

Université de Montréal

**Développement d'une stratégie de préfinancement des soins de santé communautaire en
zone rurale: cas du village de Brouadou en République de Guinée.**

par

Sœur Justine Togba

Département d'Administration de la Santé
Faculté de Médecine

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures en vue de l'obtention du grade
de Maître es Sciences en Administration des services de santé
Option Santé et Systèmes de soins

Avril 2005

©, Sœur Justine Togba, 2005



WA

525

U58

2005

v. 003

AVIS

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

NOTICE

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé:

**Développement d'une stratégie de préfinancement des soins de santé communautaire en
zone rurale: cas du village de Brouadou en République de Guinée**

Présenté par:
Sœur Justine Togba

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes:

Lise LAMOTHE
André-Pierre CONTANDRIOPOULOS
Lucien ALBERT

Président-rapporteur
Directeur de Mémoire
Membre du jury

RÉSUMÉ

Dans les pays en développement, plusieurs études dénoncent la sous utilisation des services de santé par les populations du milieu rural pour diverses raisons. Parmi celles-ci, les plus fréquentes sont les difficultés d'accès liées aux distances à parcourir, l'indisponibilité des services essentiels aux populations les plus nécessiteuses, ainsi qu'une accessibilité financière limitée. Ceci est dû à une inadéquation entre les efforts consacrés à la production des biens nécessaires à leur survie et les résultantes financières de ces activités. La situation actuelle des paysans est telle que même s'il y avait des structures financières de prêts ils n'arriveraient pas à en payer les intérêts. Il manque des structures d'épargne et de prêts d'argent. Pour combler ce vide les paysans font des emprunts avec intérêt aux différents groupes de commerçants qui les exploitent.

Mon expérience de deux années sur le terrain à la direction du dispensaire de Brouadou dans Kissidougou, m'a permis de toucher du doigt au jour le jour le drame de la pauvreté de ces populations. C'est dans la perspective de trouver ensemble une solution à l'une des barrières du problème complexe de l'accès à des services de santé de qualité pour ces populations que s'inscrit le présent travail. Il vise à explorer la faisabilité de mettre sur pied une stratégie de préfinancement des soins de santé en milieu rural à Brouadou. Pour ce faire, une collecte de données, par des entrevues avec les collectivités et le personnel soignant a été faite pour évaluer l'adhésion de la population à un éventuel projet de préfinancement de leurs soins de santé au sein d'une mutuelle.

Le cadre conceptuel de cette étude a utilisé une intégration du modèle PRECEDE-PROCEED et de la théorie de Force Field Analysis. Au terme des consultations, les 30.000 habitants de l'aire d'étude sont unanimes sur l'idée d'implantation de la mutuelle de santé. Après discussion avec la population des deux types de préfinancement que nous leur avons présenté, la population a opté pour le financement en nature. La mise en œuvre de ce projet de mutuelle se fera par étapes et par des activités à court et à long terme. Pour ce faire, des ressources matérielles et humaines compétentes seraient nécessaires pour sa réalisation. Le démarrage du projet devrait se faire avec l'appui financier et technique des bailleurs de fonds ainsi que la contribution en nature et en terme de main d'œuvre non qualifiée des populations bénéficiaires. La prise en compte fidèle de tous les éléments du cadre conceptuel et l'obtention du financement pour la mise en œuvre de ce projet élaboré dans le cadre du mémoire de fin de maîtrise pourrait ouvrir une porte pour l'amélioration des conditions sanitaires des populations de la zone de Brouadou en Guinée Forestière.

Mots clés: Développement, préfinancement, mutuelle, santé, communauté.

Summary

Many studies have been conducted in developing countries denouncing the various reasons responsible for under utilization of health services by people in the rural areas. Among these the most frequent are the difficulties of access due to distances to cover, lack of available essential services to the most needy of the population as well as limited financial accessibility. This is due to an inadequacy between the efforts devoted to the production of the necessary goods for their survival and the financial results of these activities. Also, people lack the structures for loans and savings. They are obliged to borrow money from shopkeepers groups who exploit them

My two years hands on experience as director of a dispensary in Brouadou Kissidougou allowed me to experience the day by day tragedy of the poverty of these people. It is within this perspective of working together to discover a solution to one of the barriers of the complex problems, that is, access to quality health services. This aims at exploring the feasibility of developing a strategy of prepayment scheme for the health care services in the rural area of Brouadou. In order to do this, data was collected through interviews with the communities and health care personnel in order to evaluate their support to an eventual project of prepayment for the health care services.

The conceptual framework of this study is an integration of the PRECEDE-PROCEED model and the Force Field Analysis theory. At the end of our consultation, the 30 000 inhabitants in Brouadou agreed on health mutual implementation. After discussing with population regarding various possible strategies, the population accepted to pay in kind. The set up of this mutual will be gradual through short and long term activities. Financial and human resources should be needed. The setting up of the project should come with the financial help from financial backers as well as the contribution of the population in terms of non qualified workforce. We hope this project will bring better health conditions for this rural population in Guinea.

Key words: Development, prepayment, mutual, health, community.

TABLE DES MATIÈRES

Summary	ii
LISTE DES ABRÉVIATIONS	vii
DÉDICACE	viii
REMERCIEMENTS	ix
CHAPITRE 1 :	7
CONTEXTE, PERTINENCE ET CONCEPTUALISATION DU PROBLEME DE RECHERCHE	7
1.1 Description du contexte	8
1.2 Histoire du dispensaire de Brouadou	21
1.3 Pertinence et formulation du problème de recherche	25
1.4 Genèse du projet	27
1.5 Objectifs de la recherche	29
1.5.1 Objectif Général	29
1.5.2 Objectifs spécifiques	29
1.7 Cadre conceptuel	30
CHAPITRE 2: ÉTAT DES CONNAISSANCES	33
2.1. Généralités	34
2.2 Revue de la littérature sur les mutuelles.	35
2.3 Récapitulatif des forces et faiblesses de certaines mutuelles d’Afrique et d’Asie.	40
2.4 Description de deux formes de préfinancement	44
2.4.1 Préfinancement en nature	44
2.4.2. Préfinancement en espèce	45
CHAPITRE 3 : METHODOLOGIE	47
3.1 Type d’étude	48
3.2 La source des données	49
3.3. Instruments et matériels utilisés pour la collecte des données.	49
3.4. Zone d’étude	50
3.5. Population cible	50
3.6 Méthodes d’entrevues	50
3.7 Procédure de collecte de données	51
3.7.1 Recrutement et formation des informateurs clés	51
3.7.2 Rencontre des sages et des leaders communautaires	52
3.7.3. Préparation des entrevues dans les différents villages	54
3.7.4 Les entrevues avec l’ensemble des villageois et avec les groupes cibles	55
3.8 Analyse des données	56
3.8.1 La préparation et la description du matériel brut	56
3.8.2 La réduction des données	56
3.8.3 Le choix et l’application des modes d’analyse	57
3.8.4 L’analyse transversale des données	57
CHAPITRE 4:	58
RÉSULTATS ET ANALYSE DES RÉSULTATS DE L’ÉTUDE DE FAISABILITÉ	58

4.1 Résultats des entrevues avec la population et les différents groupes cibles.	59
La confiance mutuelle entre les membres.....	72
L'accessibilité aux soins.....	72
La bonne gestion.....	72
4.2 Expérimentation de l'extraction de l'huile de palme et des palmistes.....	73
4.3 Atelier de restitution des résultats de l'enquête sur le préfinancement des soins de santé au dispensaire de Brouadou	86
4.3.1 Déroulement de l'atelier.....	87
4.3.2. Objectif général de l'atelier de restitution	87
4.3.3. Objectifs spécifiques.....	88
4.3.4. Principaux résultats attendus	88
4.3.5 Consensus au cours de l'atelier de restitution.....	89
4.3.6 Le choix du genre de mutuelle à mettre en place pour le milieu rural de Brouadou:	89
4.3.7 Les situations pouvant engendrer la faillite dans la gestion de la mutuelle ou entraîner l'échec de la mutuelle.....	90
4.3.8 Suggestions du personnel soignant et de la population pour palier aux difficultés futures	90
4.4. Analyse et discussion des résultats	91
4.4.1 Analyse et discussion des facteurs prédisposant.....	91
4.4.2 Analyse des facteurs facilitateurs.....	94
4.4.2.3. Analyse des facteurs de renforcement.....	96
4.4.2.5. Analyse des facteurs de résistance	97
CHAPITRE 5:	99
DESCRIPTION, STRUCTURES DE GESTION ET STRATÉGIE DE MISE EN OEUVRE DE LA MUTUELLE DE SANTÉ	99
5.1 Description de la mutuelle.....	100
5.1.1 Description de la mutuelle de santé	100
5.2.1 Affiliation à la mutuelle.....	100
5.2.2 Le ramassage des produits de cotisation, le stockage et le conditionnement	103
5.2.3 La commercialisation des produits.....	105
5.3.1 L'assemblée générale constitutive	106
5.3.2 Le comité de gestion de la mutuelle.....	106
5.3.4 Le comité des usagers.....	107
5.3.5 La supervision et les audits de la mutuelle	107
5.3.6 Les outils de gestion de la mutuelle	107
5.4 : Mise en œuvre de la mutuelle de santé de Brouadou.....	108
5.4.1 Sensibilisation de relance de la population et du personnel soignant.....	108
5.4.2 Prise en charge des mutualistes.....	112
5.4.3 Prise en charge des plus démunis de la zone d'étude.....	115
5.5 Financement de la mutuelle.....	116
Conclusion	119
Recommandations	120
ANNEXES	131

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Récapitulatif de certaines mutuelles de santé dans les pays en développement	40
Tableau 2: Frais de consultation à l'hôpital de référence de Thiès	45
Tableau 3: Récapitulation des villages et dates des différentes entrevues	54
Tableau 4: Question 01 : Quels sont vos sentiments par rapport au centre de santé de l'Église à Brouadou? Donnez votre opinion sur le personnel et sur son fonctionnement.	60
Tableau 5: Question 02 - Quelles sont à votre avis les causes qui pourraient faire que les populations ne fréquentent pas le dispensaire?.....	61
Tableau 6: Question 03 - Quelles sont les principales sources de revenu dans votre communauté ?.....	62
Tableau 7: Question 4 -Que faut-il faire pour vous aider à améliorer votre revenu?	63
Tableau 8: Question 5 -Y-a-t-il des coopératives agricoles dans votre zone?.....	64
Tableau 9: Question 06 - Connaissez-vous les tontines, quelles sont vos expériences les plus récentes?	65
Tableau 10: Question 07 - Pensez-vous que la Congrégation des sœurs de notre Dame de Guinée pourrait vous aider à organiser des formes de tontines pour faciliter votre accès aux soins de santé?.....	66
Tableau 11: Question 08 - Nous avons parlé de deux formes de participation à la mutuelle: la première par un versement en nature et la seconde par un versement en espèces. Quelle est celle qui serait la mieux adaptée aux réalités de votre communauté? Quels devraient être les quotas annuels raisonnables?	67
Tableau 12: Question 09: -Qu'est-ce qui pourrait entraver le bon fonctionnement d'une telle mutuelle?.....	68
Tableau 13: Question 10 -Quelles pourraient être les périodes les plus indiquées pour le ramassage des produits qui auront été retenus comme moyen de cotisation ?.....	69
Tableau 14: Question 11 (au personnel soignant) :.....	69
Tableau 15: Question 12.1 Que faut il faire pour qu'une telle entreprise n'échoue pas?	70
Tableau 16: Question 12.2 Pensez-vous que votre structure peut faire face à la gestion d'une telle assurance?	71
Tableau 17: Budget pour le ramassage et le stockage	105
Tableau 18: Programme d'activités de la sensibilisation de relance pour la période allant de décembre à mars 2007 à l'endroit de la population.....	110
Tableau 19: Budget prévisionnel des activités de la sensibilisation de relance pour l'affiliation et le premier ramassage des produits de cotisation en francs guinéens (FG)	111
Tableau 20: Paquet minimum d'activités au niveau de l'hôpital de référence ...	114

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Carte administrative de la Guinée	10
Figure 2: Dispensaire de Brouadou	15
Figure 3: Zone enclavée pendant la saison hivernale	17
Figure 4: Point d'approvisionnement en eau potable du dispensaire et de trois villages voisins	19
Figure 5: Modèle de planification adapté de GREEN PRECEDE-PROCEED et de Force Field Analysis de KURT Lewin	32
Figure 6: Un grimpeur entrain de couper un régime de palmier à huile	74
Figure 7: Un tas de régimes de palme	75
Figure 8: Transport des régimes au lieu d'extraction	76
Figure 9: grappes de palme	77
Figure 10: Noix de palme	78
Figure 11: Différentes étapes de l'extraction proprement dite	79
Figure 13: Étape 2	80
Figure 14: Étape 3	81
Figure 15: étapes 4.....	82
Figure 16: étapes 5.....	83
Figure 17: Décorticage manuel des noix de palme	84
Figure 18: Décortiqueuse mécanique	85

LISTE DES ABRÉVIATIONS

FCRSS	Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.
FG	Francs Guinéens
GF	Guinée Forestière
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
KGS	Kilogrammes
MSP	Ministère de la Santé Publique
PRECEDE	Les facteurs prédisposant, renforçant et facilitant dans la planification et l'évaluation des programmes sanitaires
PRG	Présidence de la République de Guinée
PROCEED	Politiques, réglementations et organisations dans le développement éducationnel et environnemental.
PROMUSAF	Programme d'appui aux Mutuelles de Santé en Afrique
RDC	République Démocratique du Congo
SGG	Secrétariat Général du Gouvernement
SIDA	Syndrome Immunodéficience
SS	Soins de Santé
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

DÉDICACE

Au Dieu Trine en qui j'ai mis tout mon amour et qui est la véritable source de ce travail.

In memoriam, à mon père

À ma mère.

À mes frères et à mes sœurs.

À mes neveux et mes nièces.

In memoriam, à Léontine Théa

Aux religieuses de la Congrégation des Sœurs de Notre Dame de Guinée pour l'esprit de foi et de patience dont elles font preuve face aux rêves de certaines d'entre elles.

À la population et au personnel du dispensaire de Brouadou, recevez en signe de gratitude ce travail fruit de deux années vécues ensemble au jour le jour et au nom des liens forts qui nous unissent désormais.

REMERCIEMENTS

Mes premiers remerciements vont tout d'abord à l'endroit de mon directeur de recherche professeur André Pierre Contandriopoulos pour qui les mots me semblent impuissants pour traduire tout ce que j'ai reçu de lui comme savoir et le plaisir que j'ai de travailler sous sa direction.

Merci au Programme Canadien des Bourses de la francophonie (PCBF) sans le financement duquel il ne m'aurait jamais été possible de faire ces études.

Aux professeurs du département d'Administration de la santé de l'UDM.

Aux membres de mon jury.

À Mme Nicole Roberge, pour la compréhension et la patience dont elle fait preuve au quotidien.

À monseigneur Robert Sarah sans l'autorisation duquel des études de médecine n'auraient jamais été entreprises à fortiori parler du dispensaire de Brouadou où est né ce projet de mutuelle de santé.

Aux pères Louis Barry et Jean Hériad, qui ont toujours cru en moi.

To sisters faithfull companions of Jesus of Toronto.

À mère Lorraine Caza et aux sœurs de la Congrégation Notre Dame de Montréal.

À sœur Louisa Bond, pour son attention maternelle et pour ses sacrifices.

À Marcel Kovan Loua; Daan Lansana Kourouma, Yassima Camara, Ghislaine Tré, Camélia Pétrache, Manuella et Sébatien Schmitt.

À Renée Thinel qui pour sa première sortie du Canada a choisi de visiter Brouadou qu'elle a fini par aimer sans le connaître pour en avoir très souvent entendu parler.

À Pétronille, ma sœur pour son assistance et ses sacrifices.

À Justin et Gaudence.

Dearest

Father Victor Mosele, Patricia and Peter Heiler

You have been a great assistance for me during this program.

*I believe, your efforts will help me to be more
useful to my community.*

*Please, find in this paper
my great acknowledgment.*

À

Makoura Mara et Finda Kamano

Votre décès nous a révélé notre pauvreté matérielle,

mais pas morale ni humaine.

Puissiez vous revivre à jamais par ce projet de mutuelle de santé né à la suite de la disparition tragique que vous a imposée cette pauvreté matérielle. Que plus jamais personne ne meurt dans cette zone de Brouadou par faute de moyens pour payer ses soins, mais simplement parce que toute vie doit finir.

INTRODUCTION

En Guinée, comme ailleurs dans les pays africains, les politiques de développement promues par les bailleurs de fonds internationaux et les gouvernements des pays riches se sont avérées inadéquates ou en tous cas n'ont pas donné les résultats escomptés. Actuellement, les aides et les crédits pour l'Afrique se comptent en milliards de dollars (Chossudovsky, 2004 ; Hugon,2003; Madeley 2002) mais n'ont pas encore atténué la souffrance des populations africaines. L'échec est là et flagrant, il faut le reconnaître et le corriger. Comment rester indifférent au fait que quelque part dans ce monde, des populations entières disparaissent dans des situations ignobles et inadmissibles de pauvreté absolue, alors que de l'autre côté l'abondance et la surabondance se cumulent de jour en jour et d'année en année? La misère des populations africaines est indescriptible à certains endroits, il faut la vivre ou la voir sur le terrain pour y croire.

En juillet 2000, j'ai été nommée responsable du dispensaire maternité de Brouadou dans Kissidougou, une région située à 615 Km de Conakry, capitale de la Guinée. Avec des moyens très limités, auprès d'une population très pauvre, j'ai été appelée à poser des diagnostics sans équipement ni outils appropriés, à soigner et soulager avec très peu de médicaments, à gérer des urgences sans ambulances, ni autres moyens de transport rapide. De cette expérience, deux cas resteront particulièrement gravés dans ma mémoire, tant ma désolation et ma frustration ont été profondes qu'elles ont sérieusement bouleversé mon parcours de religieuse médecin et inspiré la suite de ma carrière.

Dans ce témoignage d'histoires vécues, les noms des acteurs sont fictifs, car je me dois de préserver la mémoire et le respect des familles et des victimes. Ma première frustration a eu lieu au mois de mars 2000. Généralement, mars est le mois le plus chaud et le plus sec de l'année dans la région. C'est aussi la période des épidémies de méningite.

J'ai reçu madame Makoura Mara, 26 ans, mère de 4 enfants. Suite aux renseignements généraux et à son examen physique, un diagnostic de syndrome méningé a été posé. Le diagnostic de méningite a été confirmé après la ponction lombaire, à l'apparence trouble du liquide céphalorachidien. Il a donc été émis sur le champ un bulletin d'évacuation pour l'hôpital de référence de Kissidougou pour une prise en charge adéquate. Suite à l'émission du bulletin, le mari a aussitôt demandé qu'on lui donne le temps de retourner au village pour que les parents lui viennent en aide, car il ne pouvait pas faire face aux dépenses qu'allait engendrer le déplacement et les soins en ville. «Je vais

voir ce que ma famille peut vendre pour nous assister» dit –il. À mes explications sur le danger auquel il exposait la vie de sa femme dont l'état était déjà critique, il me répondit tout simplement « ma sœur, ma femme allaite un bébé de 6 mois et notre fils aîné n'a que dix ans, il faut que je retourne au village ». Il finit donc par reprendre sa femme qu'il confia à une famille (aux environs du dispensaire) qui leur est apparentée afin de retourner dans son village chercher de quoi payer le déplacement et les soins de santé à l'hôpital de référence. Le lendemain, sa femme décéda en son absence alors qu'il était à la recherche de moyens financiers.

Ma deuxième frustration et révolte ont été vécues un an après le premier. Il est 14 heures 27 août 2001 lorsque Marie Sia l'accoucheuse villageoise du dispensaire maternité de Brouadou m'interpelle d'urgence en ces mots : «ma sœur pour celle-ci c'est très grave il faut venir ». Habituellement elle fait toute seule les accouchements simples. C'est seulement en cas de complications qu'elle fait appel au médecin. Cette fois-ci dit-elle, «ce n'est pas le ventre qui est gros hein, mais bien les joues, le visage et le dos des pieds. Et puis elle a les yeux très gros et tout blancs ». Marie Sia décrivait ainsi l'état grave de notre nouvelle patiente Finda Kamano.

C'était une multipare de trente deux ans qui était à sa huitième gestation et qui avait comme antécédents obstétricaux sept parités, six enfants nés vivants et le dernier accouchement qui avait donné un mort-né.

Porteuse d'une grossesse de six mois, dyspnéique et très asthénique, elle venait de parcourir quarante cinq kilomètres à pieds en trois jours. Au terme de l'examen clinique, il a été noté une pâleur marquée des téguments et conjonctives avec des oedèmes du visage et des membres inférieurs qui ne gardaient pas le godet. Ce qui nous a alors amené à retenir le diagnostic syndromologique d'anémie sévère (ou anémie décompensée). Vu qu'elle n'avait en sa possession que le carnet de consultation prénatale (CPN) de son avant dernière grossesse et non celui du suivi de la grossesse actuelle, j'ai donc interrogé un des membres de la famille qui l'accompagnaient pour en savoir la raison. Ce dernier m'indiqua le mari. Un mari désespéré qui ne me quittait pas des yeux comme s'il attendait un geste miraculeux. Il m'expliqua d'un air misérable que son épouse n'a pu faire aucune consultation prénatale faute de moyens, malgré son état de santé qui visiblement se détériorait au fil des jours. Finda pouvait bien partir pour ses soins au centre de santé de Bardou qui est plus proche de son village mais elle a préféré parcourir

une distance beaucoup plus longue pour bénéficier des soins plus ou moins gratuits offerts au dispensaire de Brouadou. Malheureusement, son état grave nous obligea à lui délivrer un bulletin d'évacuation pour l'hôpital préfectoral de Kissidougou. Et dans ce cas, la famille du malade doit trouver un moyen de déplacement et les frais nécessaires pour les soins qui seront offerts à l'hôpital de référence. Hélas, par manque d'équipements, de médicaments et de moyens de déplacement au dispensaire et faute de ressources financières dans le foyer conjugal et dans la famille proche, Finda décéda à minuit trente avant même l'espoir de pouvoir être évacuée. Lorsqu'elle sentit venir l'heure fatale, elle prit mes mains dans les siennes en m'implorant: « ma sœur je vais mourir, et mes enfants qui s'occupera d'eux? » Puis elle se tourna face contre le mur pour rendre l'âme. Jamais je n'oublierai ce geste ni cette phrase.

Depuis ces deux événements, j'ai observé le quotidien du villageois de Brouadou, analysé ses revenus, tourné et retourné les effets de sa pauvreté sur sa santé sans forcément trouver une solution facile et réalisable dans ce milieu. J'ai alors entrepris des recherches sur la problématique du financement des soins de santé dans différents systèmes, dans l'espoir de trouver un modèle qui répondrait mieux aux besoins de la population du district de Brouadou. C'est ainsi que mon intérêt s'est porté sur les mutuelles de santé et à leurs avantages et l'idée me fascina.

En effet, si dans les pays développés et structurés, le financement des soins de santé est source de polémique de problèmes et impose le changement dans la gestion, l'allocation et l'accessibilité selon plusieurs auteurs parmi lesquels nous ne citons que deux (Evans, 2002; FCRSS, 2002), il faut cependant noter que les revenus des bénéficiaires sont connus et recensés et que l'État est là pour voler à la rescousse des laissés pour compte après écrémage par les compagnies d'assurance santé. Il est donc facile de prévoir et d'organiser la participation financière aux dépenses de santé pour certaines couches socio-économiques plus favorisées. Et la population appartenant au niveau socio-économique le plus bas serait exempte de contribuer aux dépenses de santé qu'elle ne peut assumer tout en bénéficiant, sans qu'il y ait discrimination, des soins au même titre que les populations des autres couches de la société. Malheureusement dans la plupart des cas en Afrique et donc à Brouadou ceci est impossible à cause du fonctionnement informel qui régit la vie des sociétés rurales.

Il faut donc trouver un mécanisme de fonctionnement adapté à la majeure partie de la population sans tenir compte de la poignée de familles aisées. Dans ce mécanisme les coûts seraient accessibles même pour le plus démuné de la zone à condition qu'il fasse preuve de bonne volonté. Ceci pourrait être un atout important dans la panoplie d'idées à réaliser pour améliorer l'état de santé d'un très grand nombre de personnes donc leur condition de vie. Car en étant bien portant ces populations pourraient produire leur nourriture. D'après notre expérience du milieu le genre d'organisation qui pourrait leur convenir est celle qui promeut le paiement en nature par les produits locaux accessibles à tous et non périssable dans un court terme selon leur choix. Par exemple l'huile de palme, les noix de palme etc. Parlant des noix de palme elles peuvent être ramassées pour ceux qui ne pourraient pas grimper sur le palmier. Le paiement pourrait aussi être fait par le travail manuel rémunéré pour ceux qui ne peuvent avoir ni l'huile ni les noix ou autre produit.

