	Lieu	Date de création	<u>Etat actuel</u>	
				Fonctionnelle	Enge
1.	Mutuelle villageoise de Bokaria	Kindia		X	
2.	Mutuelle Travailleurs de l'APEK	Kindia		X	
3.	Mutuelle des douanes	Conakry		X	
4.	Mutuelle espoir solidarité	Kindia		X	
5.	Mutuelle Koba-Pastoria	Kindia		X	
6.	Mutuelle ouvrière	Kindia		X	
7.	Mutuelle santé Kaniya	Kindia		X	X
8.	Mutuelle CMC Ratoma	Conakry			X
9.	Mutuelle population de Ratoma	Conakry			X
10.	Mutuelle de Comoya	Kindia			X
11.	Maliando	Kissidougou	1997	X	

12.	Diompilo	Guéckédou	1997	X	
13.	Youkounkoun	Koundara	1999	X	
14.	Saréboïdo	Koundara	2000	X	X
15.	MURIGA – Niagassola	Siguiri	1999	X	
16.	MURIGA 'Association Promotion 70 et amis	Siguiri	1999	X	
17.	MURIGA – Kintinian	Siguiri	1999	X	
18.	Fran Walia	Siguiri			
19.	Association des femmes musulmanes	Siguiri			
20.	Benkady	Beyla			
21.	Benkoma	Beyla			
22.	Commune urbaine	Beyla			
23.	Sinko	Beyla			
24.		Koundara			
25.		Koundara			
26.		Koundara			
27.		Koundara			
28.	N'Zoo	Lola			
29.	Gama Béréma	Lola			
30.					
31.					
32.					
33.					
34.		Dabola			