Mais tenant compte de la pauvreté des populations de la zone d'étude, n'est-il pas utopique de parler d'épargne dans un milieu où la majorité des gens ne cherchent qu'à survivre? Cette situation les amène à se débrouiller comme et quand ils le peuvent. La réussite du présent projet ne saurait être assurée que si l'on arrive à organiser les mutualistes des villages en groupements capable de créer et gérer ensembles des sources de revenus stables. Ces groupements auraient pour principal objectif d'augmenter la production des populations en vulgarisant les méthodes modernes de production agricole et d'élevage afin d'atteindre l'autosuffisance alimentaire tout en les initiant à l'épargne. Ces groupements organiseraient aussi la vente des produits afin d'améliorer le pouvoir d'achat des producteurs qui sont les mutualistes et éviter que le marché soit contrôlé par les commerçants et non par les producteurs. Toujours dans l'optique d'augmenter le revenu de ces populations, un système de micro crédits (surtout dans la phase de démarrage) serait mis en place à l'intention des mutualistes des différents villages. Ceci leur permettrait d'avoir de quoi commencer et continuer à donner le quota exigé pour appartenir à la mutuelle de santé et donc d'avoir accès aux soins de santé (SS) en temps opportun. Bien que la fidélisation des mutualistes et l'attrait de nouveaux membres soient liés à la qualité des prestations des responsables de la mutuelle, des incitatifs comme des micro crédits mentionnés plus haut et d'autres avantages aideraient aussi. C'est l'une des voies sûres pour rompre un des maillons du cercle vicieux «pauvreté-maladie- pauvreté » Kemgui, P. (2005)

La concrétisation de toutes ces idées aussi bonnes et logiques soient-elles ne pourrait jamais se réaliser sans la générosité et le partenariat solide et durable des bailleurs et autres donateurs extérieurs. Pour ce faire la mise sur pieds d'une coordination forte, capable de créer des liens nationaux et internationaux sera donc primordiale.

En résumé, la présente recherche vise à explorer la faisabilité de la mise sur pied d'une mutuelle de santé préfinancée en nature ou en argent au niveau du système de santé de l'église catholique en Guinée Forestière. En vue d'atteindre cet objectif, le présent travail tente tout d'abord, dans le chapitre un, de présenter le contexte, de démontrer la pertinence de l'étude et de conceptualiser le problème de recherche. Le chapitre deux fera l'état des connaissances. Dans le chapitre troisième sera décrite la méthodologie adoptée pour cette recherche. Les résultats et l'analyse de l'étude de faisabilité seront présentés dans le chapitre quatre. La description et la stratégie proposées pour la mise en œuvre de la mutuelle seront présentées dans le chapitre cinq et enfin nous ferons une conclusion suivie des recommandations.

CHAPITRE 1 :
CONTEXTE, PERTINENCE ET CONCEPTUALISATION DU PROBLEME DE RECHERCHE

La première partie de ce travail est consacrée au contexte de l'implantation du projet pilote, à sa pertinence et à la conceptualisation du problème de recherche. Dans le contexte, nous parlerons de la Guinée en général, ensuite de la Région Forestière et de façon spécifique de Brouadou et de son dispensaire* qui est la zone d'expérimentation autour de laquelle l'idée de la présente étude est née. Nous parlerons aussi de la pertinence, de la formulation du problème de recherche, des objectifs de la recherche, des phases de la recherche et enfin du modèle théorique.

1.1 Description du contexte

Située en Afrique subsaharienne la Guinée, comme certains de ses voisins tels le Sénégal, le Mali et la Côte d'Ivoire, est un pays francophone. Couvrant une superficie de 245 900 km², la Guinée a un climat tropical à deux saisons: la saison sèche et la saison pluvieuse. Elle est divisée en quatre régions naturelles distinctes les unes des autres. Très humide à l'ouest, tempérée au centre, soudanienne au nord-est et sub-équatoriale au sud-est. En 2004, la population de la Guinée s'élevait à 7,7 millions d'habitants, ce qui fait une densité de 29 habitants au km². Son taux de croissance démographique est de 2,1% par an en général et se différencie selon qu'il s'agisse de la population urbaine 4,8% ou bien de la population rurale 1,8%. La population urbaine représente 27,9 % de la population totale. Les personnes âgées de moins de 15 ans représentent 44,1% de la population totale. L'espérance de vie est de 46,2 ans et la mortalité infantile est de 10,9% (Guinée EDS, 2000). Le taux d'alphabétisation est de 41% et le taux de scolarisation était de 34% en 2004. La monnaie locale est le franc guinéen. A parité fluctuante, deux mille cinquante quatre francs guinéens équivalaient à un dollar américain en janvier 2004.

En Guinée, la médecine traditionnelle est encore largement pratiquée que ce soit dans la capitale, dans les grandes villes ou dans le milieu rural. Dans certains de ces milieux les consommateurs ont recours à la médecine traditionnelle surtout à cause des

* Dans le contexte Guinéen, le dispensaire est une structure sanitaire qui dispense des soins de santé primaire. Il est en général confessionnel

croyances culturelles. Mais pour les habitants des zones reculées, la médecine traditionnelle offre une solution de substitution à la majeure partie de la population et représente le seul service de santé disponible, abordable et accessible.

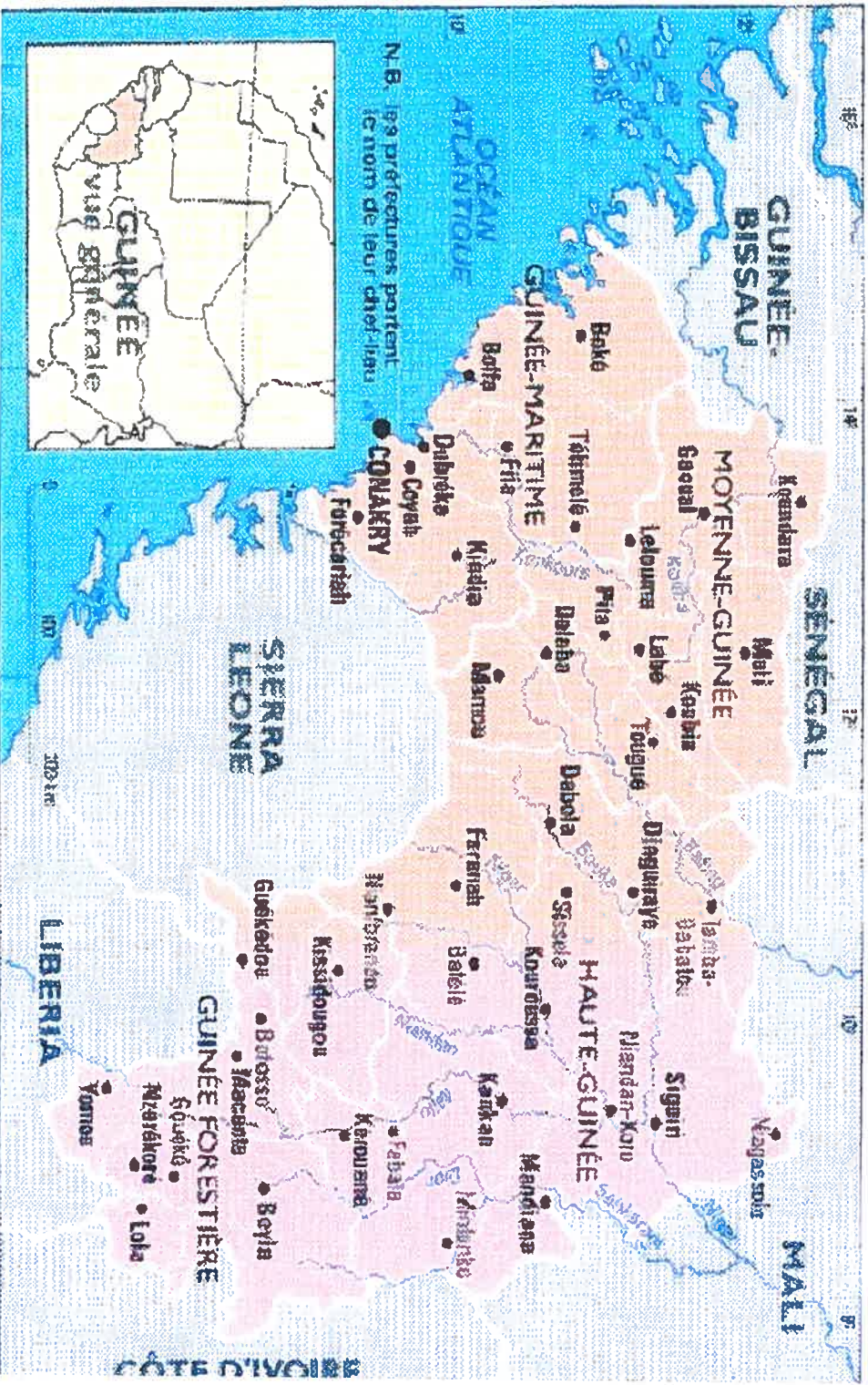


Figure 1: Carte administrative de la Guinée

En dépit de ses immenses richesses naturelles (premier producteur mondial de bauxite, d'importantes réserves d'or, de diamants et de fer), l'économie de la Guinée est en net recul. Le PIB par habitant a baissé de 30% au cours des cinq dernières années. La Guinée qui se cherche depuis son accession à l'indépendance le 2 Octobre 1958 continue de s'appauvrir (Chossudovsky, 2004). Selon l'enquête intégrale sur la condition de vie des ménages réalisée en 1994, environ 40% des Guinéens vivent en dessous du seuil de pauvreté ayant un revenu annuel inférieur à 293.714 FG soit 300\$ US (Rapport annuel 1996; Ministère guinéen de l'économie et des finances.). Selon la même source, environ 15% des personnes vivent dans une situation d'extrême pauvreté ayant un revenu annuel inférieur à 172.284FG soit 180\$ US. Cette pauvreté est la principale cause de l'exclusion du système de soins de santé pour la majorité de la population du pays. À cause de leur maigre revenu, la plus part des habitants de la Guinée Forestière choisissent de façon délibérée de consulter ceux qui pratiquent la médecine traditionnelle (tradipraticiens). Dans certains cas ils sont très efficaces comme dans la réduction des fractures fermées.

En Guinée, la situation sanitaire n'est pas des meilleures malgré les efforts déployés par le gouvernement et par les populations. La répartition des infrastructures de santé et des ressources humaines demeure inéquitable entre les différentes régions de la Guinée selon la distance qui les sépare de la capitale. Cette répartition inéquitable des infrastructures de santé et des ressources humaines entraîne une variation dans l'utilisation des services de santé (Blais, 1989). Conakry, la capitale avec le septième de la population guinéenne, regroupe à elle seule plus de la moitié du personnel médical. On retrouve 74% des pharmacies privées agréées par le ministère de la santé et 79% des cabinets médicaux privés (MSP Guinée, 1999). Cette concentration dans la capitale prive les zones rurales du pays de ressources humaines et matérielles et apparaît comme une des raisons du faible taux d'accessibilité aux soins de santé pour les populations rurales. Les ressources financières allouées au secteur de la santé restent insuffisantes et représentent seulement 2% du budget national de l'État Guinéen. Ces ressources couvrent essentiellement une partie du budget de fonctionnement des hôpitaux et des centres de santé et sert aussi au paiement des salaires du personnel (MSP Guinée, 1999).

En Guinée, le système de santé est pyramidal. Il y a au sommet deux centres hospitalo-universitaires dans la capitale Conakry. À la base du système de santé se trouvent des centres de santé et leurs postes de santé affiliés.

Chacune des grandes régions de la Guinée a son chef-lieu qui possède une direction régionale de la santé avec un hôpital régional. Chacune de ces grandes régions possède plusieurs préfectures et chaque préfecture a une direction préfectorale de la santé avec un hôpital préfectoral. Chacune des régions devrait posséder un à deux centres médico-chirurgicaux. Les centres de santé se trouvent au niveau des sous-préfectures qui sont elles-mêmes composées de plusieurs districts. Chaque district peut avoir ou non un poste de santé.

Sur le plan de l'organisation administrative, la Guinée Forestière comprend six préfectures qui elles-mêmes sont subdivisées en sous-préfectures. Les sous-préfectures sont subdivisées en districts. Située dans la partie sud-est du pays, la Guinée Forestière jouit d'un climat sub-équatorial. Quatre vingt dix pour cent de sa population pratique encore l'agriculture de subsistance, l'élevage et l'artisanat. La promotion du monde rural dans cette région se heurte à de multiples problèmes. Un de ces problèmes est la difficulté de commercialisation des produits d'exportation tels le café, le cacao, la cola, l'huile ou les noix de palme etc et constitue un véritable enjeu. De plus il existe des contraintes majeures relatives à l'enclavement de cette partie du pays en raison du mauvais état des routes et des pistes rurales. Il y a aussi l'afflux des réfugiés qui ont fui les guerres civiles du Libéria et de la Sierra Leone. Cet afflux de réfugiés a contribué à la dégradation de l'environnement biophysique de cette région (ESSIDAGUI/2001). Par ailleurs, depuis 2002, il y a en plus l'affluence de réfugiés en provenance de la Côte d'Ivoire. Cet état de fait a accru la pression sur les ressources alimentaires disponibles entraînant ainsi une aggravation des problèmes de sous-alimentation et de malnutrition. C'est ainsi que selon les statistiques du ministère de la santé (MSP Guinée, 2000), la sous-alimentation et la malnutrition sont parmi les principales causes de morbidité et de mortalité après le paludisme.

La complexité de la problématique de la situation sanitaire de la Guinée forestière résulte:

- i. de la faiblesse du pourcentage de la population ayant accès aux soins de santé primaires modernes,
- ii. de la répartition inéquitable des ressources humaines qualifiées et des ressources matérielles selon la distance qui la sépare de la capitale,
- iii. du recours aux tradipraticiens,
- iv. de la vétusté des équipements quand il y en a (il y a des hôpitaux qui n'ont aucun équipement)
- v. des mauvaises conditions d'hygiène,
- vi. des moyens financiers limités,
- vii. de l'enclavement de la plupart des villages et de leur éloignement des structures sanitaires,
- viii. Il faut noter que la Guinée Forestière qui abrite 21% des centres de santé(bâtisse) du pays ne dispose que de 10,4% du nombre total des sages femmes, 9,4% du nombre total des médecins et 17,5% du nombre total des infirmiers du pays. (MSP Guinée, 1999). La population totale de la Guinée Forestière représente 20% de la population totale du pays.

En Guinée Forestière, il y a aussi un nombre élevé de certaines pathologies comme les parasitoses intestinales, les infections sexuellement transmissibles (IST) y compris le VIH/SIDA. Ces pathologies font de cette région une zone importante au point de vue des besoins en santé publique. Les trois préfectures les plus touchées par la schistosomiase intestinale avec plus de 15 cas sur 1.000 consultants sont également dans cette région (Kissidougou, Quéckédou et Yomou) (MSP Guinée, 1999). Il est reconnu par le ministère de la santé publique que les répercussions socio économiques des infections sexuellement transmissibles ainsi que les maladies infectieuses parasitaires et plus particulièrement le paludisme, constituent un problème majeur de développement car elles affectent la productivité des ressources humaines. Une enquête nationale sur la séroprévalence du VIH/SIDA a montré que les femmes enceintes du milieu urbain de la Guinée Forestière sont les plus atteintes (soit 7%), suivies des femmes de la capitale Conakry et des femmes de la Moyenne Guinée respectivement avec un taux de 5% et de 3%. Concernant les jeunes/adolescents, l'enquête révèle que la séroprévalence est de 6% à Conakry et de 4,3% dans le milieu

rural de la Guinée Forestière ce qui mérite une attention particulière étant donné que la séroprévalence chez les jeunes/adolescents est de 2,5% au niveau national (ESSIDAGUI/2001). Selon le même rapport, toute intervention visant à freiner la propagation du VIH/SIDA en Guinée devrait couvrir de façon prioritaire la capitale Conakry et la Guinée Forestière.

Sur le plan de l'alimentation en Guinée Forestière, il faut noter que chez les individus les plus démunis, le régime est souvent le même pour le malade et pour les autres membres de la famille soit un repas journalier qui est de surcroît peu diversifié. En plus, la coutume interdit certains aliments comme les œufs, le lait, la viande fraîche aux femmes enceintes et aux petits enfants.

Ces interdits s'étendent à toutes les catégories de la population en cas de maladie. En conséquence, c'est la prolongation de la période de convalescence, période qui peut s'étendre jusqu'à l'arrivée d'une prochaine petite maladie et qui obligerait le malade à consulter de nouveau. Ceci confirme l'idée répandue selon laquelle les pauvres consomment plus de soins de santé que les riches. La maladie peut aussi facilement se compliquer et entraîner la mort. L'ensemble de tous ces facteurs conduit à un taux élevé de morbidité et de mortalité brute en Guinée forestière, les deux sexes confondus. Le taux de morbidité et de mortalité brute est de 9,6% à Conakry la capitale, de 13% en Basse Guinée, de 14,6% en Moyenne Guinée, de 15% en Guinée Forestière et en Haute Guinée (M.E.F.G, 2000). Selon le même ministère, ceci serait le reflet, entre autres, des inégalités régionales en matières d'infrastructures et d'équipements sanitaires. Notons aussi que la croyance en un dieu providence, qui mène à l'acceptation de cette misère avec résignation, ne facilite pas la tâche aux quelques individus et organisations qui tentent d'initier des changements drastiques de mentalités au sein de la population.



Figure 2: Dispensaire de Brouadou

A propos de la zone d'expérimentation du projet, celle-ci se trouve dans la partie nord ouest de la Guinée Forestière appelée Brouadou dans le diocèse de Kankan. Brouadou est un district de la sous préfecture de Beindou de la préfecture de Kissidougou qui en est le chef-lieu. Le dispensaire maternité de Brouadou lieu de naissance du présent projet est situé à 15 kilomètres de son chef lieu Kissidougou où se trouve l'hôpital de référence. Ce dispensaire dessert 30.000 habitants qui sont visités régulièrement par le personnel du centre de santé qui comprend un médecin, deux infirmiers et une accoucheuse villageoise. L'accessibilité aux soins de santé pour les populations des villages qui constituent la paroisse de Brouadou[Ⓢ] est précaire parce qu'elles ont des revenus incertains et sporadiques liés à la qualité et à la quantité des récoltes, tributaires des aléas climatiques hors du contrôle des paysans. Leur situation est aussi aggravée par le manque de voies de communication et de moyens de transport adéquats pour l'évacuation de leurs produits vers les centres commerciaux. L'inexistence de moyens et techniques de conservation conduit ainsi les habitants à céder leurs produits à vil prix de peur d'avoir à supporter une perte totale pouvant résulter de la décomposition de leurs produits lors de récoltes abondantes ainsi que le désintérêt et la manipulation des commerçants qui s'opposent aux prix proposés par les paysans.

[Ⓢ] La définition des limites de la paroisse de Brouadou ayant été faite vers 1900, elle ne cadre pas avec les limites administratives de l'État. Ainsi donc si sur le plan administratif et politique Brouadou relève de Beindou et Kissidougou, sur le plan de la religion Brouadou est la paroisse mère de toutes les communautés catholiques de la Guinée Forestière ce qui fait d'elle le centre de convergence des membres des autres communautés.

sources l'espérance de vie pour les habitants de la Guinée Forestière était de 51.5 ans en 1996.

Le manque d'éducation nutritionnelle entraîne des taux élevés de malnutrition et des troubles dus aux carences en micro-nutriments. Ce manque d'éducation nutritionnelle cause de graves problèmes d'allaitement maternel et en fait un sujet de préoccupation majeur en matière de santé publique.

Figure 4: Point d'approvisionnement en eau potable du dispensaire et de trois villages voisins



Les facteurs ci-dessus sont aggravés par le manque d'eau potable. En effet, en Guinée Forestière à peine 10% des ménages en milieu rural avaient accès à une eau potable contre 61% des ménages en milieu urbain d'après le rapport de l'EDS (1992). Nous ne pouvons pas l'appuyer par des statistiques récentes parce que non disponibles. Mais l'approvisionnement en eau potable se dégrade continuellement du fait que les partenaires au développement se retirent et les nationaux ne disposent pas des ressources nécessaires pour accomplir correctement cette tâche. Ce déficit en eau potable est un facteur déterminant de la prévalence des maladies infectieuses et surtout parasitaires à transmission oro-fécale (diarrhées, salmonellose etc.). En plus de la faiblesse du taux d'accès à un habitat décent et du manque de règlements pour l'assainissement de l'environnement, il se pose un problème de développement dans la mesure où le déficit en eau potable favorise l'insalubrité d'un milieu déjà pollué susceptible d'aggraver la morbidité et la mortalité des populations les plus vulnérables. Autant de raisons qui justifient la pertinence de la présente étude en vue d'élaborer une stratégie de préfinancement accessible pour la majorité des villageois qui accepteraient d'appartenir à la mutuelle afin que des évènements tragiques tels que ceux décrits dans l'introduction ne se reproduisent plus jamais.

Dans un contexte de pauvreté et de combat pour la survie, comment mettre en place des structures de santé modernes adaptées aux besoins des populations pour engendrer un processus de développement viable et durable de façon à générer des ressources nécessaires pour offrir des soins à toutes les populations des villages desservis par le dispensaire de Brouadou ?

Le choix de l'implantation de ce projet de mutuelle à Brouadou repose sur le fait que nous disposons d'une connaissance intime du milieu, de ses habitants et de leurs habitudes. Autre chose plus importante dans cette décision, c'est le capital de confiance dont disposent les sœurs de Notre Dame de Guinée et la réputation du dispensaire de Brouadou auprès des populations, cela depuis 1935.

1.2 Histoire du dispensaire de Brouadou

La paroisse de Brouadou est la paroisse mère de la chrétienté dans la partie nord-ouest de la Guinée Forestière située dans le diocèse de Kankan. Son dispensaire a été créé en 1935 par une religieuse métisse guinéenne sœur Joseph Gaétan.

Cette religieuse s'était fixé comme objectif d'aider les populations pauvres quelles que soient leur religion ou leur appartenance ethnique à accéder aux soins de santé primaires. Le dispensaire d'alors se résumait en un petit bâtiment de terre divisé en deux salles. La première salle faisait office de bureau de consultation et de pharmacie. La deuxième salle servait pour tout le reste du travail qui se faisait dans un dispensaire tenu par deux personnes. Afin d'accéder aux soins, les malades donnaient ce qu'ils produisaient soit du café, du riz, des poulets, du maïs, des haricots, etc. La quantité importait peu et était laissée au bon sens des bénéficiaires et dépendait de leur pouvoir économique. L'essentiel pour la sœur Joseph était que les populations sentent qu'elles participaient aux dépenses encourues par leur état de santé et aux dépenses nécessaires au fonctionnement du dispensaire. Les produits apportés comme moyen de financement par ceux qui désiraient recevoir des soins servaient aussi à payer le gardien. Sœur Joseph était réellement en avance sur son époque.

Cette idée de faciliter l'accès aux soins de santé à toutes les populations sera mieux élaborée lors de la conférence d'Alma Ata URSS (OMS,1978) et sera source d'inspiration dans l'innovation des politiques de santé tant pour les pays développés que pour les pays en développement. Dix ans plus tard, soit en 1988, il y aura ce qu'on a appelé l'«initiative de Bamako».(WHO 1988)

« Cette initiative vise à favoriser l'accès aux soins de santé primaires pour l'ensemble de la population dans les pays en voie de développement. En l'absence de tiers payeur (assurance maladie) et étant donné les coupures budgétaires des gouvernements dans certains services sociaux; chaque bénéficiaire de soins de santé doit prendre à sa charge une partie des frais pour les soins selon le principe «la santé n'a pas de prix mais elle a un coût». Le recouvrement global des coûts doit se faire sous le contrôle de la communauté des usagers ».

À l'époque de Sœur Joseph le dispensaire recevait des bienfaiteurs étrangers une part importante de son budget de fonctionnement: équipement, médicaments et salaire du personnel soignant. La responsable du centre qui a toujours été une religieuse était supposée être prise en charge par sa communauté.

De nos jours il est impossible de vouloir tout attendre des bienfaiteurs étant donné la réduction importante de l'aide internationale et des nouvelles conditions qui y sont rattachées (Madeley, 2002 ; Hugon 2003). Aussi, les mauvais choix politiques des gouvernements dans l'allocation des ressources ont eu et ont encore un impact négatif important dans le secteur de la santé.

En 1967 le dispensaire a été intégré au patrimoine de l'État Guinéen avant de redevenir une propriété de l'Église en 1986. L'assistance de MEMISA (O.N.G hollandaise) a permis la rénovation et l'agrandissement du dispensaire par l'ajout d'une salle d'accouchement, d'une salle d'attente, d'un laboratoire et d'une grande pharmacie. L'Ordre Souverain de Malte a assuré pendant quelque temps la fourniture partielle en médicaments essentiels de façon ponctuelle.

Au dispensaire de Brouadou le forfait payé pour consommer des soins était de 1500 Francs guinéens ce qui correspondait à 1,00 \$ US en 1986. Il couvrait la consultation curative et prénatale ainsi que tous les médicaments, les examens de selles, d'urines, la goutte épaisse et la mise en observation lorsque l'état de santé du patient l'exigeait. Vu le coût abordable des soins au dispensaire de Brouadou, les patients venaient des villes et des villages avoisinants. La consultation journalière atteignait 350 personnes et parfois plus entre 1986 et 1992. Ce taux élevé de consultation a commencé à décroître avec la mise en application du recouvrement des coûts en septembre 1992. Initié par l'UNICEF et l'OMS, le recouvrement des coûts est la réforme du financement des soins de santé par la participation communautaire. Pour cela les consommateurs des soins de santé doivent payer une contribution pour bénéficier des soins par des systèmes de cofinancement, de facturation à l'utilisateur et d'assurance-maladie. Ces réformes devraient permettre une meilleure utilisation des ressources et une disponibilité accrue des médicaments au niveau périphérique. Les surplus dégagés par le recouvrement devraient être investis dans des projets locaux prioritaires.

Mais elle pèse lourdement sur les revenus des ménages, entraînant par voie de conséquence l'exclusion du système des indigents. Les coûts du traitement augmentent sous une forme ou une autre sans aucun changement dans la qualité des soins en général dans les centres de santé. Cette situation a entraîné la baisse de la fréquentation des services de soins affectant lourdement les couches défavorisées.

Ceci étant, le taux de consultations journalières initialement élevé n'était plus que de 30 vers la fin de 1995 en saison sèche et parfois aucune consultation durant toute la saison pluvieuse. Cette situation a donc imposé la fermeture provisoire du dispensaire au regret des populations dont la majeure partie est retournée consulter les tradipraticiens.

En 1999, une nouvelle équipe accepte de rouvrir le dispensaire mais à la condition de retourner au forfait pour tous les soins au dispensaire. Et pour y redynamiser les activités, l'équipe a du accepté la gratuité pour tous les malades qui venaient des villages très éloignés et qui avaient de la difficultés à payer le forfait. Ceci a permis d'atteindre des consultations quotidiennes de 80 à 100 patients pendant la période de récolte. Depuis avril 2004, le taux mensuel de consultation oscille entre 188 et 224 consultations nouveaux et anciens cas confondus. Cette baisse du taux de consultation de 350 malades par jour entre 1986 et 1992 à 188 et 224 malades par mois est un indicateur de la pauvreté grandissante au sein de cette population. C'est pourquoi seuls des travailleurs bénévoles ou des membres d'une communauté religieuse dont le salaire ne viendrait jamais de la contribution des usagers de la structure de soins pourraient répondre aux attentes de ce milieu. Ceci rejoint bien la réflexion de Unger et collègues (2002) qui trouvent qu'en Afrique, en Amérique Latine et en Asie, la santé des pauvres a souvent été au centre de la planification car peu de médecins et personnels soignants choisissent volontairement de travailler en milieu rural pauvre ou déshérité, sauf au sein de quelques institutions reliées à l'Église.

Le choix préférentiel du dispensaire de Brouadou dont on aurait ainsi entendu parler par la population par rapport aux autres structures hospitalières étatiques et autres malgré certaines failles évoquées par les patients dans les résultats de l'étude de faisabilité (chapitre 4), a plusieurs explications. Dans ces hôpitaux et dans ces autres centres, même si le malade paie l'honoraire de la consultation, il est aussi "rançonné" à toutes les étapes des soins que requiert son état.

À ce sujet, LeTournay (2003) disait durant un atelier à Cotonou: «Le quotidien d'un malade en visite dans les structures sanitaires est caractérisé par le paiement direct et immédiat d'un tarif imposé sans contrôle de la prestation. Le malade doit payer les

médicaments ainsi que les examens de laboratoire et à la fin une ordonnance lui est délivrée soit pour la pharmacie de l'hôpital soit pour les pharmacies privées où le prix de certains produits est supérieur au revenu mensuel voire annuel de la plupart des malades».

Une des forces du personnel soignant du dispensaire de Brouadou était leur affiliation aux principes moraux de l'Église qui se traduisait par la qualité des soins et de l'accueil dont bénéficiaient les patients. La rotation de chacun des infirmiers dans tous les services, étant une exigence, a permis l'acquisition de riches expériences et faisait que le fardeau dans les différents secteurs du dispensaire devait être partagé par tout le personnel. Ainsi, chaque infirmier pouvait servir soit à la consultation, à l'immunisation, à la pharmacie, aux soins infirmiers ou dans la salle d'accouchement. Les responsables qui l'ont dirigé ont toujours fait en sorte que la structure soit fortement imprégnée de leur idéologie pour faciliter le travail d'équipe. Bien qu'il date de plus d'un demi siècle, les différents responsables qui se sont succédées dans la gestion dudit dispensaire ne sont pas encore parvenus à le faire grandir ni à augmenter son revenu vu sa vocation caritative. C'est ce genre d'organisation que Mintzberg (2002) qualifie comme étant une Organisation Missionnaire. Au fil du temps les exigences que les mutations de la société entraînent ont amené l'organisation à devoir qualifier son personnel pour mieux répondre aux besoins de son époque. Le recrutement de personnels additionnels qualifiés, la diversification de ses prestations ainsi que l'utilisation des produits de spécialité dont le prix d'achat est de loin supérieur à ce que le malade paie et qui pourtant sont nécessaires face aux affections sévères, sont les principaux facteurs qui se sont imposés aux gestionnaires du dispensaire de Brouadou au fil du temps.

À propos du recrutement de personnels additionnels qualifiés, les responsables du dispensaire de Brouadou se sont toujours efforcés de garder des rapports de bon voisinage avec les responsables préfectoraux et régionaux de la santé. Pourtant, ces responsables politiques et administratives reprochent à ceux du dispensaire de Brouadou de leur ravir la plupart de leurs patients. Malgré cela, lorsque le besoin d'un personnel qualifié s'est fait sentir nous avons listé les services à créer et à pourvoir avec des critères que les postulants devraient remplir. Il a été joint à la liste un exemplaire du contrat utilisé par le dispensaire où il est clairement dit que le personnel à embaucher est à l'essai pour six mois

renouvelable suivi de l'embauche définitive ou du refus du candidat par le comité de gestion du dispensaire. Il a été aussi demandé le dernier diplôme de fin d'étude ou de stage, le CV et une demande manuscrite. Ce dossier a été déposé au bureau du directeur régional de la santé avec ampliation pour le directeur préfectoral de la santé ainsi qu'au bureau du directeur de l'hôpital régional.

S'agissant de la diversification des prestations du dispensaire, cela s'est fait de soi des lors qu'un infirmier compétant dans un domaine a été recruté. Il a aussi été de même pour les médicaments de spécialités qui ont été jugés indispensables face à certains cas et dans des domaines spécifiques comme la gynécologie, l'obstétrique et la pneumologie.

Brouadou est donc l'endroit où nous allons tenter d'implanter la mutuelle de santé en tenant compte de tous les facteurs de lutte contre le projet mais aussi les facteurs favorisant évoqués plus haut.

1.3 Pertinence et formulation du problème de recherche

Les effets cumulés de la crise économique en Afrique, les programmes d'ajustement structurel imposés par la Banque Mondiale ainsi que la corruption ont considérablement réduit le pouvoir d'achat des ménages et les ressources des États des pays en développement. Aussi la diminution des revenus généraux de l'État, qui jusque là supportaient la plus grande part du financement du secteur de la santé, a eu un impact négatif sur le fonctionnement du système de soins et a affecté les relations entre prestataires et bénéficiaires dudit système. Cette diminution des revenus généraux de l'État proviendrait des chocs pétroliers de 1973 et 1979, de la dégradation des termes de l'échange, de la baisse des prix des matières premières produites en Afrique (Bekele, 1986). C'est ainsi qu'au cours des années 1998, l'Afrique subsaharienne a été prise dans l'engrenage d'un endettement permanent (Hugon, 2003).

Ces États ont été obligés de procéder de manière drastique à des coupures budgétaires dans le système de santé concernant les frais de fonctionnement, l'achat de médicaments, les salaires du personnel médical. Ce qui a entraîné la détérioration des conditions de travail dans les hôpitaux (R.C.I.E., 1990 & Chossudovsky 2004). En l'an

2000 au Comore le niveau de la participation communautaire (des usagers) a dépassé le budget de l'Etat effectivement alloué au système de santé. Ce qui est contraire à la pensée de Contandriopoulos et collègues (1992), selon eux si les pouvoirs politiques n'investissent pas assez ou s'ils utilisent des modalités de financement régressives, il y a un risque de voir s'accroître les inégalités. Ce sont toutes ces mesures gouvernementales de restriction qui ont contribué à la paralysie progressive du système de santé dans les pays en développement et qui ont également diminué l'offre des soins. A cela il faut ajouter la démotivation du personnel de la santé qui, pour augmenter son faible revenu, choisit de « rançonner » les malades. Or, plus de la moitié de ces malades travaillent dans le secteur informel où le revenu est saisonnier et sans garantie. Ces malades doivent directement payer eux mêmes à l'agent, les soins de santé qu'ils vont consommer parce qu'il n'existe aucune forme de « mutualisation » du risque en zone rurale. Presque 60% des populations de la Guinée Forestière concernées par cette étude sont incapables, pris individuellement, de consulter un médecin au besoin. Et lorsque survient un accident grave où le recours à un traitement spécialisé est indispensable, c'est la catastrophe parce que la procédure de prêt d'argent chez la famille élargie ou chez les voisins fait traîner le malade et ses parents au village. Le retard entre la décision de référer le malade et le début de sa prise en charge peut détériorer de façon considérable l'état du patient et dans la plupart des cas, conduire le malade à la mort.

A l'instar du reste du pays, l'observation du fonctionnement du système* de santé de l'Église situé dans les zones les plus défavorisées révèle la décroissance considérable du taux d'accessibilité des populations aux soins de santé. En Guinée Forestière (GF), la principale source du revenu demeure la vente des produits agricoles tels que le café, le riz et l'huile de palme qui sont commercialisés à un prix trop bas par rapport aux efforts déployés pour la production de ces denrées ce qui entretient l'inadéquation entre le volume du travail et le gain des producteurs. Les structures d'épargne et de prêts d'argent n'existent pas pour ces populations qui sont souvent malades et qui manquent de ressources financières.

*En Guinée, l'église catholique gère son propre réseau de soins de santé dans les zones défavorisées à des coûts moindres si non gratuits comparés au réseau officiel géré par le gouvernement. Ceci, parce l'État n'a pas mis en place des structures offrant des services de santé aux habitants de ces milieux qui n'ont ni les moyens matériels ou financiers pour aller consulter dans les grands centres.

Le paiement direct des frais pour les soins et services ainsi que le fait de laisser le poids du financement aux seuls malades (Abel-Smith, 1986) imposent une barrière à l'accessibilité aux soins (Abel-Smith, 1985). A cela il faut ajouter une mauvaise perception des soins de la part du consommateur et parfois leurs attentes mal satisfaites (Götz & al, 2003). Il se crée alors un cercle vicieux à l'intérieur duquel la dégradation des conditions socio-économiques et sanitaires des populations est renforcée par l'impossibilité pour le système à court de ressources matérielles et humaines de faire face aux besoins croissants des populations (CIE, 1999).

La maladie fait perdre du temps de travail et fait souffrir les familles. La réduction du temps de travail, du nombre de personnes aptes à travailler à cause des fréquents épisodes d'arrêt qu'impose la maladie, entraînent l'accroissement de la dette familiale. Cette situation a pour conséquence directe, la diminution quantitative et qualitative de la ration alimentaire déjà défaillante des foyers démunis. Ceci est reconnu par Madeley (2002), qui en plus insiste sur le rôle ravageur du SIDA dans les pays en développement.

1. 4 Genèse du projet

Ce projet est né d'une expérience professionnelle de terrain relatée dans l'introduction de cet ouvrage et à partir de l'observation d'un phénomène omniprésent en milieu rural défavorisé pendant deux années successives.

Durant ces deux années nous avons constaté que chaque épisode de maladie, qu'elle entraîne ou non la mort du patient, appauvriissait davantage une population déjà pauvre. Ces populations sont obligées d'hypothéquer ce qu'elles ont de précieux pour combattre la maladie (bêtes, terres, plantation, bijoux), enfin tout ce qui représente un important capital pour les familles. Malgré ces investissements de la part des familles il n'y a aucune garantie d'obtenir des résultats probants à cause de la longue période qui sépare la décision de vente ou d'emprunt d'argent, la mise en application de la décision et l'utilisation de ce qui est obtenu pour les soins en question. Ces populations doivent acheter des services de santé à l'acte et cela pour chaque épisode de maladie. Ce paiement est impossible pour les ménages de subsistance à certaines périodes de l'année parce qu'ils

n'ont plus rien. La plupart des familles sont incapables à elles seules de faire face aux coûts des soins, sans l'implication de toute la famille proche et parfois des amis pour faire face à la dépense (Götz & al., 2003).

Ce constat a été le début du questionnement à savoir comment faire pour que d'autres Finda ou d'autres Makoura ne meurent plus parce qu'elles manquent d'argent pour payer immédiatement des soins. Comment faire pour que toute la population sans exception de la zone de Brouadou ait accès aux soins de santé en cas de besoin sans être appauvrie davantage par différents coûts engendrés par les soins puisqu'aux dépenses directement reliées aux soins s'ajoutent la sur-tarifification et les remerciements sous contraintes ? Ces dépenses additionnelles imposées aux malades ont différents visages dans des structures différentes. Officiellement, à Brouadou le malade payait le tarif forfaitaire au bureau d'enregistrement ; ainsi, jusqu'à la fin de ses soins, il n'avait plus rien d'autre à payer. Et pourtant, le personnel par l'intermédiaire de la pharmacienne du dispensaire de Brouadou demandait à chaque malade l'équivalent de un dollar (\$1) ou tout simplement, elle vendait aux malades tous les produits de spécialité à raison de deux dollars (\$2). Les recettes de la rançon étaient partagées par la suite entre le personnel. C'était lorsqu'ils n'en pouvaient plus que les malades cherchaient à attirer l'attention des responsables sur ce que le personnel du dispensaire leur imposait. Si la gravité de la maladie du patient amenait le soignant à le référer à l'hôpital préfectoral, les accompagnateurs du malade se faisaient un devoir de vous faire savoir qu'ils avaient déjà payé un surplus d'argent à la pharmacie pour avoir de bons médicaments qui devaient, prétendait-on, leur éviter de plus grandes dépenses. Et voilà que maintenant, en plus de ce qu'ils avaient déjà payé à la pharmacie, tu leur imposais de partir en ville alors qu'ils n'avaient plus rien ? Comment allaient-ils fonctionner sans argent ? C'est à de telles occasions que chacun des autres malades présents sur les lieux va expliquer l'expérience qu'il a faite personnellement avec les prestataires.

La question d'accès à des services de santé de qualité est un problème complexe. C'est pourquoi, notre étude ne portera que sur une des barrières à l'utilisation des services, soit la capacité de payer. La mutuelle de santé préfinancée pourrait être un moyen de lutte efficace contre l'exclusion sociale et contre certaines escroqueries subies par les malades et leurs parents. Aussi, la mutuelle de santé rendrait concrète l'idée que riches et pauvres

puissent avoir pour une fois les mêmes droits face à la maladie dans le contexte de Brouadou.

1.5 Objectifs de la recherche

1.5.1 Objectif Général

L'objectif de ce mémoire est d'explorer la faisabilité de mettre sur pied une mutuelle de soins de santé primaires préfinancée en vue d'améliorer l'accès aux soins de santé des communautés rurales de la zone de Brouadou.

1.5.2 Objectifs spécifiques

- 1) Evaluer les conditions d'implantation d'un mécanisme de préfinancement des soins dans la zone de Brouadou.
- 2) Identifier les choix stratégiques de la communauté pour le préfinancement des soins à travers, soit le préfinancement en espèce soit le préfinancement en nature.
- 3) Formuler des recommandations et proposer un échéancier pour la mise en œuvre du programme de préfinancement choisi.

1.6 Étapes de la recherche

Ce mémoire constitue une étude de faisabilité qui représente la première phase de la recherche que couvre la présente étude. Il vise à:

- i. explorer l'avis de la communauté pour son éventuelle acceptation de la mise en place d'un système de préfinancement des soins après leur avoir présenté deux stratégies de préfinancement des soins de santé,
- ii. avoir l'appui des leaders d'opinion (les autorités politiques et administratives du district de Brouadou ainsi que de l'Eglise Catholique) sur la mise en œuvre éventuelle d'un système de préfinancement des soins de santé à Brouadou;

La deuxième phase de la recherche est de mettre en œuvre la stratégie qui aura été adoptée par la communauté. Elle permettrait aussi de trouver des partenaires pour la

commercialisation des produits dans l'éventualité où le préfinancement en nature serait retenu.

1.7 Cadre conceptuel

Le cadre conceptuel de ce travail (Figure 5) est basé sur l'intégration du modèle théorique global de Green et al le modèle PRECEDE-PROCEED" et de la théorie "Force Field Analysis" de KURT Lewin (Jenkins, 1949). Le premier est un modèle de planification et d'évaluation des programmes sanitaires et le deuxième est une théorie qui détermine l'efficacité de la planification, de la mise en œuvre et du management des changements dans une société.

La théorie "Force Field Analysis" de KURT Lewin prône que dans toute situation de changement, il y a une lutte perpétuelle entre des forces favorables au changement et des forces de résistance au changement. Le modèle théorique PRECEDE montre comment interagissent des facteurs de prédisposition, de facilitation et de renforcement. Il permet de comprendre quels sont les facteurs qui sont à l'origine des forces de propulsion et de résistance.

Dans ce travail, nous examinons la concordance des informations empiriques recueillies sur le terrain par rapport aux différents modèles. Ces cadres théoriques nous semblent appropriés pour la planification et la prise en compte des éléments qui permettront la réalisation de cette mutuelle à savoir: les facteurs prédisposant, les facteurs de renforcement, les facteurs facilitant de PRECEDE-PROCEED qui constituent les forces de propulsion de la théorie de "Force Field Analysis", forces qui sont en lutte avec les forces de résistance.

Les facteurs prédisposant sont des facteurs enracinés dans la société et qui constituent des circonstances favorables à toute entreprise. Parmi ces facteurs, nous prendrons en compte : les habitudes socioculturelles, la volonté populaire pour l'amélioration du système de santé pour la prise en charge des patients et la présence de structures de santé affiliées à l'Église.

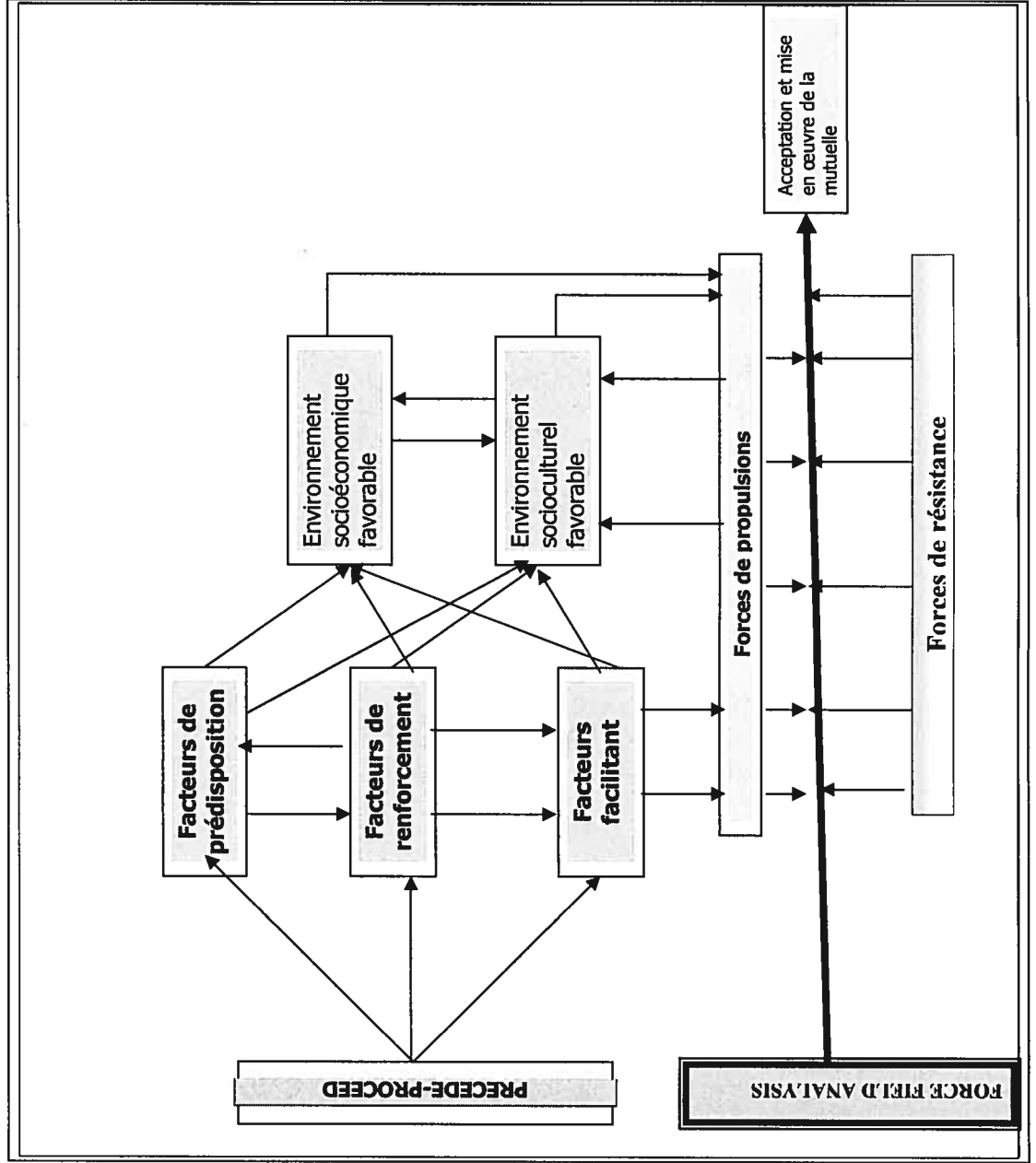
Si les facteurs prédisposant sont indispensables pour le succès d'un nouveau programme, leur effet n'est efficient qu'en présence de facteurs facilitant. Ainsi, ces facteurs facilitant sont représentés par: l'environnement socioéconomique de la communauté, l'appui des instances gouvernementales de la place et le soutien de l'initiative par l'Église Catholique qui reste une institution très crédible dans cette communauté.

Quand, dans une société, il y a des facteurs prédisposant et des facteurs facilitant qui permettent la mise en œuvre d'une entreprise humaine, son succès et sa pérennisation dépendent des facteurs de renforcement. C'est dans cette optique que, pour la pérennisation, les acquis de la mutuelle de soins de santé communautaire seront renforcés par une bonne qualité des prestations des services aux mutualistes et par les avantages de l'accès aux micros crédits.

Si les facteurs de prédisposition, de facilitation et de renforcement sont des forces de propulsion vers l'acceptation de la mise en place de la mutuelle communautaire de santé qui est le changement souhaité selon la théorie de "Force Field Analysis", les facteurs de résistance au changement sont l'état de pauvreté, l'ignorance qui s'opposent à la mise en place d'un bon système de santé ainsi que les habitudes culturelles de recours à la médecine traditionnelle. À titre d'exemple, selon la perspective traditionnelle on ne doit jamais injecter un quelconque médicament à partir d'une seringue et d'une aiguille à un malade qui souffre d'hépatite. L'acceptation de cet acte pourrait lui coûter la vie.

Pour des informations complémentaires sur ce cadre conceptuel, se référer au chapitre 4 à partir de la section 4.4 sur l'analyse et la discussion des résultats engendrés à partir de ses différentes composantes.

Figure 5: Modèle de planification adapté de GREEN PRECEDE-PROCEED et de Force Field Analysis de KURT Lewin



CHAPITRE 2: ÉTAT DES CONNAISSANCES

Ce chapitre est structuré en trois parties. La première partie du chapitre donne un aperçu classique des résultats de la recherche sur les questions générales de développement. La deuxième partie du chapitre porte sur le fonctionnement de certaines mutuelles en général et la troisième partie du chapitre traite des forces et des fragilités de ces mutuelles.

2.1. Généralités

Dans les pays développés la modernisation des systèmes de soins de santé a permis d'améliorer les conditions de vie et de bien être de leurs populations. En Afrique et dans plusieurs pays d'Amérique du Sud et d'Asie du sud, la médiocrité des soins de santé affecte grandement le bien-être des populations et les rend inaptes à participer activement au développement socioéconomique de leur pays. Cette situation est due essentiellement au manque de ressources humaines et budgétaires et surtout à une politique d'allocation des ressources disponibles non cohérente aux réalités du terrain. Ces pays ont contracté de nombreuses dettes de sorte que pour certains d'entre eux l'endettement représente entre 70% à 90% de leur PNB (Atlas Mondial, 2002).

Dans ce contexte, il n'est pas étonnant que dans le domaine de la santé par exemple, les infrastructures des systèmes de soins de santé soient délabrées ou simplement inexistantes. Il manque du matériel médical, des médicaments et dans certains cas c'est le personnel qualifié qui fait défaut. Les pouvoirs publics ne sont plus capables de soutenir les systèmes de soins de santé pour le bien être de leurs populations. Comme conséquence directe, les populations laissées à elles-mêmes doivent se débrouiller comme elles le peuvent et ont surtout recours à la médecine traditionnelle parce que plus proche d'eux. Malheureusement, cette dernière est parfois très dangereuse en raison d'un manque de dosage scientifiquement établi et en raison aussi du fait qu'elle enferme dans certains cas les populations dans un vrac de tabous et de fausses croyances aussi dangereuses parfois que stupides pour leur développement et leur survie.

Ainsi, le taux de mortalité infantile et maternelle reste parmi les plus élevés du globe avec plus de 100 décès pour mille naissances dans presque tous les pays africains. Avec l'instruction et la sensibilisation des populations, la vaccination des nouveaux-nés a fait un pas dans certains pays.

Par contre dans d'autres pays la faiblesse du réseau routier et l'enclavement de plusieurs régions prive de nombreuses populations et maintient le taux de couverture vaccinale à un niveau très bas.

Tandis que l'espérance de vie des populations de l'Europe et de l'Amérique du Nord ne cesse d'augmenter (+ de 65 ans), celle de l'Amérique du sud, de l'Asie du Sud et de l'Afrique ne cesse de décroître et c'est toujours l'Afrique qui bat le triste record avec une espérance de vie entre 45 et 54 ans (Atlas Mondial, 2002). Ses populations sont victimes de diverses maladies liées surtout à l'insalubrité et au manque d'eau potable, à la malnutrition, à la trop grande promiscuité, etc. Si rien n'est fait, cette situation ne fera que s'aggraver dans l'avenir.

La Guinée, contexte de la présente étude, n'échappe pas au sombre tableau dépeint ci haut. En effet, elle dépend beaucoup de l'aide internationale et ses projets de développement sont financés à plus de 85 % par des donateurs et financiers étrangers. En Guinée, on compte en moyenne 1 médecin pour 5000 habitants. La mortalité y est bien sûr élevée et elle est surtout due aux maladies comme la malaria, la malnutrition, les maladies respiratoires, les maladies digestives et la tuberculose. Conscientes de l'incapacité de leurs gouvernements et de cette situation sans issue qui prévaut dans plusieurs pays en développement, des populations ont développé des idées novatrices pour trouver des solutions durables au problème d'accès aux soins. Ces idées ont vu le jour et sont expérimentées dans plusieurs pays depuis une dizaine d'années.

2.2 Revue de la littérature sur les mutuelles.

Dans l'histoire, les premières mutuelles ont vu le jour en Europe au cours du 19^{ème} siècle chez les ouvriers et les philanthropes qui voulaient protéger leurs employés contre les pertes de revenus et les aider à alléger les frais médicaux (Criel et Van Dormael, 1999). La couverture universelle des soins de santé a donc toujours été une préoccupation importante des sociétés. Et pourtant la mise en œuvre de ce principe est difficile. En France par exemple c'est seulement en janvier 2000 que la couverture universelle a été introduite dans le système de soins.

Elle y a inclus le principe d'accorder les soins médicaux de base à tous ses résidents et une couverture additionnelle à ceux qui ont un revenu au-dessous d'un plafond donné. Il faut noter qu'en France l'accès à l'assurance médicale était basé sur la contribution au système de sécurité sociale des salariés et de leurs employeurs (Ingen, 2003). Dans ce cadre, selon ce même auteur, la famille se fait partiellement rembourser les frais encourus pour les soins de base chez le médecin de son choix (généraliste ou spécialiste). Ceci est encore valable pour l'achat des médicaments. Dans tous les cas la participation des malades aux frais est une proportion connue sous l'appellation de co-paiement.

En ce qui concerne les pays en développement, les premiers espoirs dans le domaine d'accès universel aux soins de santé sont nés avec les politiques initiées par les conférences d'Alma Ata en 1978 et plus tard de Bamako en 1988. Il sera reconnu par plusieurs auteurs que l'avènement de la diffusion par l'OMS et l'UNICEF en 1978 du défi de l'Initiative de Bamako a été perçue comme la bouée de sauvetage pour les pays en développement dans le domaine d'accès universel aux soins de santé (WHO 1988 ; CIE 1990; Huber , 2003).

En effet, l'Initiative de Bamako vise à réorganiser le système de santé afin que les activités de santé maternelle et infantile assurent au plus tôt et de manière permanente la protection des mères et des jeunes enfants (Huber, 2003). Pour ce faire il faut réunir les conditions suivantes: améliorer l'efficacité des services, limiter les coûts des services et assurer la continuité financière. Le Bénin et la Guinée ont été les premiers pays africains à entamer la mise en application du contenu de cette initiative à l'échelle nationale, (CIE, 1990) bien avant la déclaration officielle de sa mise en œuvre par les ministres de la santé.

Dans cette optique, des réseaux de "centres de santé[▼]" ont été créés, des efforts ont été déployés pour organiser leurs activités de façon efficace et efficiente en couvrant les principales maladies, en rendant accessibles les services et en mettant les services à la disposition d'une plus grande partie de la population urbaine et rurale.

Vers les années 1990, la seconde étape de l'Initiative de Bamako a été la réhabilitation et la réorganisation des hôpitaux de référence pour garantir les soins secondaires.

▼ Le centre de santé est la structure sanitaire de base au niveau de la pyramide de soins en Guinée. Il couvre en général la population d'un district rural ou d'un quartier de ville. Il exerce des activités préventives, curatives et promotionnelles. Des postes de santé peuvent lui être annexés.

Lors de l'évaluation de la mise en œuvre de l'Initiative de Bamako en Guinée et au Bénin après deux ans de pratique, il a été constaté qu'un progrès significatif avait été réalisé en matière d'accessibilité aux soins de santé et en matière d'utilisation des services de soins de santé grâce à une amélioration nette des indicateurs de santé primaire (couverture vaccinale, consultation primaire curative, consultation prénatale, etc). Si dans ces pays on a vu le passage de la couverture effective de l'immunisation s'améliorer de 20% à 66%, cette amélioration n'a pas été identique au point de vue des soins curatifs. Cette difficulté de large couverture curative est liée à la prise en charge incomplète de certaines pathologies du fait qu'elles reviennent beaucoup plus cher au centre de santé et à la mauvaise qualité des services (Götzt 2003 & col ; CIE, 1990 ; Ilunga, 1992). C'est une situation à laquelle il serait souhaitable de trouver des voies et moyens pour y remédier.

Devant ces difficultés, différentes stratégies ont été adoptées pour permettre aux populations de se prendre en charge et d'améliorer leurs conditions d'existence. Selon certains auteurs (Criel et Van Dormael 1999, Ilunga, 1995), les mutuelles communautaires de santé peuvent être considérées comme étant un gage certain d'accès aux soins pour tous dans les pays en voie de développement durant les dernières décennies.

Pour le Programme d'appui aux Mutuelles de Santé en Afrique (PROMUSAF) (2004), les mutuelles ne créent pas de richesse, elles ne peuvent que rendre solvable une demande de soins de santé pour une population qui dispose déjà d'une certaine capacité contributive. Par exemple, le mécanisme de prévoyance permet de rendre les soins accessibles en milieu rural en période de soudure (période des travaux champêtres en saison des pluies) en prélevant les cotisations au moment des récoltes.

Ces mutuelles de santé sont développées dans les communautés et sont toujours gérées par des bénévoles. Les mutuelles sont des programmes d'assurance sanitaire à but non lucratif. Elles attirent actuellement l'attention en Afrique subsaharienne. Selon Nelson et Nolan (2002) les mutuelles aident à améliorer la situation financière de leur structure de santé. Ainsi au Rwanda, la contribution des mutualistes représentait 75% du revenu du centre de santé permettant ainsi aux structures de soins d'améliorer la qualité de leurs services en maintenant un bon taux de fréquentation.

Le Tournay (2003) quant à lui, pense que les mutuelles sont adaptées à l'économie informelle et font partie d'une stratégie multiforme de la lutte contre la pauvreté et s'inscrivent ainsi dans plusieurs registres de changement économique, social et politique dans les pays africains.

Quant à Criel et Van Dormael (1999) en raison de la différence contextuelle, ils trouvent qu'il serait peu réaliste de s'imaginer que les mutuelles de santé en Afrique se développeront comme l'ont fait les mutuelles des pays européens. Ils rapportent que si l'implantation des mutuelles européennes a été régie par les gouvernements des différents pays, en Afrique les forces qui soutiennent techniquement et financièrement la mise en place des mutuelles sont extérieures. Ils sont malgré tout conscients de l'insuffisance de moyens des gouvernements africains et ils soutiennent l'hypothèse d'une participation des agences publiques dans leur mise en place puisque selon eux, celles-ci aideraient à réduire les niveaux d'exclusion sociale.

Selon PROMUSAF (2004), il convient de rester réaliste et prudent face à l'engouement suscité par les mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest. Du point de vue de cette ONG, une approche trop sectorielle n'est pas souhaitable. Il s'agirait plutôt de favoriser une approche territoriale, d'encourager les mécanismes de gestion commune au morcellement des initiatives, d'améliorer les services de santé et de créer des dynamiques sociales nouvelles car les mutuelles sont perçues comme des instruments de l'extension de la protection sociale. Bien qu'elles définissent une protection contre la maladie fondée sur une solidarité restreinte, elles ne peuvent pas, en dehors de situations très particulières, résoudre la problématique de la couverture des indigents. Ces mutuelles ont besoin d'un appui, élément constitutif dans le processus d'accompagnement à l'auto promotion.

Il est reconnu que plusieurs définitions sont données à la participation communautaire au financement de la santé. Mais quelle que soit la terminologie utilisée, les points suivants sont pris en compte: le rôle de la communauté, la nature des groupes bénéficiaires et les valeurs sociales qui sous-tendent la fonctionnalité d'une mutuelle ou de tout autre système de solidarité (Jakab & Krishnan; 2002). L'intérêt croissant dans les deux dernières décennies par rapport aux mutuelles communautaires de santé est reconnu par plusieurs auteurs (Mcintyre et al., 2002 ; Ogawa et al., 2003 ; Ekman, 2004 ; Jütting, 2004 ; Schneider, 2000). C'est en 1997 que le gouvernement chinois a identifié la

politique de pré-paiement en santé comme une source potentielle de financement de la santé rurale (Boom et Shenglan, 1999).

En octobre 2001, la Thaïlande a introduit la couverture mutuelle de la santé (Teerawattananon et Tangcharoensathien, 2004). Une des plus vieilles assurances communautaires de santé a vu le jour au Japon en 1935 et était appelée "Jyorei" dans un village de la préfecture de Fukuoka et qui est devenue graduellement la base du système d'assurance sociale du pays (Ogawa et al., 2003).

Dans les différentes assurances communautaires, les objectifs les plus souvent annoncés sont l'équité, l'efficacité et la pérennisation des services de santé (Bennett, 2004). La mutuelle de santé a pour objectif principal la prise en charge des dépenses de soins et la réduction du risque maladie. Ceci étant, plusieurs mutuelles ont été implantées dans les pays en développement avec des stratégies différentes (Arhin-Tenkorang 2002). Les caractéristiques de certaines mutuelles sont présentées dans le tableau récapitulatif ci-dessous:

2.3 Récapitulatif des forces et faiblesses de certaines mutuelles d'Afrique et d'Asie.

Tableau 1 : Récapitulatif de certaines mutuelles de santé dans les pays en développement .

Nom de la mutuelle	Zone ou pays	Forces	Faiblesses	Type de couverture
Mutuelles de Bungwe et Rushaki	Rwanda	L'introduction des prêts de micro crédits a permis d'attirer plus de participants dans plusieurs régions : 124% et 85% (Nelson et Nolan, 2002).	L'exclusion sociale.	Soins hospitaliers ambulants et médicaments.
Le fond communautaire de la santé d'Igunga 1996	Tanzanie	Le soutien de la banque mondiale et du gouvernement, a permis l'extension à plusieurs districts.	L'exclusion sociale.	Soins hospitaliers, hospitalisation et pharmacie.
Le fonds d'assurance villageoise d' Abota 1980	Guinée Bissao	Grâce à l'existence d'un groupement, l'implantation de la mutuelle a été facilitée par l'utilisation des mécanismes de paiement indigènes déjà existant.	Une mauvaise évaluation de la charge contributive des membres : Homme adulte 500 PG (pesos Guinée-Bissao soit 0,44 \$US). L'exclusion sociale.	Soins ambulatoires et l'hospitalisation de malades référés par les agents de santé des villages.
Le financement communautaire de la santé de Nkoranza 1992	Ghana	- Flexibilité dans le mode paiement des cotisations: le financement est calculé sur la taille de la famille et payable deux mois avant la fin de chaque année. - Avantage accordé à l'adhésion familiale.	- Complexité de la gestion : équipe de gestion de l'assurance de l'hôpital, le conseil d'administration de l'assurance et les travailleurs de terrain ou coordonnateurs de zone. L'exclusion sociale.	Soins de base, médicaments
Maliando <<entraide>> 1998	Guinée	- Fixation de la charge contributive a un coût raisonnable: frais annuels de 2 \$ US par individu pour la prise en charge à l'hôpital préfectoral et les frais de transport d'urgence.	Baisse du nombre d'adhérent: cette mutuelle couvrait en 1998, 8% de la population. Mais en 1999, les contributions ont régressé à 6%. Une étude faite par (CRIEL ET WAELKENS 2003) a démontré que la baisse était liée à l'incom-	- soins de santé primaires, - consultation pédiatrique - urgences chirurgicales - urgences obstétricales

Nom de la mutuelle	Zone ou pays	Forces	Faiblesses	Type de couverture
Assurance communautaire d'assistance aux communautés dans l'organisation des funérailles et du deuil (Mariam, 2003).	Éthiopie	Grâce à l'existence d'un groupement	préhension de la population du système de mutuelle et à la pauvreté de la qualité des services que les membres recevaient. L'exclusion sociale.	et le déplacement des malades. Tous les soins ambulatoires ou hospitaliers ainsi que l'organisation des funérailles
Mutuelle de Bwamanda	République du Congo (Zaire) 1986	Elle a contribué à l'amélioration significative de l'accessibilité aux soins hospitaliers et est devenue une source financière stable pour le fonctionnement de l'hôpital (Criel et al., 1998).	L'exclusion sociale.	Certains soins ambulatoires, une partie des frais d'hospitalisation, une prise en charge des malades référés des villages pour l'hôpital de Bwamanda
Proyecto de Salud santé et éducation de Tiwannka.	Bolivie 1980,	les contributions dans ce projet sont payées en terme de main-d'œuvre et en nature (A dams, 1999).	L'exclusion des handicapés et malades graves, incapables de cotiser ou travailler physiquement..	Soins de santé primaire et éducation.
MUTEK (mutuelle des travailleurs de l'éducation et de la culture	Mali	Accès au besoin pour les membres et leur famille.	L'exclusion sociale.	Hospitalisation, soins ambulatoires et médicaments.
La mutuelle de santé de Bouahoun	Burkina Faso	Source financière stable pour le fonctionnement du centre de santé.	L'exclusion sociale.	Soins médicaux hospitaliers et ambulatoires ainsi que les médicaments.
Health Plus Scheme	Philippines	Augmentation du taux de fréquentation du centre de santé.	L'exclusion sociale.	Soins médicaux et hospitalisation.

Nous retiendrons qu'il y a de plus en plus de plaidoyers pour présenter les assurances communautaires de santé comme une solution aux difficultés de financement des problèmes de santé dans les pays en développement (Bennett, 2004). Cette prolifération des mutuelles dans les pays en voie de développement et surtout en Afrique, fait dire à Le Tournay (2003), que la diversité des expériences en cours montre qu'il n'y a pas de formule magique. Le système mutualiste comporte des limitations intrinsèques, telles que la fragilité due à la petite taille et à l'exclusion des plus pauvres, incapables de cotiser. Ainsi, étant donné qu'il ne peut y avoir de solution standard applicable, tout système doit tenir compte de toutes les particularités du milieu où on l'implante.

Dans l'analyse de la prise de décision d'appartenance aux assurances communautaires de santé dans les pays en développement, Schneider (2000), a identifié des facteurs de résistance comme la pauvreté, les quotas élevés, le taux bas de remboursement anticipé, la sous évaluation des risques de maladie, les préférences conservatrices, la mal compréhension du système d'assurance. Pendant qu'il identifie des éléments facilitant à l'adhésion comme le revenu élevé, le quota bas, la probabilité élevée de maladie, un plus grand taux anticipé de remboursement, la comparaison du coût d'assurance, le bénéfice et la confiance au système d'assurance.

Aussi des stratégies d'amélioration du pouvoir d'achat telle que le commerce équitable (le fait d'acheter à juste prix directement au paysans ce qu'ils produisent) ont été mises en place pour remédier à la pauvreté identifiée comme principal facteur de non adhésion dans certaines communautés. Ceci permettrait aux populations d'établir un mécanisme de préfinancement des soins et d'autres volets du développement durable comme l'éducation (Equiterre, 2004). Ceci est soutenu par Le Tournay (2003) qui se demande si dans un contexte de survie où les besoins vitaux ne sont pas satisfaits, on peut créer des mécanismes durables de prévoyance sans adopter une stratégie d'amélioration des revenus et de l'épargne familiale. Il prétend aussi qu'il serait difficile de promouvoir le développement des mutuelles sans s'intéresser aussi à l'amélioration de la qualité ou de la proximité des services de santé, si l'on ne crée pas ou si l'on n'encourage pas des groupements de producteurs.

HSIAO (2002), dans sa recherche sur les besoins non satisfaits en santé de deux milliards de personnes, se demande si le financement communautaire des systèmes de soins de santé par les usagers est réellement la meilleure solution à cette problématique. Il trouve plusieurs schémas de financements communautaires à travers le monde, chacun avec ses forces et ses fragilités, ses bénéfiques, sa clientèle et ses différents modes d'accessibilité aux variétés de programmes comme l'indique le tableau 1. Cependant, il trouve que la problématique de l'accès des pauvres aux soins de santé reste non résolue.

Le doute sur la capacité de financement reste important car pour la pérennisation d'une mutuelle communautaire nous partageons l'avis de Arhin Tenkorang (2002) qui estime que la mutuelle dans sa performance financière doit pouvoir couvrir les soins de ses membres et son fonctionnement administratif par la contribution de ses membres. Ceci ne saurait se faire dans les pays en développement sans une forme d'assistance à l'amélioration de la situation socio-économique de la population. C'est pourquoi la création de coopératives de producteurs semble indispensable. Ces coopératives seraient très impliquées dans la vente des produits collectés, la conception et la réalisation d'un projet de soutien à la mutuelle. Nous sommes confiants de l'appui du gouvernement dans ce sens car l'Ordonnance No 005/PRG/SGG/88 de la présidence de la République soutient la formation des coopératives et pré coopératives en Guinée (République de Guinée, 1988). Pour Jakab & Krishnan (2002), il existerait dans plusieurs assurances communautaires une exclusion sociale des plus pauvres, liée très souvent à leur manque de pouvoir contributif et à leur position géographique par rapport au centre de santé ou par rapport à l'hôpital de référence. Ils soutiennent ceci en déclarant:

"Community-based health financing schemes extend coverage to a large number of people who would otherwise not have financial protection. However, there seems to be some doubt whether the poorest are included in the benefits of community-based health financing".

De même pour Criel et Van Dormael (1999), la solidarité dans une mutuelle à ses limites. Selon eux, cette solidarité se limite à une entraide entre membres. Par exemple, elle ne constitue pas une solution à la prise en charge des indigents, du moins à court terme. Seule une assurance rendue obligatoire peut créer une véritable solidarité nationale géographique entre groupes sociaux. Elle éviterait les forts sentiments d'appartenance à

une religion, à une profession ou à un quelconque groupement qui a souvent comme conséquence, le renforcement des inégalités sociales.

Ceci étant, l'évaluation de la plupart des différents programmes de mutuelles de santé montre parfois les fragilités de ces programmes. Celles-ci pourraient avoir plusieurs causes. Une piètre performance financière des systèmes d'assurance communautaire a été notée par la présence de participants ayant tendance à une sur-utilisation des services de santé (Arhin- tenkorang, 2002). En vue de limiter cette sur-utilisation, des tickets modérateurs ou contributions d'usagers ont été institués dans certaines mutuelles ou assurances. Cette stratégie est critiquée par certains auteurs (Contandriopoulos & al.1972 et Chapain & Vaillancourt 1999) qui trouvent que le recours aux usagers pour le financement des soins de santé, l'application des frais modérateurs, risqueraient d'entraîner une sous consommation des soins de santé de la part des personnes plus malades. Mais Dans l'ensemble, il est prouvé que les mutualistes ont plus accès aux soins de santé modernes que les non mutualistes. Ceci est démontré dans des études comme celle de Jütting, (2001). Si plusieurs de ces mutuelles ont eu des résultats encourageants, d'autres, par contre, ont eu des résultats moins enviables. Par exemple, la mutuelle Maliando en Guinée a eu des difficultés à maintenir l'enthousiasme de ses mutualistes. Cette mutuelle couvrait en 1998, 8% de la population mais en 1999, les contributions ont régressé à 6%. Une étude, faite par (Criel et Waelkens, 2003), a démontré que cette baisse était liée à l'incompréhension de la population du système de mutuelle et à la pauvreté de la qualité des services que ses membres recevaient.

2.4 Description de deux formes de préfinancement

À partir de la littérature, nous avons retenu les deux principales formes de paiements parmi tant d'autres qui seraient présentées à la population de Brouadou:

2.4.1 Préfinancement en nature

Il s'agit de fixer un quota par tête en nature en fonction de la production des populations paysannes et qui pourrait facilement attirer des partenaires commerciaux. Ces produits pourraient être le café, les palmistes (noix de palme), l'huile de palme. Dans le cas du présent projet, la quantité retenue a été fixée après extraction expérimentale en

tenant compte du prix de vente sur le marché local du produit susceptible de retenir l'attention des futurs mutualistes. Le paiement se ferait durant la période des récoltes. La cotisation à verser par les membres pourrait également être payée sous forme de journées d'investissement humain comme dans l'exemple suivant. En Bolivie, les contributions dans une mutuelle sont payées en terme de main-d'œuvre et en nature (Adams, 1999). Pour ceux qui choisissent d'adhérer à la mutuelle, la contribution se fait en nature, la famille apporte des pommes de terre à semence à la caja communautaire locale. De plus une contribution annuelle est exigée sous forme de main-d'œuvre. Cette contribution en main d'œuvre consiste à ce qu'au moins un membre de la famille travaille sur la plantation de pommes de terre de la communauté. Ce système a pour grand avantage de limiter l'exclusion due à la pauvreté matérielle ou financière. Le préfinancement en nature reste donc relativement équitable surtout quand le paiement peut être fait avec des produits locaux.

2.4.2. Préfinancement en espèce

La mutuelle de Fandène à Thiès au Sénégal ayant une expérience depuis 1990 reste une référence en Afrique de l'Ouest (Jütting, 2001). La mutuelle a établi un contrat avec l'hôpital catholique St Jean de Dieu pour la prise en charge de ses adhérents. Cette mutuelle est basée sur un financement en espèce. L'adhésion se fait par famille. Le chef de famille paie une carte de bénéficiaires à 1000 francs CFA en une fois ce qui correspond à 2 \$ US. Sur cette carte, sont inscrits tous les membres de la famille. Ensuite il y a une contribution mensuelle de 200 francs CFA pour chaque membre de la famille. Enfin, il y a une contribution à l'acte telle que le montre le tableau comparatif des tarifs pour les membres et les non-membres de la mutuelle.

Tableau 2: Frais de consultation à l'hôpital de référence de Thiès

	Frais (CFA): 1		
	Consultation	Hospitalisation Journalière	Intervention Chirurgicale
Membres	3 000	3 750	750
Non membres	6 000	7 500	1 500

De ce qui précède, nous retiendrons que l'appartenance à une mutuelle de santé facilite l'accès aux soins pour les populations des pays en développement. C'est ainsi que Jütting (2004) note que les membres de la mutuelle de santé au Sénégal ont une probabilité d'hospitalisation plus élevée que les non membres. La diversification des modes de paiement qui peut se faire soit en espèces, en nature ou par la main d'œuvre rend flexible le type de contribution et permet aux membres d'explorer différentes opportunités. Associé à ces mesures, le commerce équitable des produits du terroir contribuerait à l'amélioration du revenu et de l'accès des populations aux mutuelles de soins de santé tout en réduisant les inégalités sociales d'accès aux soins de santé (Le Tournay, 2003 ; Equiterre, 2004).

CHAPITRE 3 : METHODOLOGIE

Dans la partie méthodologique du présent travail, nous parlerons du type d'étude utilisé pour le thème de recherche, la source des données, la zone d'étude, la population et enfin le pourquoi de la procédure méthodologique.

3.1 Type d'étude

L'étude que nous menons est une étude de cas de nature qualitative. La validation de notre approche repose sur une multitriangulation : la triangulation des méthodes et des données . La multitriangulation consiste à appliquer plusieurs types de triangulation dans une même étude. Quant à la triangulation, elle est définie par une stratégie de mise en comparaison de données obtenues à l'aide de deux ou plusieurs démarches d'observation distinctes (Fortin, 1996 ; Guion, 2002). Cette multitriangulation nous a permis d'obtenir des données fiables et applicables sur le terrain. Dans cette recherche de type développement[^], les chercheurs, les informateurs clés et les populations concernées ont examiné ensemble les voies et moyens nécessaires pour développer un modèle de mutuelle de santé communautaire adapté aux ressources disponibles dans la zone d'études dont les résultats sont discutés dans le chapitre IV (Contandriopoulos et al, 2001. Fortin, 1996; Leduc, 2003).

Les connaissances et les conditions existant dans le milieu ont été utilisées de façon systématique afin de favoriser l'implantation de la stratégie de préfinancement des soins de santé à travers la méthode de financement qui serait retenue. Pour ce faire, des sources diversifiées de données ont été utilisées: des entrevues avec tous les villageois, des entrevues avec différentes catégories de la population cible : des groupes de jeunes, de femmes, d'hommes et enfin avec le personnel soignant.

L'approche utilisée a été participative permettant ainsi d'inciter les communautés à se mobiliser de façon massive vu que ce sont leurs idées qui ont prévalu durant toute la collecte. Ceci les a amenées à se sentir coresponsables de la réussite du projet car, disaient-ils " *si ça ne marche pas nous seront tous responsables.*"

[^] La recherche de développement est la stratégie de recherche qui vise , en utilisant de façon systématique les connaissances existantes, à mettre au point une intervention nouvelle, à améliorer considérablement une intervention qui existe déjà ou encore à élaborer ou à perfectionner un instrument, un dispositif ou une méthode de mesure. Contandriopoulos (1990) , (OCDE 1980)

Le principe de cette approche est que les communautés connaissent mieux leur dynamique de fonctionnement qui n'est pas tout à fait conforme à tout ce que dit parfois la littérature. Ces communautés disposent d'un savoir par rapport à leurs ressources, leurs cultures et leurs organisations. Cette démarche nous a semblé incontournable pour la simple raison que sans l'accord de la communauté, il serait impensable d'imaginer une stratégie de préfinancement qui puisse véritablement mobiliser à long terme

3.2 La source des données

Les données utilisées dans cette étude proviennent essentiellement des entrevues semi-structurées avec le personnel du dispensaire et de la population. Voir en annexe B un exemplaire du questionnaire. Nous avons choisi d'utiliser des questions ouvertes dans le but de mieux saisir les enjeux auxquels ces populations sont exposées et voir si elles rejoignent nos perceptions. Ces questions ont été administrées dans le dialecte du terroir (Kissi) par des informateurs clés issus des villages retenus pour cette étude. Ces informateurs ont bénéficié de 3 jours de formation sur la façon d'administrer un questionnaire à une population donnée et sur le reste de leur travail qui consistait à prendre des notes et à servir de traducteurs/interprètes. Enfin, des notes personnelles d'observation ont permis d'enrichir les données.

3.3. Instruments et matériels utilisés pour la collecte des données.

Un guide de questionnaire semi-structuré contenant des questions ouvertes pour les entrevues a été utilisé lors des différentes entrevues pour la collecte des données de la présente étude. Ces questions ont été conçues de manière à faire prendre conscience aux villageois de leur situation actuelle, à les amener à connaître l'importance et le fonctionnement d'une mutuelle de santé et à leur présenter les formes de financement que nous privilégions parmi les formes utilisées le plus fréquemment. Il fallait aussi les amener à opter pour une méthode de financement du système de santé qui corresponde à leur mode de vie et à trouver ensemble les stratégies pour sa mise en application. Par ailleurs, deux appareils d'enregistrement ont servi à compléter les prises de notes par les informateurs clés, une caméra et un appareil photo pour fixer les images des différentes activités.

3.4. Zone d'étude.

La zone d'étude correspond à l'aire géographique du dispensaire de Brouadou (Guinée). L'étude s'est réalisée dans six villages choisis dans cette aire. Le choix de ces villages a été fait de manière raisonnée selon trois groupes de distance. Le critère ayant prévalu au choix des villages est l'accessibilité géographique évaluée selon la distance qui sépare les villages choisis du dispensaire. Ainsi, ont été sélectionnés deux villages autour du dispensaire de Brouadou (moins de 5 kms), deux villages distants du dispensaire de 10 à 20 kms et deux villages éloignés du dispensaire entre 20 et 45 kms.

Sites à moins de 5 kms: Brouadou, Kèbaly,

Sites entre 10 et 20 kms: Komarō, Kōffōdou,

Sites à 22 et 45 kms : Nyamandou, Gbélan.

Une description détaillée de la zone d'étude a été faite au chapitre 1.

3.5. Population cible

La cible primaire de l'étude est toute la population rurale de Brouadou (hommes, femmes et enfants).

Les cibles secondaires sont les structures de soins, les prestataires, les autorités religieuses et coutumières, les autorités politiques et administratives de la localité.

3.6 Méthodes d'entrevues

Selon les caractéristiques socioculturelles des habitants de la région forestière en général et en particulier du milieu rural, l'avis des jeunes et des femmes est toujours influencé par celui des hommes qui ont le dernier mot. Ceci étant, nous avons donc jugé nécessaire de consulter séparément les différents groupes d'acteurs. Ce qui nous a amenés à utiliser 3 méthodes d'entrevues basées sur une série de questions ouvertes afin de connaître les problèmes réels des gens, de les comprendre dans le but d'adapter le projet aux réalités du milieu. L'importance de cette approche de recherche de l'opinion de la population est reconnue par Pineault et Daveluy (1995).

Nous avons donc tenu six entrevues avec tous les villageois, dix-huit entrevues pour les groupes d'acteurs (jeunes, hommes et femmes) et deux entrevues avec le

personnel soignant afin de donner à chacun la liberté d'expression sur un sujet aussi important pour eux. C'est une façon de prendre en compte la diversité des points de vue des groupes d'acteurs, la complexité de leurs perceptions, compte tenu des contraintes culturelles existant dans la zone d'étude.

3.7 Procédure de collecte de données

Suite à notre arrivée à Conakry, nous avons rencontré les responsables de la congrégation Notre-Dame de Guinée le 26 janvier 2004, qui sont nos principaux partenaires dans la mise en œuvre de ce projet. Lors de cette rencontre, il leur a été donné des informations complémentaires sur le projet d'implantation d'une stratégie de préfinancement de soins de santé communautaire (le thème du présent mémoire de fin de maîtrise en administration des services de santé). Les objectifs ont été clairement présentés ainsi que la première étape du projet qui était la collecte de données qui devait avoir lieu à Brouadou. Les étapes proposées de la collecte de données étaient les suivantes :

- (i) le recrutement et la formation des informateurs clés pour l'animation des différentes entrevues;
- (ii) la sensibilisation des sages et leaders d'opinions sur les avantages d'un programme de préfinancement communautaire;
- (iii) l'organisation d'entrevues avec tous les villageois, d'entrevues avec les groupes cibles et d'un atelier de restitution des résultats de l'enquête.

A l'issue de la rencontre avec les responsables de la congrégation Notre-Dame de Guinée en accord avec le projet, certaines mesures ont été prises. Le conseil a décidé d'écrire aux sœurs de la communauté de Brouadou afin qu'elles représentent la congrégation des sœurs de Notre Dame de Guinée et s'occupent entièrement de toute l'organisation matérielle reliée au projet.

3.7.1 Recrutement et formation des informateurs clés

Notre première activité a été la recherche des informateurs clés au sein de la communauté. A ce titre, un ressortissant de chacun des villages à visiter, a été sélectionné en qualité d'informateur clé. Comme critère de préférence, nous souhaitions que ce soit un

enseignant car les enseignants bénéficient d'une grande notoriété dans leur entourage. Le villageois valorise l'enseignant qui selon lui connaît tout ce qu'il ignore.

C'est pourquoi il n'a d'autre prénom que celui de Moussé c'est à dire monsieur qui est l'appellation la plus respectueuse du milieu par laquelle tout le monde, même la propre femme de l'enseignant, doit l'appeler. Ce titre donne considération et crédibilité à ce dernier et à tout ce qu'il entreprend. Tout cela pour montrer à quel point nous avons mis à notre actif tout ce qui pouvait contribuer à montrer le sérieux du projet aux yeux des villageois et inciter le plus grand nombre d'entre eux à y adhérer. Chacun des animateurs retenus devait avoir comme atout une parfaite connaissance du dialecte du village (Kissi), avoir l'accent de son village et une parfaite connaissance de la coutume de son milieu. Toutefois, pour leur permettre de bien administrer le questionnaire, les six animateurs retenus ont bénéficié d'une formation de 28 heures sur les objectifs de l'étude, sur l'organisation du processus dans les différents villages à savoir la sélection des sages et des leaders à rencontrer dans chaque village, sur la stratégie de sensibilisation de la communauté pour sa participation active et leur information sur la pratique des entrevues.

3.7.2 Rencontre des sages et des leaders communautaires

Nous avons procédé selon la coutume dans chacun des villages. Ceci a bien montré le respect avec lequel la population a le droit d'être traitée même si nous leur apportons notre aide. Pour ce faire, nous avons pris pour chef de délégation l'animateur qui est ressortissant du village pour leur parler en notre nom, dans le dialecte qui leur est traditionnellement commun avec l'accent propre à chaque village. Mais il est à noter que le porteur d'un important message ne le livre pas directement. Il le fait transmettre par un orateur de profession (rôle que joue le « griot » dans les villages), pour qu'il soit mieux transmis en tant que «bonne nouvelle» à la différence des tristes nouvelles, qui habituellement, sont toujours transmises par le sage du village car des conseils de consolation[♦] doivent suivre. L'enseignant a donc transmis au nom de notre délégation 10 noix de colas toutes blanches dans quatre^{*} feuilles spéciales superposées utilisées

[♦] En milieu rural les habitants sont en général croyant mais un peu fatalistes. Donc à l'occasion des décès peu importent les circonstances de survenue le sage vous prie en tant que croyants de tout accepter car ce qui est arrivé n'est que la volonté de Dieu.

^{*}Le chiffre quatre est symbole de puissance qui est utilisé pour désigner l'homme dans le milieu des initiés. Il distingue l'homme de la femme qui elle s'identifie par le chiffre trois qui correspond aux trois blocs de pierre de son foyer sur lesquels elle pose sa marmite pour cuisiner.

seulement pour faire des emballages. Le tout attaché avec du fil blanc tissé, signe de «pureté» et du caractère «gai» du contenu du message. De plus, le présent comprenait aussi 10.000 FG et 10 litres de vin de palme. Ces présents ont fait le tour du cercle des sages pour terminer leur course aux mains du chef, avec de la part de chacun, un commentaire. Celui qui est chargé de la remise des présents, ne doit jamais rester debout devant le chef. C'est pourquoi il doit s'accroupir et tendre le paquet qui se trouve au centre de ses mains jointes en supination en attendant que le paquet soit pris et lui-même autorisé à se lever. Cette attitude devait être adoptée par tous ceux qui étaient chargés de transmettre les attaches au début de chaque entrevue.

Avant de donner une suite à un message ou de donner la parole au porteur d'une quelconque attache, les sages se retirent toujours pour défaire le paquet évocateur. Il est à noter que la couleur du fil qui se trouve à l'extérieur du paquet et qui annonce la nature pure et gaie du contenu de l'attache doit être confirmée ou infirmée par la couleur des colas. Car si le fil de coton avait été teinté de rouge et dans l'attache se trouvaient des noix de colas rouges, cela aurait signifié que le message leur aurait «rougi les yeux», c'est-à-dire les faire pleurer, donc annoncerait un décès. Et si l'attache avait été faite de fil rouge et contenait un mélange de colas rouges et blanches, cela aurait signifié qu'il s'est passé quelque chose de douloureux, mais pas au point de trop «rougir les yeux» de la communauté. C'est un des moyens de communication entre personnes initiées en milieu rural.

Après avoir offert les traditionnelles noix et autres présents, dans tous les cas, le comité des sages se retirait au grand complet puis revenait quelques instants après avec une attache de colas, un poulet et parfois avec un bidon de vin de palme. Cette offre était faite en retour pour nous signifier la bienvenue en suivant la même procédure de remise de cadeaux ou la procédure à suivre lorsqu'on s'adresse à des étrangers. À propos du cadeau de bienvenue qui dit que l'on est accepté, il est d'importance variable selon les moyens du responsable du groupe des sages. C'est seulement après l'accomplissement de ces rites que l'on demande le pourquoi de votre présence. Ce fût la procédure dans tous les villages visités à la différence que c'était plus cérémonial dans certains villages que dans d'autres selon les talents de l'informateur, le sens de l'humour des uns par rapport aux autres qui est un trait caractéristique du peuple forestier.

Toujours selon la coutume, 1000 Fg symboliques ont été remis à chaque informateur clé pour lui-même en guise de remerciement pour tout le travail déjà effectué et pour celui à venir. C'est en consommant les présents apportés par la délégation que les sages ont fixé avec les leaders d'opinion la date des différentes entrevues dans leur localité en tenant compte de celle des autres villages. Le suivi de la procédure décrite plus haut a facilité le reste du travail et suscité un intérêt particulier dans chaque village en plus de l'importance du sujet inscrit à l'ordre du jour. Ainsi, au terme de la visite dans les six villages le calendrier suivant a été retenu:

Tableau 3: Récapitulation des villages et dates des différentes entrevues

No	Villages	Date des différentes entrevues pour tous les villageois	Date des entrevues avec les différents groupes cibles
1	Brouadou	30 – 03 - 04	31- 03 - 04
2	Gbangadou	03 - 04 - 04	04 – 04 - 04
3	Komarö	07 – 04 - 04	08 – 04 - 04
4	Koffödou	10 – 04 - 04	11 – 04 - 04
5	Nyamandou	14 – 04 - 04	15 – 04 - 04
6	Gbélan	18 – 04 - 04	19 – 04 - 04

3.7.3. Préparation des entrevues dans les différents villages

Le comité des sages et les leaders d'opinion de chaque village ont fait parvenir à chaque crieur public (griot) quatre noix de cola, 1500 Fg et le message verbal suivant:

«Communiquez la date du retenue pour des rencontres avec une importante délégation qui nous viendra du dispensaire de Brouadou. La rencontre aura lieu à... et commencera à ...tout le monde y est invité ».

Chaque informateur clé avait la charge de l'aménagement du lieu des entrevues dans son village. L'entrevue s'est déroulée à la permanence du district à Brouadou, dans la cours du chef de district à Gbangadou, dans la cours de l'école à Komarö, et dans les trois autres cas nous avons été accueillis dans la cours du doyen des sages.

3.7.4 Les entretiens avec l'ensemble des villageois et avec les groupes cibles

Concernant les entretiens, le procédé a été le même pour tous les villages. Elles se sont étendues sur la période du 29 mars au 29 avril 2004 et duraient trois jours pour chacun des villages. Le premier jour de notre arrivée au village a été consacré à l'organisation matérielle des entretiens, à la prise des derniers contacts et aux visites de courtoisie dans certaines familles. Le deuxième jour était le jour de l'entretien avec tout le village, elle commençait concrètement à 19 heures et durait en moyenne 3 heures. Enfin, les entretiens avec les groupes cibles occupaient toute la troisième journée tel que suit: la matinée était occupée par le groupe cible des femmes à partir de 8 heures, le groupe cible des jeunes suivait à partir de 13 heures enfin celui des hommes à partir de 18 heures. En moyenne les discussions de groupe avaient une durée de 3 à 4 heures. Les entretiens pour tous les villageois capables de se déplacer ont été organisés en fonction de l'ordre du jour suivant :

- (i) explication du motif de notre présence,
- (ii) sensibilisation sur leur situation actuelle quant à la difficulté d'accéder aux soins,
- (iii) démonstration de l'intérêt qu'ils ont à appartenir à un groupement ou à une coopérative où ils sont solidaires et soucieux d'un changement positif commun
- (iv) une large explication et des commentaires du thème "organisation d'une mutuelle de santé" fondée sur la pratique de pré-paiement des soins de santé, et enfin,
- (v) la présentation de différents moyens de préfinancement : le paiement en espèce, le préfinancement en nature (café et cacao) et les journées d'investissement humain

(C'est-à-dire que ceux qui ne pourront pas payer avec de l'huile ou les noix et qui ne sont ni aveugles ni handicapés, pourraient faire un travail manuel dans les champs de la coopérative de santé ou de la mutuelle. Ce travail sera évalué et rémunéré ce qui permettra à cette catégorie de personne d'être membre à part entière de la mutuelle de santé).

La traduction de tout ce qui se disait était faite au fur et à mesure du français au kissi et vice-versa par l'informateur clé du lieu concerné. Chacun s'est exprimé à cœur ouvert car, disaient ils: "*C'est la première fois qu'on nous laisse dire ce que nous pensons sur un problème qui nous concerne directement*". Cela a été la raison de la longue durée de toutes nos rencontres. L'objectif visé était de s'assurer que tous les participants avaient la même compréhension de la problématique, des avantages et des contraintes liés aux modes de contribution qu'ils auraient choisis comme stratégie de lutte contre l'exclusion sociale et de promotion d'une participation communautaire significative.

3.8 Analyse des données

L'analyse des données a débuté au même moment que la collecte des données. Elle a consisté en une série d'activités:(Contandriopoulos, 1990) composée de

- (i) La préparation et la description du matériel brut;
- (ii) La réduction des données;
- (iii) Le choix et l'application des modes d'analyse
- (iv) L'analyse transversale des données;

3.8.1 La préparation et la description du matériel brut

Le matériel obtenu à partir de plusieurs entrevues était volumineux. Nous avons donc procédé au rassemblement, à la traduction et la transcription des grandes lignes qui ont été complétées par les enregistrements des entrevues et les notes d'observation. Tout cela était fait au fur et à mesure en vue de créer une banque de données ordonnées nous permettant de suivre les autres étapes de l'analyse.

3.8.2 La réduction des données

La compression des données a été effectuée de la façon adaptée de Miles et Huberman telle que décrite par Contandriopoulos et al (1990). Les données collectées ont été organisées par codification, repérage des thèmes et réalisation de regroupements. Cette organisation des données nous a permis de faire une rédaction sommaire du contenu de toutes les entrevues et d'aboutir aux différentes conclusions dont la synthèse a été faite à l'atelier de restitution au chapitre 4.3

3.8.3 Le choix et l'application des modes d'analyse

Dans ce travail, nous utilisons un mode d'analyse de cas. Le cadre conceptuel est basé sur le modèle PRECEDE et la théorie de "Force Field Analysis. Par ces deux modèles nous examinons la concordance des informations recueillies sur le terrain à celles empiriques dont nous disposons. Ainsi, seront pris en compte les facteurs de renforcement, de prédisposition, les facteurs facilitateurs et les forces de résistance au changement que sont la pauvreté, l'ignorance, certaines habitudes culturelles et les groupes d'intérêts opposés au changement. Le changement souhaité est la création de la mutuelle de santé et des coopératives économiques qui vont nettement améliorer les conditions de vie des populations bénéficiaires de la zone.

3.8.4 L'analyse transversale des données

Nous avons fait une analyse transversale à la recherche des informations qui se recoupaient en provenance des différentes entrevues vu que le questionnaire était le même pour tous les groupes.

CHAPITRE 4:
RÉSULTATS ET ANALYSE DES RÉSULTATS DE L'ÉTUDE DE FAISABILITÉ

4.1 Résultats des entrevues avec la population et les différents groupes cibles.

Dans le but d'avoir plus d'informations pertinentes sur les aspects à privilégier pour la faisabilité du projet un guide d'entrevues a été élaboré. C'est au tour de ce guide que toutes les entrevues ont eu lieu. Les résultats des différentes entrevues ont été traités et récapitulés dans les tableaux à trois colonnes : le commentaire de la population, les solutions proposées par le comité d'initiateur ainsi que les moyens disponibles et ceux qu'il faudrait chercher.

Tableau 4: Question 01 : Quels sont vos sentiments par rapport au centre de santé de l'Église à Brouadou? Donnez votre opinion sur le personnel et sur son fonctionnement.

Réponses et commentaires des participants	Solutions proposées	Ressources disponibles ou à trouver
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ce centre est un bien commun. ▪ Avant, dès que quelqu'un tombait malade, même la nuit, le prêtre venait le prendre pour aller le faire soigner. ▪ Nous sommes contents de la nouvelle de la reprise des activités du centre de santé avec l'arrivée de la sœur. Ce que nous savons aussi depuis que le centre de santé de Brouadou fonctionnait, les sœurs nous aidaient beaucoup dans le traitement même lorsqu'on n'avait pas d'argent. Que Dieu nous aide à réaliser l'idée que vous nous proposez afin de mettre ensemble ce que nous avons pour que même pendant la période de grandes pluies et de culture nous soyons capables de nous soigner sans souci d'argent. Nous souhaitons que l'objectif soit atteint le plus rapidement possible car notre santé dépend du centre de santé de Brouadou. Concernant le personnel, il travaille bien mais ne reste pas longtemps au service lorsque la responsable est absente. Ils sont peu nombreux par rapport aux malades. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recrutement de personnel additionnel. ▪ Prévoir des incitatifs financiers pour les travailleurs qui accepteraient de loger au village pour venir travailler au dispensaire. Améliorer les conditions de travail au dispensaire. ▪ Proposer un traitement salarial adéquat au personnel ▪ Mieux équiper le centre. ▪ Eviter que tout le travail du centre repose sur une seule personne. ▪ Assurer la continuité du fonctionnement du centre même en cas de déplacement du responsable. ▪ Redynamiser les activités du centre. ▪ Mettre rapidement en place la mutuelle de santé pour le bien être de la population locale. Demande de fonds pour soutenir les activités du centre. 	<p>Revenus du centre</p> <p>Chercher des donateurs.</p> <p>Des subventions à demander</p> <p>Demander la contribution de l'état par l'affectation du personnel qu'il paierait auquel le dispensaire accorderait des primes pour les encourager.</p> <p>Équipements médicaux</p> <p>Un camion de ramassage pour la mutuelle.</p>

Tableau 5: Question 02 - Quelles sont à votre avis les causes qui pourraient faire que les populations ne fréquentent pas le dispensaire?

Réponses et commentaires des participants	Solutions proposées	Ressources disponibles ou à trouver
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le manque d'argent. ▪ Le manque de moyen de transport pour le déplacement des malades graves. ▪ La méconnaissance de l'importance du centre de santé pour les gens qui vivent dans les montagnes. ▪ La non ouverture du centre de santé les jours fériés et les dimanches et lorsque la sœur est absente. ▪ Le mauvais état des pistes. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trouver un moyen de déplacement pour le transport des malades en cas d'urgence. ▪ Développer des activités génératrices de revenus pour les populations par les coopératives. ▪ Sensibiliser les populations pour qu'elles fréquentent le dispensaire ▪ Constituer et mettre en place au dispensaire des équipes de garde 24h/24. ▪ Entretien des pistes rurales. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Des espaces agricoles. ▪ Plantations. ▪ Les populations ▪ Ambulance ▪ Payer un salaire raisonnable au personnel.

Tableau 6: Question 03 - Quelles sont les principales sources de revenu dans votre communauté ?

<u>Réponses et commentaires des participants</u>
<ul style="list-style-type: none">▪ Les contrats de défrichage, de labours, de repiquage de riz, de désherbage des champs de riz ou de récolte obtenus dans le champ ou/et la plantation des plus nantis du village pendant la période des travaux champêtres.▪ La culture de l'arachide.▪ La culture du riz.▪ Le maraîchage,▪ La vente du palmiste.▪ La vente des filets de pêche▪ Le petit commerce.▪ La vente de l'huile rouge ou huile de palmiste.▪ La vente du café, colas, oranges cacao, fruits, bois de chauffage.▪ La vente d'animaux (bœufs, mouton, chèvres et volailles) ou du gibier.

Tableau 7: Question 4 -Que faut-il faire pour vous aider à améliorer votre revenu?

<u>Réponses et commentaires des participants</u>	<u>Solutions proposées</u>	<u>Ressources disponibles ou à trouver</u>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nous organiser en groupements et renforcer notre union. ▪ Avoir un consensus sur le choix stratégique et les contributions. ▪ Avoir les encadreurs pour le suivi des groupements. ▪ Orienter le choix des responsables des groupements sur des personnes sérieuses. ▪ Avoir les bœufs de labour. ▪ Avoir les crédits agricoles. ▪ Avoir les engrais. ▪ Aménager les bas-fonds. ▪ Avoir les semences améliorées de riz. ▪ Avoir les produits phytosanitaires. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cotisation des membres ▪ Micro-crédits pour groupements et pour individus. ▪ Assistance technique ▪ Technicien en aménagement ▪ Equipement ▪ pour aménagement ▪ Banque de semences 	<p>Trouver un financement pour octroyer des micro-crédits aux groupements et aux individus. Ses micro-crédits devraient être payable en nature.</p> <p>Embaucher un technicien en aménagement, Un agronome</p> <p>Trouver et faire louer par les coopératives et tous les équipements indispensables pour les travaux champêtres à coût très raisonnable pour aménagement et pour le travail agricole.</p> <p>Création d'une banque de semences</p>

Tableau 8: Question 5 -Y-a-t-il des coopératives agricoles dans votre zone?

Réponses et commentaires des participants
<ul style="list-style-type: none">▪ Non, mais il existe des associations dans la localité pour les travaux champêtres, l'extraction de l'huile etc. avec des appellations différentes (Benda, femmes catholiques, Nouveauté, Sérieux, Soukara, maraîchers, Pikiés, Protestants, Néo apostolique, Maraa2[♦] des hommes, des femmes et des jeunes). Mais après quelques temps de fonctionnement les gens sont déçus du comportement des organisateurs, donc les personnes sérieuses se retirent, il faut recommencer avec une autre personne ou avec un autre groupe.

[♦] Entraide dans le dialecte du milieu

Tableau 9: Question 06 - Connaissez-vous les tontines, quelles sont vos expériences les plus récentes?

<u>Réponses et commentaires des participants</u>	<u>Solutions proposées</u>	<u>Ressources disponibles ou à trouver</u>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Oui nous connaissons les tontines, il y a des tontines en nature et en espèces ou par le travail manuel. ▪ La tontine c'est s'associer et regrouper de l'argent dans le but de résoudre des problèmes. ▪ Dans la tontine en nature (riz), chaque personne donne un sac par an selon la convention puis la totalité des sacs est remis à une personne jusqu'à ce que tout le monde soit servi. Vous pouvez recommencer ou arrêter. ▪ C'est apprendre la gestion des biens communs. ▪ La tontine peut amener la confiance et l'entente entre les membres, mais aussi les histoires, le doute par le manque de confiance si les responsables ne sont pas crédibles. <p>La tontine permet de connaître la personne dans son comportement. Mais il faut aussi dire qu'il y a souvent la trahison et le détournement. C'est pourquoi si ce sont les sœurs qui organisent, nous allons tous venir. Elles ne détourneront pas notre avoir.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elire comme des personnes crédibles. ▪ Drainer les produits de cotisation au centre de stockage, sous la responsabilité du membre désigné à cet effet. 	<p>Magasin de stockage. Camion de ramassage</p>

Tableau 10: Question 07 - Pensez-vous que la Congrégation des sœurs de notre Dame de Guinée pourrait vous aider à organiser des formes de tontines pour faciliter votre accès aux soins de santé?

<u>Réponses et commentaires des participants</u>	<u>Solutions proposées</u>	<u>Ressources nécessaires</u>
<p>Oui à condition que :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ - Les sœurs oublient le mal que certains leur ont fait et qu'elles voient notre détermination réelle . ▪ -Il y ait existence de confiance entre nous tous (populations) et la Congrégation des Sœurs de Notre Dame de Guinée ▪ La communauté soit disponible à encourager les sœurs ▪ Il y ait une continuité des activités du dispensaire et la stabilité du personnel ▪ Le partenariat noué consolide la collaboration avec les sœurs. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Respect des délais de paiement des cotisations pour la mutuelle. ▪ Réorganiser la fonction des différentes équipes de travail du dispensaire. ▪ Respect des engagements des parties prenantes. ▪ Mise en place d'un système transparent de gestion. ▪ Implication active des populations dans la mutuelle. ▪ Améliorer les conditions de travail du personnel et mettre à leur disposition des mesures incitatives. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recrutement de personnel additionnel. ▪ Bureaux et logistiques. ▪ Fournitures de bureau. ▪ Budget de fonctionnement.

Tableau 11: Question 08 - Nous avons parlé de deux formes de participation à la mutuelle: la première par un versement en nature et la seconde par un versement en espèces. Quelle est celle qui serait la mieux adaptée aux réalités de votre communauté? Quels devraient être les quotas annuels raisonnables?

<u>Réponses et commentaires des participants</u>	<u>Solutions proposées</u>	<u>Ressources disponibles ou à trouver</u>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vendre les produits agricoles, puis verser en espèce entre 1000 FG et 20 000 FG (soit 05 à 10 \$ US) par adhérent. ▪ Nous préférons la contribution en nature (le riz, l'huile, le café, les palmistes) car nous sommes des cultivateurs. Nous proposons entre 10 kilos et 100 kilogrammes de palmistes concassés; 10 à 50 kilo de riz net; ou de 20 litres d'huile de palme par adhérent et par an. ▪ Nous ne préférons pas la contribution en espèce, car l'argent est difficile à trouver dans ce milieu. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Que le produit agricole à utiliser pour le préfinancement soit l'huile rouge car sur les 18 groupes de discussion 14 l'avaient comme premier choix, 12 avaient comme 2ème choix les noix de palmiste. ▪ Aider les paysans à mieux vendre leurs produits 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Des contenants vides. ▪ Moyens de déplacement. ▪ Concasseuse pour les noix de palmiste ▪ Presse à huile

Tableau 12: Question 09: -Qu'est-ce qui pourrait entraver le bon fonctionnement d'une telle mutuelle?

Réponses et commentaires des participants	Solutions proposées	Ressources disponibles ou à trouver
<ul style="list-style-type: none"> ▪ la mauvaise qualité des soins et de l'accueil qui pourrait décourager les adhérents ▪ le non acquittement des cotisations par les adhérents ▪ le déournement des cotisations ▪ l'absence de personnel traitant les jours fériés ou fin de semaine ▪ le manque de médicaments ▪ l'ignorance de certains membres de la population quant aux bénéfices d'une mutuelle communautaire ▪ la pauvreté ▪ l'enclavement (mauvais état des pistes) ▪ le non respect des engagements entre mutualistes et les structures de santé ▪ le mauvais fonctionnement des groupements agricoles ▪ le manque de confiance ▪ le traitement inégal des différents adhérents ▪ la mauvaise gestion des ressources (humaines et matérielles) de la mutuelle. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'amélioration de la qualité de l'accueil et des soins. ▪ Paiement à temps des cotisations ▪ Mise en place d'une gestion rigoureuse des cotisations de la mutuelle. ▪ Approvisionnement constant du centre en génériques. ▪ Sensibilisation et information des populations sur les avantages de la mutuelle. ▪ Respect de l'équité d'accès aux soins pour tous 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Personnel compétent. ▪ Equipement. ▪ Fourniture en équipement et médicaments

Tableau 13: Question 10 -Quelles pourraient être les périodes les plus indiquées pour le ramassage des produits qui auront été retenus comme moyen de cotisation ?

<u>Réponses et commentaires des participants</u>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Huile rouge: mars- avril ▪ Palmiste: juillet -août ▪ Riz paddy ou net: décembre- janvier ▪ Café: janvier- février

Tableau 14: Question 11 (au personnel soignant) :

Quelles peuvent être vos difficultés pour la mise en place d'une mutuelle communautaire de santé ?

<u>Réponses et commentaires des participants</u>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ la pauvreté généralisée au sein de la population ▪ L'individualisme qui se développe au sein de la communauté. ▪ le manque de moyens logistiques pour le déplacement ou l'évacuation des malades ▪ le manque de médicaments ▪ le salaire réduit ainsi que l'insuffisance du personnel en comparaison au volume de travail ▪ l'absence de formation continue ▪ la rotation du personnel qui handicape la performance de chacun dans un domaine précis ▪ le manque de motivation du personnel. ▪ Le petit nombre de salles de travail

Tableau 15: Question 12.1 Que faut il faire pour qu'une telle entreprise n'échoue pas?

Réponses et commentaires du personnel	Solutions proposées	Ressources disponibles ou à trouver
<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'agrandissement, l'équipement et le recrutement de personnel additionnel du dispensaire ▪ La scolarisation des enfants. ▪ La maîtrise de l'économie. ▪ l'organisation des groupements. ▪ Le respect des conventions. ▪ Avoir une couverture sanitaire efficace. ▪ Faire des rencontres périodiques. ▪ Mise en place des responsables pour orienter les activités. ▪ Avoir un quota appréciable par adhérent. ▪ Éviter la rupture des médicaments. ▪ Éviter de se faire préjugés sur les autres. ▪ Avoir une communication directe entre le malade et le traitant. ▪ L'entente et compréhension entre les adhérents et avec les responsables de la mutuelle. Entente entre les responsables de la mutuelle et du dispensaire. ▪ La transparence des chefs qui vont être élus pour travailler avec les sœurs ▪ L'honnêteté dans le travail. ▪ Avoir un règlement intérieur et statuts. ▪ Avoir un personnel traitant disponible, respectueux et aimable. ▪ Encourager le personnel traitant. ▪ Sensibiliser les communautés à se mobiliser autour de leur projet. ▪ Avoir une bonne collaboration entre le chef du projet et le personnel traitant. 	<p>Acceptation des propositions du personnel.</p>	<p>Terrain disponible, mais ressources matérielles et humaines compétentes à trouver</p>

Tableau 16: Question 12.2 Pensez-vous que votre structure peut faire face à la gestion d'une telle assurance?

Réponses et commentaires du personnel
<ul style="list-style-type: none">• Oui mais à condition que les responsables prennent en compte les suggestions du personnel pour l'agrandissement, l'équipement, la motivation du personnel, la restructuration du dispensaire et le recrutement d'un personnel additionnel.• Faire une très bonne sensibilisation suivant le plan déjà proposé.• Une intervention du dispensaire et de la mutuelle à l'école pour permettre au personnel du dispensaire a venir s'installer à Brouadou avec la famille et inscrire les enfants à l'école.

En guise de solutions aux problèmes relevés par les questions posées lors des entrevues, nous avons regroupé les ébauches de stratégies pour y remédier, en trois grands volets:

La confiance mutuelle entre les membres.

Dans ce premier thème, les participants ont proposé que les préjugés soient mis de côté au profit d'un nouveau départ et que l'accent soit mis sur le respect des engagements du comité des initiateurs du projet et de la population. Ils sont déterminés à lutter contre les détournements de bien commun par les personnes impliquées dans la gestion de la mutuelle à quelque niveau que ce soit. Aussi un accent particulier devrait être mis sur la franche collaboration qui devra exister entre les mutualistes, le personnel du dispensaire de Brouadou et celui de l'hôpital de référence.

L'accessibilité aux soins.

À propos de l'accessibilité aux soins, des points importants ont été retenus comme le fait de fixer un quota équitable par famille adhérente, d'éviter une rupture de stock des médicaments, d'assurer un meilleur service à tous les membres sans discrimination. Pour les mutualistes qui habitent loin du centre, considérer comment nous pourrions prendre en charge une partie ou la totalité du transport en cas de maladie grave. Ou simplement les faire chercher par la moto puisque pour les zones difficiles d'accès c'est le moyen le plus pratique. Aussi, la sensibilisation et la conduite de la suite des activités devront amener les communautés à se sentir réellement à la fois responsables, propriétaires et bénéficiaires de la mutuelle.

La bonne gestion.

S'agissant de la bonne gestion, il a été retenu que l'organisation des rencontres périodiques d'information aux membres est capitale pour éviter les rumeurs et les suspicions. Les participants ont également demandé la mise en place de responsables chargés d'orienter les différentes activités de manière à être en accord avec le guide de fonctionnement de la mutuelle. L'assemblée a aussi insisté sur les incitatifs pour le personnel soignant sans lesquels les résultats escomptés pour une bonne gestion ne pourraient être atteints.

4.2 Expérimentation de l'extraction de l'huile de palme et des palmistes

Durant les focus groupes qui sont devenus assemblées parce que tous les villageois ont décidé d'assister à toutes les rencontres, le souhait de pré-financer les soins avec l'huile de palme et les noix de palmistes de préférence au café était souvent revenu dans les interventions. En effet, selon eux c'est le produit le plus accessible pour tous. L'objectif de ce travail est d'aider la population à se créer de meilleures conditions d'accès aux soins. S'il faut accepter qu'elle pré finance ses soins, nous devrions chercher aussi à alléger le travail qui leur permettrait la concrétisation de ce rêve. Dans le souci donc de quantifier le volume de travail que cela pourrait leur demander d'une part, et d'autre part, de nous entendre sur un quota raisonnable et réaliste, nous avons jugé opportun de faire à titre expérimental de l'extraction d'huile de palme et d'avoir aussi une certaine quantité de palmiste (noix) avant la rencontre. Cela a facilité les échanges et la prise de décision s'est faite sans trop de polémique. Afin de rendre cette idée concrète avant l'atelier de restitution, nous avons procédé à une extraction expérimentale et voici comment :



Figure 6: Un grimpeur entraîné de couper un régime de palmier à huile



Figure 7: Un tas de régimes de palme



Figure 8: Transport des régimes au lieu d'extraction



Figure 9: grappes de palme



Figure 10: Noix de palme



Figure 11: Différentes étapes de l'extraction proprement dite



Figure 13: Étape 2



Figure 14: Etape 3



Figure 15: étapes 4



Figure 16: étapes 5



Figure 17: Décorticage manuel des noix de palme



Figure 18: Decortiqueuse mécanique

Nous avons trouvé un grimpeur de palmiers qui a coupé un mélange de 16 gros et petits régimes. Nous avons extrait séparément à partir d'un gros régime environ un litre d'huile. Par contre l'extraction faite à partir du mélange de 15 gros et petits régimes a donné 12 litres. Il a été fait de même pour les noix de palmiste. 100 kg de noix non concassées ont été achetées. Après concassage et séchage de ces 100kgs de noix non concassées 50 kgs de noix nettes ont été obtenus. Ainsi le temps de travail nécessaire pour l'obtention de 10 litres d'huile de palme a pu être estimé à 26 heures pour 3 femmes et 2 hommes. L'obtention de 50 kgs de noix de palmiste concassées manuellement a duré 36 heures de travail pour 5 femmes.

Toujours à titre expérimental, nous avons loué une décortiqueuse pour savoir le temps mis par cette machine à décortiquer 100 kgs de noix. À partir du temps de remplissage manuel de la cuvette de la machine avec des noix non concassées jusqu'à l'obtention des noix nettes le temps de travail a duré 50 minutes payantes à 10000fg. C'est fort de ces résultats que nous sommes allés à l'atelier de restitution. D'après les paysans la décortiqueuse mécanique est très rapide et facilite le travail certes mais il est très coûteux disent-ils.

Il serait opportun que le projet se trouve une décortiqueuse qui serait placée au lieu de stockage et que une presse à huile soit trouvée que chaque famille membre de la mutuelle pourraient louer à tour de rôle. La possession de ces deux outils pourrait considérablement faire évoluer la notion du temps de travail et augmenter considérablement la quantité de produits qu'ils obtiennent en utilisant les méthodes ancestrales en comparaison à l'usage de la technologie actuelle. Car ces deux activités menées de façon traditionnelle sont fastidieuses.

4.3 Atelier de restitution des résultats de l'enquête sur le préfinancement des soins de santé au dispensaire de Brouadou

Le 6 mai 2004 s'est tenu, dans la salle polyvalente de la paroisse de Brouadou, l'atelier de restitution des résultats de l'étude de faisabilité pour le préfinancement afin de faciliter l'accès de la communauté aux soins de santé. L'atelier s'est déroulé en une

journée. Il était présidé par le sous-préfet de Beindou. Les personnes qui y ont pris part sont le curé de la paroisse de Brouadou, le responsable de la ligue Islamique de la sous-préfecture de Beindou, l'Imam de la mosquée de Brouadou, le pasteur de l'église protestante évangélique de Brouadou, de Beindou, et de Komaro. Il y avait aussi le président du district de Brouadou, ainsi que deux représentants de chacun des groupes cibles d'entrevues en provenance des différents villages et secteurs de l'aire géographique du dispensaire. Il y avait donc deux hommes, deux femmes et deux jeunes de chaque village. Les prestataires des soins de santé du dispensaire de Brouadou, tous les informateurs clés et un fidèle représentant de chaque groupe religieux ont également pris part à cet atelier.

4.3.1 Déroulement de l'atelier

L'atelier s'est déroulé en un jour suivant le plan ci-dessous mentionné:

- L'allocution de bienvenue par la sœur Emilie Da-sylva représentante de la Congrégation des Sœurs de Notre Dame de Guinée.
- L'intervention du curé de la paroisse de Brouadou.
- Le discours d'ouverture du sous-préfet de Beindou.
- La définition des objectifs de l'atelier par un des informateurs
- La présentation des résultats de l'enquête par un autre
- Le débat sur les questions et réponses des participants.
- Le consensus sur les produits et le quota à verser.
- L'élaboration du programme d'activités de la sensibilisation de relance
- Le discours de clôture de l'atelier.

4.3.2. Objectif général de l'atelier de restitution

Présenter les résultats de l'étude de l'enquête qui a été faite sur le préfinancement des soins de santé. Il a été également le moment de **définir** un cadre consensuel d'orientation pour la mise en place des mécanismes de solidarité à travers une stratégie de préfinancement des soins de santé. Mais surtout celui de **réduire** l'exclusion aux services de santé que connaît une grande partie de la communauté locale de la zone d'étude.

4.3.3. Objectifs spécifiques

- 1) Amener la communauté, les leaders d'opinion et tous les responsables concernés par la structure sanitaire à une acceptation commune :
 - a) des principaux problèmes d'accès de la communauté aux soins de santé.
 - b) d'un paquet minimum de services de santé à offrir en réponse aux principaux problèmes de santé du milieu ;
 - c) des critères et indicateurs de qualité de soins, valables tant du point de vue de la communauté concernée que celles des responsables de la structure sanitaire qui prendrait soins des mutualistes.
- 2) Définir des axes consensuels d'orientation pour explorer plusieurs stratégies en vue de faciliter l'accessibilité aux soins de santé.

4.3.4. Principaux résultats attendus

- Une liste des problèmes prioritaires de santé à affronter dans le cadre d'une organisation de solidarité en santé (type mutuelle de santé devrait être adoptée d'un commun accord par les représentants de la communauté et les responsables des structures de santé.
- Une liste des principales sources de revenus et les indicateurs de leur amélioration. L'organisation de chaque village en coopérative économique par les initiateurs du projet afin d'améliorer leur productivité donc leur revenu devrait aussi être adoptée par les populations et les initiateurs. Ceci leur permettrait de faire face aux besoins élémentaires et faciliterait l'accès aux soins de santé.
- L'acceptation de la mutuelle de santé avec une participation en nature et la détermination du quota annuel par famille,
- La détermination des indicateurs pouvant permettre de faire une évaluation des stratégies pour le bon fonctionnement de la mutuelle
- Un programme de travail pour la promotion des activités de la mutuelle au sein de la population desservie par le dispensaire (sensibilisations).
- Un chronogramme indicatif couvrant les derniers mois de la phase préparatoire jusqu'au lancement de la mutuelle devront être votées à l'unanimité.

4.3.5 Consensus au cours de l'atelier de restitution

Les deux parties (la Congrégation des Sœurs Notre Dame de Guinée qui travaille sous le couvert de l'archevêché de Kankan et le comité des initiateurs d'une part et la population d'autre part) ont pensé qu'il serait nécessaire de trouver des voies et des moyens pour permettent aux mutualistes d'avoir des sources de revenu sûres, d'améliorer la production et la commercialisation des produits agricoles dans le cadre des activités destinées à la création de l'autonomie des villageois pour la survie de la mutuelle de santé communautaire.

La recherche d'une concasseuse qui sera installée au siège de la mutuelle afin de faciliter le concassage des noix de palme pour les mutualistes qui opteraient pour le paiement avec les noix.

Les autres suggestions de la population pour améliorer leur productivité comme l'envoi d'engrais ou de semences seraient analysées ultérieurement par la Congrégation des Sœurs de Notre Dame de Guinée, l'évêché et le comité d'initiateur, ou d'autres intervenants dans un projet séparé.

4.3.6 Le choix du genre de mutuelle à mettre en place pour le milieu rural de Brouadou:

- Une mutuelle où la contribution se ferait en nature avec des produits comme les noix de palme et l'huile rouge.
- Il a été retenu comme quota, après extraction expérimentale, 60 litres d'huile de palme ou 80 kg de noix de palmiste par famille de dix membres et par an y compris les frais d'inscription.
- La période de versement prévue est pour:
 - l'huile rouge (huile de palme): Mars-Avril.
 - le palmiste (noix): Mai-Juin

4.3.7 Les situations pouvant engendrer la faillite dans la gestion de la mutuelle ou entraîner l'échec de la mutuelle.

Discutant des éventuelles difficultés pouvant entraîner l'échec de la mutuelle, les différentes parties ont mis l'accent sur :

- La sur-utilisation des services de santé par les mutualistes vu qu'il n'y a plus de paiement à l'acte à faire avant de consommer des soins.
- Le manque de collaboration franche entre les membres de la mutuelle et leurs responsables d'une part et d'autre part entre les responsables de la mutuelle et ceux du dispensaire ou de l'hôpital de référence.
- La méconnaissance des responsabilités de chaque intervenant.
- La non continuité des activités du centre de santé après le début de la prise en charge des mutualistes.
- Le non respect de la période de collecte des cotisations en nature; cette période devrait à chaque fois être signalée par le comité d'initiative ou les responsables.
- Le manque de manutentionnaires et de véhicules pour le ramassage des produits collectés.
- Le non entretien des pistes rurales par les communautés riveraines.
- Le manque de personnel pour la prise en charge des cas d'urgence qui se présenteraient au dispensaire en dehors des heures normales d'ouverture.
- Le manque d'un suivi adéquat des activités de la mutuelle et des coopératives économiques.

4.3.8 Suggestions du personnel soignant et de la population pour palier aux difficultés futures

Dans le souci de prévenir les éventuelles difficultés qui pourraient survenir il a été envisagé ce qui suit :

- La consultation des services de santé en temps opportuns en cas de maladie.
- L'utilisation efficiente d'un protocole thérapeutique pour les prescriptions médicales.
- Le renforcement de la collaboration et du travail d'équipe.
- L'entretien des pistes rurales par les communautés elles-mêmes.

- La mise en place d'une équipe permanente qui se chargerait de la collecte des produits et s'assurerait de la régularité des cotisations.
- Faire un suivi permanent des activités du centre et des coopératives économiques
- Exiger la présentation de la carte de membre avec une photo avant la consommation des soins de santé.
- L'introduction du ticket modérateur dès le début des activités de la mutuelle
- Élaborer un programme de sensibilisation permanente.
- La population et le comité des initiateurs se sont montrés très satisfaits du travail qui a été fait par l'ensemble des participants. Cependant ils souhaiteraient que des actes concrets suivent sans trop de délais.

4.4. Analyse et discussion des résultats

Les résultats de cette étude seront analysés et discutés sur la base du cadre conceptuel (figure 5). Nous commencerons par l'analyse et la discussion des facteurs prédisposant qui seront suivies de celles des facteurs facilitateurs et facteurs de renforcement qui contribuent à créer les forces de propulsions. Nous terminerons cette partie par l'analyse et la discussion des facteurs de résistance à l'acceptation et la mise en place de la mutuelle.

4.4.1 Analyse et discussion des facteurs prédisposant

Parmi les forces retrouvées dans cette population, nous pouvons citer entre autres: les habitudes socioculturelles de formation d'association pour l'exécution des travaux champêtres, les associations d'épargne et de crédits ainsi que les tontines*. On pourrait également considérer comme avantage le fait qu'il s'agisse d'une population qui est à la recherche d'une amélioration de son bien être en conservant et en ne sous-estimant pas la tradition ancestrale d'entraide. Les éléments du système de soins propre à notre contexte et qui prédisposent à l'implantation de notre projet sont essentiellement l'existence d'un embryon de structure de prise en charge sanitaire en place (dispensaire de Brouadou et l'hôpital de référence de Kissidougou) et la bonne réputation des services de santé de

* Association de personnes versant régulièrement de l'argent à une caisse commune dont le montant est remis à tour de rôle à chaque membre. Dans les villages, par manque d'argent les paysans organisent des tontines avec ce qu'ils produisent (Petit Robert 2002)

l'Église dans la communauté, la confiance aveugle que ces populations ont vis-à-vis de religieuses qui ont toujours dirigé ce centre. Ainsi les éléments suivants auront retenu notre attention:

4.4.1.1 Utilisation et opinions des populations sur les services de santé de l'Église.

À la lumière de la perception des communautés, le centre de santé de Brouadou fonctionnait à leur entière satisfaction de mi- 1999 à 2002. Les malades étaient accueillis et bien traités, la plupart d'entre eux recevaient des soins bien qu'ils ne disposaient pas de moyens financiers. Ils donnaient le riz, le poulet, l'huile de palme ou de palmiste ou la banane Plantin, il y avait aussi les malades qui ne pouvaient rien donner et qui devraient être soignés vu qu'ils venaient de loin. Toujours dans le souci d'étendre la couverture médicale, le personnel se déplaçait vers les zones enclavées et surtout démunies puisqu'il est plus facile, plus rapide et moins coûteux de déplacer quatre personnes, bien que chargées de médicaments et autres équipements, que de le faire pour des personnes âgées, malades, munies de cannes. La communauté locale reconnaît l'importance du bon fonctionnement du dispensaire de santé de Brouadou. Cependant, elle déplore le fait que tout le pouvoir décisionnel soit lié à une seule personne en l'absence de laquelle tout est paralysé. La mise en place d'une telle mutuelle avec une bonne équipe de gestion, un partenariat dispensaire mutualistes appuyé un contrat imposera une restructuration, une meilleure organisation du dispensaire et une décentralisation du pouvoir décisionnel. Le partenariat dispensaire mutualistes permettra aussi au dispensaire d'avoir une source de financement certaine pour se procurer les médicaments en permanence, donner des soins de qualité accessible au besoin.

La tradition d'utilisation du dispensaire est un atout que les initiateurs du projet et les responsables du dispensaire devraient exploiter. Il ressort des différentes discussions que la population de Brouadou et des villages environnants comptent sur le dispensaire de Brouadou depuis plusieurs décennies pour l'amélioration de leur santé. Ces communautés seraient donc prêtes à faire des compromis pour éviter désormais la fermeture dudit dispensaire et éviter le fréquent changement des éléments de la classe dirigeante. À l'exemple des mutuelles comme celles de Bwamanda en RDC et celle de Thiès au Sénégal, l'objectif primordial est d'améliorer l'accessibilité des communautés aux soins hospitaliers et le fonctionnement des hôpitaux. Tout en assurant un meilleur fonctionnement du

dispensaire de Brouadou, la mutuelle aura surtout pour objectif de favoriser la prise en charge des cas nécessitant des soins d'urgence non spécialisés vu que le dispensaire n'est ni autorisé ni équipé pour donner des soins spécialisés. Ainsi la mutuelle éviterait l'occurrence des situations affligeantes parce que les populations n'auront plus d'empêchement à aller se faire soigner au besoin. Comme mentionné plus haut un partenariat sera mis en œuvre entre les mutualistes et le dispensaire d'une part, et entre le dispensaire et l'hôpital de référence d'autre part afin de pouvoir résoudre tous les problèmes de santé nécessitant des soins spécialisés au besoin le paquet minimum de chacune des deux structure se trouve détaillé dans le chapitre 5 au 2.1.

Dirigé par un médecin le personnel prend le risque de posé des actes qui ne sont pas autorisés dans un dispensaire à cause des urgences et surtout parce que surtout parce que sur dix malades référés un seul se rend à temps à l'hôpital, trois ou quatre traînent au village à la recherche de moyens financier. Les autres sont contraints de retourner chez eux et se contenter des tradipraticiens. C'est pour toutes ces raisons que certains souhaits seront clairement émis dans les recommandations pour n'avoir pas à référer les cas pouvant être correctement pris en charges sur place avec un équipement adéquat et des médicaments.

4.4.1.2. Pratique ancestrale d'entraide

Une solidarité ancestrale existe dans cette communauté pour l'exécution des travaux et la formation d'association pour la tontine. Selon cette perspective, les habitudes socioculturelles d'entraide qui sont enracinées dans cette société sont des facteurs prédisposant à ne pas perdre de vue. Il est reconnu que les paysans s'organisent chaque année en groupe (hommes, femmes et jeunes) de culture pour exécuter leurs travaux de défrichement, de labour, de désherbage et de cueillette. C'est ainsi que ces populations arrivent avec le nombre de bras valides à compenser le manque d'outils et d'équipements de travail. La tontine quant à elle peut être en nature ou en argent. Chaque membre du groupe de tontine verse la quantité (de biens en nature ou en argent) demandée mensuellement ou trimestriellement et la totalité est remise à une seule personne jusqu'à ce que chaque participant ait effectué ses cotisations et bénéficié du versement de chaque membre. Et lorsque tous les membres de la tontine sont servis ils peuvent alors décider de continuer ou d'arrêter la tontine.

4.4.2 Analyse des facteurs facilitateurs

4.4.2.1. Appui du gouvernement guinéen.

Lors de la cueillette des données, nous avons observé plusieurs facteurs facilitant. Le projet peut compter sur l'appui institutionnel de l'hôpital de référence et sur l'appui de la direction préfectorale de la santé qui cherchent des voies et moyens pour faciliter l'accès aux soins de santé primaire à toute sa population. Lors d'une rencontre, le directeur de l'hôpital de référence a promis de faire des prix spéciaux aux mutualistes pour leur favoriser l'accès aux soins selon les besoins. En vue de concrétiser les objectifs de la conférence internationale d'Alma Ata et l'initiative de Bamako, la communauté internationale est favorable à la promotion des mutuelles de santé à coût raisonnable dans les pays en développement. Ceci pour réduire l'exclusion des pauvres du système de santé et des équipements modernes par le recouvrement des coûts dans le programme de financement des prestations de services.

L'appui du gouvernement dans le succès des mutuelles de santé est reconnu par plusieurs recherches, ainsi que son rôle politique dans les réformes du système de santé (Thomas et Gilson, 2004 ; Bloom et Shenglan, 1999 ; Liu, 2004). En Afrique du Sud, malgré 10 années de débat et d'analyse, aucun système d'assurance sociale n'a encore eu un support suffisant pour sa mise en œuvre. Ceci est lié à l'absence du soutien d'acteurs puissants comme le soutien du Ministère de la Santé et celui du Trésor (Thomas et Gilson, 2004). Le gouvernement guinéen, après avoir observé que la mise en place des soins de santé primaire n'a pas résolu les problèmes de santé des populations à entière satisfaction, s'investit actuellement dans la mise en place des mutuelles de santé.

Le rapport de l'atelier sur les relations payeurs et prestataires (Galland/CIDR, 2003) qui a eu lieu à Cotonou du 20 au 22 janvier 2003, a été une occasion pour les représentants des gouvernements présents de plaider devant les bailleurs de fonds réunis en faveur des populations défavorisées qui souhaiteraient améliorer leur accessibilité aux soins de santé par la mise en place de mutuelles de santé.

Le projet peut également compter sur l'appui des dirigeants de l'Église Catholique de Guinée qui ont des activités reconnues par tous et très orientées vers les milieux défavorisés du pays. Nous notons aussi que la population adhère facilement à tout ce qui est lié à l'Église. La pauvreté des populations de cette région dispose toutes les personnes qui sont bien informées, à soutenir un tel projet de développement (en vue de l'amélioration des conditions des plus défavorisés). Ainsi, nous avons découvert, pendant notre séjour sur le terrain, qu'à tous les niveaux hiérarchiques, les responsables de l'Église de Guinée étaient prêts à apporter leur soutien matériel et moral pour la réussite de ce projet.

La confiance de la population vis-à-vis de tout ce qui est entrepris par les sœurs religieuses ainsi que le capital de confiance dont dispose le dispensaire sont autant de raisons en faveur de la participation massive de la population pour l'établissement de la mutuelle de santé.

4.4.2.2. Amélioration des conditions économiques.

La région forestière bénéficie de conditions climatiques exceptionnelles pour la production agricole. Il est important de noter ici qu'il y a une catégorie de la population (les plus démunis) qui accumule des dettes générées par la culture agricole (ex. la semence peut être achetée à crédit et sera remboursée au double lors de la récolte). Dès cet instant, un cercle vicieux s'installe qui est entretenu par le fait que les plus pauvres ne peuvent pas cultiver parce qu'ils ne possèdent pas de terres ou s'ils en possèdent ils n'ont pas les conditions minimales requises qu'il faut pour assurer une bonne récolte. (ex : clôturer le champ, le manque d'instruments qui doit être compensé par une main d'œuvre abondante qu'il faut nourrir, etc.).

Aussi le pauvre n'a pas d'autre alternative que de continuer à s'endetter s'il veut vivre. Le pauvre est aussi plus souvent affecté par la maladie qui l'empêche de travailler. Or, l'incapacité de travailler le maintient dans la pauvreté puisqu'il ne peut aller chercher, par son travail, les ressources nécessaires pour se nourrir et se soigner. Pour les soins et autres besoins celui qui a de l'argent le prête avec intérêt. Par exemple, quand vous empruntez 10.000fg chez quelqu'un pendant la culture, à la récolte vous lui remettez un sac de riz d'une valeur de 50 000fg. Ce qui confirme la réalité malheureusement trop répandue

selon laquelle les pauvres sont toujours les plus exploités. D'où une grande crainte de la pénurie chez les populations rurales durant la période de culture. La formation de coopératives économiques qui aident les populations à améliorer leur situation économique a fait ses preuves. Cette stratégie est inspirée des exemples des mutuelles établies à Bwamanda en RDC, au Rwanda et en Bolivie.

Nous ne perdrons pas de vue que le niveau de l'économie dans une région a une influence certaine sur la survie de la mutuelle communautaire de la région. Ainsi, en Chine une grande majorité des populations rurales étaient membres d'un plan de pré-paiement de santé dans les années 1970 mais la transition à l'économie du marché, qui a fait passer le système de production collective à l'agriculture privée, a fait chuter tout le système et les mutuelles communautaires ont fait faillite (Bloom et Shenglan, 1999 ; Liu, 2004).

4.4.2.3. Analyse des facteurs de renforcement

4.4 2.4. Qualité des soins et micro-crédits.

La qualité des services fournis aux adhérents de la mutuelle (c'est-à-dire les soins adéquats donnés de façon efficace et à temps) constitue un gage certain du maintien de leur affiliation à la mutuelle. Cette qualité des soins sera continuellement évaluée par la mise en place, comme en Chine, d'un comité des usagers (Bloom et Shegla, 1999) qui interagirait directement avec les responsables de la mutuelle et qui en même temps serait en contact direct avec les mutualistes. Aussi, les mutualistes bénéficieraient de micro-crédits ce qui serait pour eux un véritable incitatif.

L'engouement des affiliés et l'attrait de nouveaux membres à la mutuelle seront maintenus par le degré de satisfaction des mutualistes. Ces mutualistes bénéficieront des soins à travers la mutuelle. L'accent sera mis sur la qualité des prestations et sur le délai minimal pour la prise en charge des urgences. Aussi, les bénéfices de la mutuelle liés à l'obtention de micro-crédits, la formation et l'information pourraient être un véritable moyen incitatif au renouvellement de l'adhésion à la mutuelle. L'efficacité de cette stratégie de micro-crédits a été reconnue dans les mutuelles de Bungwe et Rushaki au Rwanda.

4.4.2.5. Analyse des facteurs de résistance

Comme forces de résistance à la mise en place de la mutuelle de santé nous avons identifié la pauvreté, l'ignorance, certaines habitudes culturelles et l'opposition de certains groupes d'intérêts. Les groupes d'intérêts sont les grands commerçants qui font des prêts aux paysans avec de forts taux d'intérêts et qui les tiennent ainsi en laisse. Ces mêmes commerçants refusent d'acheter à juste prix les produits des paysans créant ainsi l'inadéquation entre le volume de travail et le revenu. Il y a aussi les tradipraticiens qui n'ont aucun intérêt dans le développement d'un système de mutuelle communautaire efficace. Dans des situations où des groupes sentiraient leurs intérêts menacés, certains pourraient profiter de l'ignorance d'une grande partie de la population qui est analphabète (75% de la population) pour discréditer les bienfaits de la mutuelle de soins de santé. Dans l'état actuel, il faut se dire qu'il est impossible de parler d'épargne pour les futurs soins à consommer à une famille qui manque «du pain quotidien». Ceci amène Madeley (2003) à se poser la question de savoir: « Comment on peut parler d'épargne dans un milieu où l'alimentation est assujettie? ». De ce point de vue, il est essentiel que les populations prennent une part active à l'exécution du projet qui est le leur. Le déroulement des activités sur le terrain serait une occasion qu'il conviendrait de mettre à profit pour que les populations puissent développer des aptitudes à réaliser des travaux qui leur soient bénéfiques et qui les amènent ainsi à poursuivre un développement durable par leurs propres moyens.

Face à ces forces de résistance, des stratégies particulières adaptées aux réalités du milieu devraient être mises en œuvre pendant la planification et la période d'implémentation du projet.

C'est dans cette optique que nous pensons qu'il est indispensable que chaque village soit constitué en coopérative économique pour représenter une force qui s'opposerait au groupe de commerçants. Aussi, une bonne campagne de sensibilisation et d'éducation des populations sur les avantages de leur appartenance à cette mutuelle de santé devra être la deuxième préoccupation après la création de réseau national et international de coordination pour le financement la vente et le suivi des activités de la mutuelle.

La sensibilisation de relance prendra en compte les souhaits ou les choix de la population car il a été noté en Chine que les individus préfèrent une contribution volontaire pour leur santé à une obligation ou à une augmentation des taxes. (Bloom et Shenglan, 1999). Liu (2004) ont également trouvé en Chine que les causes majeures de l'échec d'un système d'assurance communautaire de santé ont été l'absence de l'implication volontaire des communautés dans le financement de la santé et les politiques inadéquates du gouvernement dans ce système. Par ailleurs, dans l'assurance communautaire de santé du Japon, un facteur de succès était l'adhésion massive de la population (Ogawa et al., 2003). La prise en compte des problèmes de santé des démunis est une voie certaine pour combattre leur résistance motivée par l'ignorance. En Afrique du Sud, l'assurance sociale de santé reste une composante de l'ensemble des réformes de santé qui sont nécessaires pour atteindre l'équité et la pérennité des réformes (Mcintyre et al., 2003

CHAPITRE 5:
DESCRIPTION, STRUCTURES DE GESTION ET STRATÉGIE DE MISE EN
OEUVRE DE LA MUTUELLE DE SANTÉ

À la lumière des résultats de l'étude de faisabilité, ce chapitre traitera de trois questions essentielles: la description de la mutuelle, sa structure organisationnelle et sa stratégie de mise en oeuvre.

5.1 Description de la mutuelle

5.1.1 Description de la mutuelle de santé

La mutuelle de santé de Brouadou serait une organisation non gouvernementale, à but non lucratif. Elle est initiée et sera mise en œuvre par la Congrégation des Sœurs de Notre Dame de Guinée chapeautée l'archevêché de Kankan et le comité des initiateurs des villages bénéficiaires des prestations du dispensaire de Brouadou. Son objectif est de faciliter l'accès aux soins de santé des populations de la zone desservie par le dispensaire. L'adhésion à la mutuelle sera volontaire pour tout citoyen de la zone qui en accepterait le statut et le règlement.

Le projet est basé sur une approche participative pour engager un processus d'auto-développement et de coresponsabilité. L'un des principaux critères à favoriser pour faciliter la participation des populations est d'utiliser les solidarités de base déjà existantes sur le terrain au sein desquelles les habitants se retrouvent par classes d'âges, par sexe ou par clan pour différentes activités. Il faudrait cependant éviter que certains se constituent en ayant droit et que les autres n'aient que des devoirs envers le groupe. En utilisant ces solidarités la population se verrait valorisée et deviendrait réceptive à toutes les bonnes propositions qui seraient faites en même temps que l'on apporterait la nouveauté que représenterait cette mutuelle.

5.2 L'affiliation et les cotisations à la mutuelle

5.2.1 Affiliation à la mutuelle

L'inscription des membres aurait lieu le jour du paiement du droit d'inscription qui est inclus dans le quota défini selon la nature des produits (l'huile de palme ou noix de palmistes). Pendant l'enquête sur la faisabilité du présent projet, il a été question de faire payer par adhérent 10 litres d'huile par an. Vu le volume de travail, le nombre d'heure de

travail que demandait l'extraction de ces 10 litres d'huile, tenant compte du pouvoir d'achat de la population concernée, du nombre de personnes dans une famille et qui pourrait être membre de la mutuelle et enfin du tarif préférentiel négocié avec la direction du dispensaire et celui de l'hôpital, nous avons fixé un forfait par famille. Il a été unanimement accepté que les frais d'inscription tout comme les cotisations soient payés en nature. Nous avons opté pour une affiliation familiale, cette stratégie est suggérée par N'Dong (2004) au Burkina Fasso, qui trouve que le ménage doit être l'unité d'adhésion à la mutuelle de santé et insiste sur un ajustement des contributions par rapport à la taille du ménage, au statut économique et propose une subvention aux plus pauvres.

Les mois de mars- avril (huile de palme) et juillet-août (noix de palme) (cf Tableau 13) retenus par les populations pour le préfinancement des soins à consommer pendant toute une année, correspondent aux périodes de récoltes et de ventes de ces produits aux commerçants. C'est aussi la période pendant laquelle les villageois disposent de liquidité après la vente de leurs produits. Durant toute cette période, les villageois ont des ressources qui sont souvent gaspillées faute de planification.

Le quota pour une famille de 10 membres serait fixé à 60 litres d'huile ou 80 kg nets de noix de palme par an, tandis qu'un individu qui s'inscrit seul, donnerait 10 litres d'huile ou 20 kg de palmiste concassés. Le jour de l'inscription, tous les membres de la famille attendraient chez eux avec la quantité de produits nécessaires pour leur affiliation. La vérification des produits retenus pour la cotisation se ferait avant l'inscription à la mutuelle. Le travail se ferait de façon simultanée par deux équipes comprenant chacune sept personnes qui arriveraient dans le même véhicule (camion de ramassage) dans un village donné. Deux personnes seront chargées des enregistrements, une personne (assistant gestionnaire du comité de gestion centrale) superviserait toutes les activités de contrôle de la quantité et de la qualité des produits à collecter et 4 personnes assureraient toute la manutention de la journée. Ces quatre personnes peuvent recommencer leur contrat le lendemain ou céder la place à une nouvelle équipe et cela à chaque fois. Pendant que ces derniers seraient en train de contrôler les produits et les embarquer, les personnes mandatées pour les inscriptions les enregistreraient en même temps. Dans le cas où, durant les inscriptions, ils auraient besoin d'une personne physique pour la vérification des produits, ils n'auraient qu'à faire appel au père et/ou à la mère de famille. La campagne devrait durer 8 à 10 jours par an.

Les agents chargés des inscriptions procèderaient à l'ouverture d'une fiche de référence qui indiquerait la composition de la famille avec le maximum d'information sur chaque membre surtout leurs antécédents médicaux. Ces fiches seraient gardées au dispensaire et seul le personnel soignant les consulterait à chaque passage d'un membre de cette famille pour confronter les données de la carte d'adhésion de la famille avec celles contenues sur la fiche d'inscription familiale. Une fois que la vérification et la récupération du quota nécessaire à l'affiliation de la famille serait faite et que tous les membres seraient enregistrés, ils seraient alors photographiés en une fois l'un à côté de l'autre.

Cette photo de famille serait fixée sur la carte de membre qui servirait de preuve d'inscription et d'appartenance à la mutuelle de Brouadou. Elle donnerait accès à son détenteur à tous les soins ambulatoires au dispensaire de Brouadou et de façon exceptionnelle à l'hôpital de référence.

Au dispensaire de Brouadou ce Paquet Minimum d'Activités (PMA) serait composé :

- des consultations curatives c'est à dire la prise en charge des maladies aiguës comme l'accès palustre, les gastro-entérites, les maladies pulmonaires, les blessures et affections cutanées.
- du dépistage et du traitement des maladies chroniques dont l'hypertension artérielle et le diabète.
- des consultations prénatales;
- des consultations préscolaires.
- de la vaccinations contre les maladies transmissibles telles que le tétanos et la tuberculose .
- de la vaccinations contre les maladies de l'enfance (tuberculose, tétanos, diphtérie, coqueluche, la rubéole).
- de l'éducation sanitaire.
- de l'assainissement du milieu.
- des examens de laboratoire de routine (selles, glucosurie, albuminurie, examen cytobactériologique des urines, goutte épaisse, frottis vaginal et l' hémoglobinémie.
- de l'accès au médicaments essentiels.

Au niveau de l'hôpital de référence le PMA comprend :

- les examens spécialisés de laboratoire.
- Les prises en charges chirurgicales appendicite, hernie et césarienne,
- Les radiographies pulmonaires et pour facture ainsi que l'échographie obstétricale.
- Enfin les hospitalisations.

Il faut rappeler que les activités couvertes par les assurances de santé varient d'une assurance à une autre. En Thaïlande, dans leur programme de couverture universelle de la santé, la santé de la reproduction constitue une part importante du paquet de services couverts selon les recommandations de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement au Caire en 1994 (Teerawattananon et Tangcharoensathien, 2004).

5.2.2 Le ramassage des produits de cotisation, le stockage et le conditionnement

Le camion de ramassage sous la direction du chargé de la collecte des produits aura toujours à bord huit manutentionnaires c'est à dire 4 pour chaque équipe, quatre balances de pesée, des sacs vides de 50, 100 kgs, 4 entonnoirs et des contenants vides (de 40, 60 litres ou plus), dans lesquels seraient récupérés les produits qui devront être transportés au lieu de stockage et de conditionnement.

La mutuelle devrait disposer d'une concasseuse. Les palmistes seraient concassés sans frais pour les mutualistes et avec frais pour les non mutualistes. Ceci permettra de faciliter et réduire le temps de travail à ceux qui opteraient pour l'acquittement de leurs frais par le versement de noix de palmistes.

La nécessité d'avoir deux lieux de stockage va s'imposer par le fait que les produits devront d'abord être drainés à Brouadou pour un bon entreposage et pour un meilleur conditionnement. Ils seront ramassés en vrac dans les différents villages et ensuite, les produits seront transportés à Conakry, la capitale, pour leur commercialisation.

Trois personnes dans le groupe des plus démunis de la zone d'étude, de préférence des pères de famille, seront embauchés en permanence et rémunérés pour assurer les différents conditionnements des produits de la mutuelle qui auront été ramassés des

différents villages. Cependant, dans le contexte du développement de la mutuelle de Brouadou tous ceux qui la dirigeront seront payés à salaire car le bénévolat ne permettrait pas de faire un travail de bonne qualité puisque le bénévolat n'est pas un phénomène culturel chez la population concernée et que leurs conditions sociales en situation de survie ne le leur permettrait pas. Cette mesure contribuerait à concrétiser un des objectifs de la mutuelle, celui de la lutte contre la pauvreté.

5.2.3 La commercialisation des produits

Les produits de la mutuelle pourront être vendus en Guinée, dans la sous région et ailleurs dans le monde. Le but visé est de vendre ces produits agricoles à leur juste prix, ce qui permettrait de rehausser le pouvoir d'achat des populations, de faciliter ainsi leur accès aux soins et d'améliorer leurs conditions de vie. Le comité de gestion de la mutuelle constituerait aussi un tampon entre la production et la consommation de ces produits agricoles et permettra d'éviter que les producteurs ne les vendent à un bas prix, surtout pendant les périodes d'abondance et surtout lorsque le prix d'achat imposé par les commerçants est trouvé trop bas par les producteurs qui hésitent entre céder leurs produits sans rien gagner en retour ou laisser les produits se décomposer. En effet, les prix sont toujours fixés par les commerçants, face auxquels, individuellement, le paysan producteur n'a aucun poids. Ainsi, les coopératives se chargeraient de fixer le prix des différents produits, et achèteraient les surplus de productions pour éviter que les commerçants tiennent les producteurs en laisse.

Tableau 17: Budget pour le ramassage et le stockage

Activités	Nombre de personne pour une collecte annuelle	Nombre total de jours / an/personne	Coût unitaire.	Coût total
Ramassage des produits	56	8	5 000	240 000
Supervision des groupements	6	16	15 000	1 440 000
TOTAUX GENERAUX	72	24	20.000	1.620.000

5.3.1 L'assemblée générale constitutive

C'est l'organe suprême de la mutuelle et elle est constituée par tous ses membres. Son mode de fonctionnement, et ses attributions seraient précisés dans les statuts et règlements intérieurs de la mutuelle. Une copie de ce document devra être mise à la disposition de chaque coopérative pour consultation au besoin. Cette assemblée générale constitutive permet la signature de l'acte de création de la mutuelle et la mise en place de sa structure dirigeante qu'est le comité de gestion.

5.3.2 Le comité de gestion de la mutuelle

La gestion et l'administration de la mutuelle seraient assurées par le comité de gestion du dispensaire. Durant les trois premières années de fonctionnement de la mutuelle, ce comité serait composé de:

- Un président, qui pourrait être un membre de la congrégation des sœurs de notre dame de Guinée. La présidente n'aura pas de salaire vu qu'elle appartient à une communauté. Pour les années suivantes le président sera élu parmi les membres de la mutuelle mais aura droit à un salaire mensuel. Les critères de sélection des candidats à ce poste seront définis dans le règlement intérieur de la mutuelle. Le président serait chargé de l'administration et de la gestion quotidienne de la mutuelle.
- Un comptable bénévole expérimenté qui s'occuperait de tous les aspects financiers.
- Un adjoint administratif expérimenté bénévole qui prendrait en charge tout le travail d'organisation et de soutien administratif du bureau.

Les deux bénévoles expérimentés seront secondés chacun par des ressources humaines locales pour leur permettre d'acquérir de l'expérience afin de remplacer les bénévoles à la fin des trois ans premières années. Ces deux personnes adjointes seront rémunérées comme le souhaitent les communautés, car le bénévolat n'est pas encore bien perçu en milieu rural forestier. Dans la mentalité de la population, on ne peut rien exiger d'un travailleur à qui on ne paie pas un salaire.

Seront aussi membres du comité de gestion de la mutuelle:

- le responsable du dispensaire pour que la collaboration entre les deux entités soit garantie.

- 2 représentants de chaque village

5.3.3 Le comité de surveillance de la mutuelle

Ce comité serait constitué de trois (3) personnes (membre ou non de la mutuelle) élus en Assemblée générale de membres. Les critères de sélection de candidatures devraient se baser sur leurs compétences, et définis de manière à prévenir tout conflit d'intérêt. Il serait chargé de s'assurer de la gestion saine du patrimoine de la mutuelle en général et de la canalisation des plaintes des mutualistes

5.3.4 Le comité des usagers

Un comité des usagers sera mis en place et collaborera avec le gestionnaire des structures de santé. Il aura pour mission de faire le monitoring de la qualité des services fournis aux mutualistes.

5.3.5 La supervision et les audits de la mutuelle

La mutuelle sera supervisée chaque année par une mission mixte composée du ministère de la santé, du ministère de l'agriculture et de l'Église de Guinée afin d'apprécier sa couverture et son fonctionnement. Un audit externe sera commandité tous les deux ans en vue d'évaluer les forces et faiblesses de la mutuelle pour la période d'exercice.

5.3.6 Les outils de gestion de la mutuelle

Différents outils de gestion seront mis en place dans le cadre de la gestion quotidienne de la mutuelle :

- (i) Le livre de compte des entrées. Il prend en compte les contributions des membres de la mutuelle, les dons et les legs.
- (ii) Le livre de commercialisation des produits agricoles. Il prend en compte la gestion des produits agricoles: leurs ventes, leurs stockages.
- (iii) Le livre des sorties. Il prend en compte les différentes dépenses faites dans le cadre de l'approvisionnement du centre de santé de Brouadou en médicaments et bien

matériels, le salaire du personnel de la mutuelle et les frais liés à la collecte des produits des mutualistes et la commercialisation des produits.

- (iv) Le livre d'or. C'est le livre dans lequel les visiteurs de la mutuelle que ce soit dans le cadre d'une mission de supervision, d'échange d'expérience mentionnent leur impression sur la mutuelle.

5.4 : Mise en œuvre de la mutuelle de santé de Brouadou

Dans le cadre de la mise en œuvre, il est souhaitable de déployer de grands efforts pour attirer l'attention de la population durant la sensibilisation de relance, la prise en charge des mutualistes et des démunis de la population. La mise en œuvre de la mutuelle de santé dans la zone de Brouadou entraînerait un changement radical dans le fonctionnement des habitants de la zone y compris dans celui des prestataires de soins. Selon Contandriopoulos (1999), ce changement ne saurait être possible que si les différents acteurs (populations et personnels soignants) qui influencent le fonctionnement du système de soins changent de pratiques. D'un côté, on retrouve les commerçants qui ont intérêt à ce que les paysans évoluent en rangs dispersés pour continuer à leur imposer des prix d'achat de leurs produits agricoles au rabais lorsqu'il y a abondance de produits. Et de l'autre côté les populations soutenues par le comité d'initiateurs et les sœurs de Notre Dame de Guinée qui sont exténuées de voir la souffrance de leurs cohabitants et voudraient que le changement se produise à tout prix.

5.4.1 Sensibilisation de relance de la population et du personnel soignant.

À la fin de l'atelier de restitution qui correspond à la dernière étape de la collecte des données, la population a demandé que la mise en œuvre de la mutuelle comporte un programme de sensibilisation pour la relance du projet. Vu que l'affiliation à la mutuelle se ferait à la période de récolte, ce programme de sensibilisation exécuté par des informateurs clés viserait à rappeler aux populations le quota des différents produits à fournir pour les droits d'adhésion et de cotisation. Cette sensibilisation des populations avant la récolte aurait comme objectif de les inciter à dégager la quantité de produit dont ils pourraient avoir besoin pour s'affilier à la mutuelle.

Ce programme de sensibilisation devrait être réalisé une fois par mois pendant les 3 mois qui précèdent l'affiliation et devrait se répéter tous les ans.

Car disaient-ils : *«pour eux paysans une question dont on ne parle plus est destinée à l'oubli »*, d'où l'importance de maintenir et de réaliser le programme de sensibilisation de relance afin que le projet de mutuelle de santé reste toujours vivant dans la mémoire des populations jusqu'à sa concrétisation. Pour ce faire, 6 informateurs devront chacun réaliser le programme de sensibilisation par village et non plus en groupe comme ce fut le cas pendant la première campagne de sensibilisation dans le cadre de la collecte des données de la présente étude. En fonction de la distance séparant deux villages, il serait souhaitable qu'un même informateur couvre plus d'un village. La gestion des coopératives devra être faite en fonction des critères préalablement définis dans le guide de fonctionnement. Des recommandations doivent être faites pour que les messages transmis lors des sensibilisations continuent à être diffusés par les populations déjà membres.

Concernant le personnel soignant, le programme de sensibilisation viserait à leur expliquer le concept d'assurance maladie dans un contexte de pauvreté les avantages et les inconvénients de cette méthode de préfinancement des soins de santé. Aussi, le programme de sensibilisation devrait faire comprendre au personnel soignant l'importance de leur coopération dans l'exécution, la réussite et la pérennisation du projet. . Insistons aussi sur le fait que cette sensibilisation continue ne sera efficace que lorsque les premiers affiliés commenceront à bénéficier des soins et seront satisfaits de la qualité des services qui leur auraient été offerts mais rien n'empêche que chacun parle de la mutuelle dans son milieu.

En effet, sans cette coopération, la mutuelle serait vouée à l'échec du fait que c'est eux qui seront en contact direct et permanent avec les affiliés quand ils auront besoin des services. Pour ce faire, des mesures incitatives à l'adresse du personnel soignant devront être envisagées, afin de les stabiliser dans ces milieux ruraux qui le plus souvent n'attirent pas les travailleurs qualifiés. Des réunions de coordination du personnel devront être planifiées pour prévenir tout dérapage et y apporter des solutions appropriées et consensuelles afin de renforcer l'esprit du travail en équipe.

Tableau 18: Programme d'activités de la sensibilisation de relance pour la période allant de décembre à mars 2007 à l'endroit de la population

<u>Période</u>	<u>Activités</u>	<u>Lieux</u>
1.1.1.1 1.1.1.2 Décembre (Quatre (4) fins de semaines)	- Sensibilisation Identification et formation des groupements	Les huit (8) villages et secteurs
1.1.1.3 1.1.1.4 Janvier (Quatre (4) fins de Semaines)	Préparation et tenue de l'assemblée générale des groupements	Brouadrou Centre
Février (Quatre (4) fins de semaines)	Formation des responsables des groupements à la gestion des ressources humaines et matérielles. Suivi des activités des groupements.	Les huit (8) villages et secteurs
Mars (Quatre (4) fins de semaines)	Préparation des groupements au ramassage des produits de cotisation	Les huit (8) villages et secteurs

Tableau 19: Budget prévisionnel des activités de la sensibilisation de relance pour l'affiliation et le premier ramassage des produits de cotisation en francs guinéens (FG)

<u>Activités</u>	<u>Nombre d'informateurs</u>	<u>Nombre total de jours / an</u>	<u>Coût unitaire.</u>	<u>Coût total</u>
Sensibilisation	6	16	15 000	1 440 000
Préparation et tenue de l'assemblée générale.	6	2	10 000	120 000
Prise en charges des délégations des villages environnants	8 * 6	16	5 000	
Formation des responsables de la mutuelle par rapport à la gestion des ressources humaines et matérielles de la mutuelle	6	16	15 000	1 440 000
Suivi des activités	6	8	15 000	720 000
Préparation des groupements au ramassage des produits de cotisation	6	8	15 000	720 000

5.4.2 Prise en charge des mutualistes

Les mutualistes commenceraient à bénéficier de la prise en charge offerte par la mutuelle, trois (3) mois après la première inscription. Le comité de gestion de la mutuelle ne devra pas attendre la vente des premiers produits collectés pour honorer ses engagements face aux mutualistes. Cela suppose donc que la mutuelle dispose d'un fond de départ pour faire face à son fonctionnement et à la couverture médicale de ses membres. Dans un premier temps la prise en charge couvrirait le paquet minimum des activités offertes par le dispensaire et à titre exceptionnel les soins à l'hôpital de référence compte tenu du niveau des cotisations. Par contre l'achat d'accessoires, tels qu'une paire de lunettes, un dentier, des chaussures orthopédiques ou encore des fauteuils roulants pour handicapés seraient exclus de la prise en charge. Cependant, il ne sera pas écarté que le dispensaire pourrait offrir des montures avec ou sans verre aux mutualistes sur présentation d'une prescription médicale. Il pourrait en être de même pour les fauteuils roulants reçus de donateurs étrangers. Les coûts prévisibles liés aux dépenses du dispensaire par mutualiste ont été fixés en partenariat entre la population, le comité de gestion et la direction du dispensaire pour la prise en charge des soins de santé primaire et du paquet minimum d'activité à offrir. Par contre, les frais à l'hôpital de référence ont été négociés avec la direction de l'hôpital et des tarifs ont été proposés par l'hôpital dans le cadre de la prise en charge à titre exceptionnel des mutualistes (voir à la page 100 pour détail des activités du dispensaire). Des ententes ont été conclues avec le dispensaire et l'hôpital de référence. Une convention est en discussion avec l'hôpital de Kissidougou qui est l'hôpital de référence des mutualistes en cas d'évacuation sanitaire et sera signée au lancement de la mutuelle. La mutuelle couvrirait chaque épisode de maladie pendant les huit premiers jours d'hospitalisation ainsi que les prescriptions de médicaments qui seront prises en charge par la mutuelle dans cas exceptionnel de référence. Dans ce projet nous prenons en considération les suggestions de Shaw et Griffin (1995) qui estiment que pour la mise en place avec succès d'une bonne politique de tarification des services d'assurance il faut entre autres prendre en compte: (i) la formulation d'une politique explicite de tarification, (ii) le soulignement de l'importance d'une gestion efficace des installations, (iii) l'encouragement de la participation communautaire dans la gouvernance des établissements de santé de leur région, (iv) l'amélioration des pratiques

d'approvisionnement des médicaments en particulier, et (v) la promotion de la participation du secteur privé.

Tableau 20: Paquet minimum d'activités au niveau de l'hôpital de référence

Services	Activités	Tarifs en FC
Urgences	-consultation	1 500
	-observation	12 000
	-actes de petite chirurgie	500
Cabinet dentaire	-consultation	1 500
	-acte (extraction)	3 500
Pédiatrie	-enfants de moins de 5 ans	10 000
	-enfants de plus de 5 ans	12 500
Maternité	-hospitalisation simple	17 000
	-consultation	1 500
	-accouchement simple	5 000
	-accouchement gémellaire	10 000
	-césarienne	10 000
	-révision utérine	12 000
	-rupture utérine	30 000
	-hospitalisation avec intervention chirurgicale	50 000
Chirurgie	-hospitalisation simple	17 000
	-hospitalisation avec chirurgie	50 000
	-consultation	1 500
Médecine générale	-consultation	1 500
	-hospitalisation	17 000
Radiographie	-face	12 000
	-profil	12 000
	-lavement baryté	5000
	TGD (transite gastro-duodénum)	45.000
Laboratoire	-Parasitologie (selles/urines)	1 000
	-Examens de sang	
	-GE	1 000
	-HB	1 000
	-Gl Blancs	1 000
	-Gl rouges	1 000
	-HTE Groupage	2 000
	-VS	1 000
	-TE	1 000
	-RPR=TPHA	6 000
	-Transaminase	10 000
	-Aslo	5 000
	-CRP	5 000
	-Vidal	7 000
	-Test VIH	10000
	-Tests-Hépatiques :	
	-AGBS	10 000
	-UREE	5 000
	-Créatinémie	5 000
	-Bilirubine	5 000
	-Examen d'urines	
	-Glycosurie	1 000
	-Albuminurie	1 000
	-ECBU	3 000
-Teste de grossesse	4 000	
-Frottis vaginal	3 000	
-Crachat (BK)	2000	
Ophtalmologie	-Carnet+consultation	1500
	-acte	500

5.4.3 Prise en charge des plus démunis de la zone d'étude

Dans la revue de la littérature, nous avons découvert qu'une mutuelle établie en Bolivie accorde à ceux qui manquent de moyens financiers et matériels la possibilité d'un préfinancement des soins à consommer durant une année par le travail manuel dans un champ appartenant à la mutuelle. Cette stratégie est à encourager vu qu'elle constitue un moyen efficace qui réduit considérablement les exclusions liées à la non solvabilité de la majeure partie de la population. Xu et collègues (2000), trouvent que les membres des ménages pauvres peuvent être protégés des dépenses excessives de santé liées au paiement en argent par des systèmes d'assurance sociale de santé plus protecteurs. En Indonésie, si la politique d'assurance obligatoire a eu un impact positif sur l'accès aux soins tant dans les cliniques privées que publiques, aucune des deux formes d'assurance offertes (Askes[▲] et Jamsostek^{*}) n'a eu un effet positif sur l'équité (Hidaya et al., 2004). Okawa et collègues (2004) soutiennent que la clef du succès du système d'assurance sociale de santé au Japon était une bonne cohésion et l'acceptation de l'objectif d'équité avec le transfert entre les riches et les pauvres.

La mutuelle de Brouadou ayant fait de l'équité d'accès aux soins pour tous et de la lutte contre la pauvreté ses priorités; elle userait de différentes stratégies pour atteindre ses objectifs. Pour ce faire, une caisse spéciale, appelée "Maraa" qui signifie entraide dans le dialecte Kissi, devrait être mise sur pieds, structurée et bien gérée. Elle servirait pour la prise en charge des familles les plus défavorisées qui ont souvent des malades graves et des handicapés. Elle serait renflouée par la vente des produits d'activités lucratives comme la fabrication et la vente de vinaigre et de cidre de mangues dont une partie des recettes serait aussi destinée à soutenir la caisse de la mutuelle de santé. Aussi des dons pourraient être sollicités en faveur de cette classe sociale.

Quand aux démunis valides de la zone d'étude, ils bénéficieraient au même titre que les autres membres de la mutuelle, de tous les soins au dispensaire et à l'hôpital de référence. Cependant ils seront mis à contribution dans les travaux manuels sur le terrain de la mutuelle. Pour ce faire il sera donc organisé pendant la période des travaux

[▲] Askes, c'est l'assurance de la fonction publique.

champêtres par le comité de gestion de la mutuelle, des journées rémunérées d'investissement humain dans des propriétés cultivables.

Pour le respect de cette catégorie de personnes de la zone, le comité d'initiative confierait ce dossier à une religieuse de la Congrégation des Sœurs de Notre Dame de Guinée qui connaît les gens pour avoir vécu parmi eux depuis plusieurs années. Ces personnes seraient initialement identifiées et listées. La rémunération qu'elles recevraient, serait répartie en deux. La première partie serait remise à chaque père (ou chef) de famille pour l'entretien de la famille et la deuxième partie irait dans la caisse de solidarité. C'est une façon de stopper la dépendance qui est entrain de s'installer dans certaines parties de la région face à l'affluence des ONG qui travaillent avec les réfugiés du Libéria et de la Côte d'Ivoire. C'est également une manière de permettre à ces personnes de se savoir utiles à elles-mêmes et non pas à la charge de la population ou du dispensaire, comme l'a si bien fait remarqué Gachuruzi (1998) quand il dit ceci :

« La société traditionnelle africaine était structurée de manière à ce que chaque homme trouve la place qui convient, et joue efficacement un rôle. Et par rôle nous entendons les modèles spécifiques à une fonction ou à une position ou une fonction particulière dans un groupe ou dans une collectivité La société traditionnelle prenait en charge ses membres tant actifs qu'inactifs ». p120

5.5 Financement de la mutuelle

Le financement du démarrage du projet se ferait dans un premier temps en ayant recours aux bailleurs de fonds comme les O.N.G. internationales et autres institutions de bienfaisance auprès desquels des projets précis seraient présentés en vue d'obtenir un financement.

Dans un second temps, le financement proviendrait de la vente des produits des contribuables, des intérêts des placements de l'argent obtenus grâce à la vente de produits pendant que l'utilisation de la subvention obtenue pour les trois premières années et des dons d'institutions de bienfaisance. Aussi avec l'argent des mutualistes le comité de gestion de la mutuelle achèterait le surplus de production des paysans en période d'abondance et ces produits seraient revendus durant la période de pénurie. Ekman (2004) estime que les bailleurs de fonds et les organisations internationales devraient continuer à soutenir les Organisations Non Gouvernementales et institutions locales dans leur

démarche de financement communautaire de leur santé. Aussi la recherche de petite ou moyenne entreprise qui rendrait la mutuelle autonome dans l'avenir devrait être une des priorités du comité de gestion et des initiateurs du projet.

L'ensemble des activités du projet sera exécuté conformément à un plan d'action avec des échéanciers précis pour chacune des phases. La contribution de la population locale dans la réalisation du projet, en phase de rénovation et de construction des infrastructures, sera évaluée en terme de fourniture d'agrégats, d'eau et de main d'œuvre non qualifiée. Bien que Bennett (2004) invite les gouvernements à bien analyser où allouer leurs ressources limitées dans la subvention des mutuelles de santé, nous pensons que le gouvernement guinéen devrait prendre certaines charges de la mutuelle en particulier la mise à disposition d'une équipe médicale qualifiée. La mise en disponibilité de la dite équipe sera négociée au moment opportun. À cette équipe médicale qualifiée les responsables de la mutuelle accorderaient des incitatifs. Cette participation du gouvernement est soutenue par les réflexions de Liu (2004) qui trouve que la mise en place des assurances communautaires en Chine, dont les coûts sont partagés entre le gouvernement central, local et les ménages, était un véritable succès.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Conclusion

Après avoir engagé un dialogue avec les bénéficiaires des prestations du dispensaire de Brouadou à propos de la mutuelle, nous avons compris que l'initiative est plutôt une rencontre de deux dynamiques conjointes telle que le définissait Galland/CIDR (2003). C'est-à-dire que la population pense pouvoir faire quelque chose pour améliorer ses conditions de vie et son accès aux soins en période de soudure mais elle ne sait pas exactement quoi, comment et avec qui le faire, même si la pratique des activités associatives ne lui est pas étrangère. De notre côté nous nous demandions avec quels villageois et combien d'entre eux accepteraient d'adhérer à l'idée de l'implantation d'une mutuelle de santé lors que les gens cherchent à survivre ? Bien que plusieurs auteurs voient au système d'assurance de santé communautaire, un nouvel outil d'amélioration du système de santé dans les pays en développement (Dong, 2004). Nous ne perdrons pas de vue l'analyse de Noterman et collègues (1995) qui pensent que les systèmes de pré-paiement en santé ne sont pas des boules magiques, plusieurs dispositions doivent être prises pour garantir leur succès. Parmi ces dispositions, il insiste sur la nécessité d'un bon management du système de santé, sur le degré de participation des populations, sur l'équité sociale et sur la prise en compte du contexte particulier de la zone de couverture du système d'assurance.

La présente recherche visait à explorer au niveau du système de santé géré par l'Église en Guinée Forestière, une stratégie de préfinancement des soins de santé à travers soit le préfinancement en argent ou le préfinancement en nature afin d'améliorer l'accessibilité à un plus grand nombre de personnes aux soins de santé. Nous avons la forte conviction que la réalisation de ce projet pilote permettra d'atténuer les conséquences dues au sous financement du système de santé tout en facilitant l'accès aux soins de santé de la population concernée.

Au terme de cette recherche sur la faisabilité de la mise en œuvre d'une mutuelle de santé communautaire à Brouadou, il conviendrait de retenir, qu'après l'utilisation du modèle PRECEDE-PROCEED et de la théorie de force field analysis, que des forces positives ont été identifiées pour l'acceptation et la mise en œuvre du programme de mutuelle de santé.

Ces forces ont été classées en tant que facteurs prédisposant comme les pratiques ancestrales d'entraide, l'utilisation par la population et son opinion favorable vis à vis des services de santé offerts par l'église. En tant que facteurs facilitant l'appui du gouvernement et de l'église au projet, la perspective d'amélioration des conditions socio-économiques des populations avec surtout le choix de la stratégie de préfinancement en nature des cotisations. Et comme facteurs de renforcement une meilleure qualité des soins offerts aux mutualistes ainsi que les micro-crédits dont ils bénéficieraient. Cependant des facteurs de résistance pourraient s'opposer à ces forces. Parmi ceux-ci nous avons relevé l'enclavement des villages en période de pluie, le mauvais état des routes et la rareté des véhicules adaptés au terrain, mais aussi la grande pauvreté, les tradipraticiens qui perdraient leurs clients, les croyances qui amènent au refus des soins modernes face à certaines maladies comme l'hépatite, le manque d'éducation, l'ignorance et certains traits culturels des habitants de la zone (telle que l'habitude de ne rien prévoir pour les cas de maladies, de peur qu'ils n'arrivent).

Notre espoir, pour la réussite de la mise en œuvre et du fonctionnement efficace et effective de la mutuelle, est renforcé par la mobilisation et l'engouement populaire autour du projet. Aussi, nous estimons qu'à l'instar de certaines mutuelles en Afrique la prise en compte de l'amélioration de la productivité agricole par la mise en place des groupements économiques est un gage certain de succès. Également, la combinaison de la commercialisation des produits locaux à l'accroissement des ressources financières de la mutuelle dans une banque de développement permettra l'amélioration constante de la gestion de la mutuelle et des conditions de prise en charge de ses membres.

Recommandations

A la lumière des résultats obtenus de l'étude de faisabilité et dans le souci d'une mise en œuvre d'une mutuelle de santé fidèle aux attentes des populations nous recommandons que:

- Le comité d'initiative poursuive de manière continue la sensibilisation des populations,
- Les conditions de mise en œuvre de la mutuelle soient rapidement réunies pour ne pas laisser baisser l'enthousiasme des populations,

- Un projet de financement de la mutuelle soit rédigé et soumis aux institutions bienfaitrices pour assister le processus de démarrage et de fonctionnement de la mutuelle durant les cinq premières années. Le financement devrait être renouvelable. Ceci pour donner le temps aux initiateurs de trouver des partenaires pour l'achat des produits
- Les ressources nécessaires à la mise en œuvre du projet ainsi que les activités qui leur sont liées puissent être réparties comme suit :

Les ressources et les activités nécessaires à court terme:

- La rénovation du dispensaire de Brouadou et faire des démarches avec des preuves comme quoi le dispensaire pourrait être élevé au rang de centre de santé.
- Des équipements et fournitures en médicaments essentiels.
- Le recrutement de personnel additionnel et leur rémunération. Des incitatifs financiers devront être mis à la disposition du personnel soignant. Dans le but de les inciter à rester pour travailler au dispensaire qui est situé dans un village, une intervention ponctuelle du dispensaire, du comité de gestion de la mutuelle ainsi que de la congrégation sera demandée en faveur de l'école primaire où certains membres du personnel pourraient inscrire leurs enfants. La question d'incitatifs à mettre à la disposition du personnel afin de le maintenir en zone rurale pourrait également être l'objet d'un prochain sujet de recherche.
- La possibilité de se procurer les contenants vides (sacs, baril ou bidons) ainsi que quatre grandes balances et des entonnoirs.
- La création et la fonctionnalité des coopératives économiques sont un point important pour la survie de la mutuelle. Ces coopératives auraient pour objectif principal d'œuvrer pour l'amélioration du pouvoir d'achat de leurs membres. Ces coopératives pourraient préfinancer les travaux des paysans, les aider à la vente de

leurs produits et représenteraient une force d'opposition au contrôle des groupes de commerçants.

- Une entente écrite entre l'hôpital de référence (Hôpital de Kissidougou) et le futur centre de santé de Brouadou jusqu'à ce que le dispensaire soit élevé au rang de centre de santé puis de centre de santé amélioré[^].
- Une ambulance pour le déplacement des malades des zones accessibles en auto et une moto pour les zones inaccessibles aux autos.
- L'achat d'une décortiqueuse de noix à installer au lieu de stockage des produits et une presse à huile pour chacune des coopérative dont les membres qui seraient mutualistes emprunteraient chacun son tour.
- Un budget pour le démarrage de la mutuelle et du dispensaire à élaborer et à solliciter.

Les ressources et activités nécessaires à moyen et long terme:

- L'élévation du futur centre de santé en centre de santé amélioré avec la disponibilité de tous les services d'urgence et de chirurgie générale.
- La disponibilité d'un camion pour le transport des produits agricoles.
- Le recrutement d'un ingénieur agronome et d'un financier pour appuyer le comité de gestion.
- Des stratégies d'autofinancement de la mutuelle devraient être impérativement mises en place comme :
- Chercher à acquérir deux ou trois autobus pour le transport en commun dont les recettes serviraient à renflouer la caisse de la mutuelle.

[^] Le centre de santé amélioré est la structure qui vient après l'hôpital préfectoral dans la pyramide de soins en République de Guinée. En plus des activités du centre de santé, le centre de santé amélioré offre des prestations chirurgicales et dispose d'un service d'hospitalisation.

- Dans le but de rendre la mutuelle autonome, il serait souhaitable de la soutenir par une activité économique et qui utiliserait aussi des produits locaux. A titre d'exemple, mettre sur pied une fabrique artisanale de vinaigre et de cidre de mangue vu que les mangues ne demandent qu'à être cueillies. Cette fabrique n'emploierait que des mutualistes. Ce serait aussi une stratégie pour attirer de nouveaux membres.
- Contrecarrer les agissements des groupes d'intérêt (grands commerçants) en faisant acheter à un prix juste tout le surplus de productions des paysans en périodes d'abondance pour alimenter la banque créée à cet effet.
- Cette banque serait toujours ouverte aux membres de la mutuelle pour les ventes et les achats de produits surtout en période pluvieuse. Ainsi les commerçants ne pourraient plus créer la pénurie alimentaire afin de vendre au double du prix aux mêmes paysans chez qui ils les avaient achetés à vil prix quelques mois au paravent.

BIBLIOGRAPHIE

- Abel Smith, B. (1985).** Global perspective on health service financing. *Social Science & Médecine*, 21,957.
- Adams, M. (1999).** La mutuelle de santé solidaire : une alternative de sécurisation des populations pauvres contre les aléas sanitaire Dialogue, ADA(Appui au Développement Autonome, <http://www.globenet.org/horizon-local/>
- Arhin- tenkorang, D. (2002).** “Health insurance for the informal sector in Africa” Design Feature, Risk Protection and Resource Mobilization. In *Health Care Financing for Rural and Low-income Populations: The Role of Communities in Resource Mobilization and Risk Sharing*, Editor Preker Alexander S. WHO Commission on Macroeconomics and Health: 1-37.
- Atlas Mondial. (2002).** Tous les pays : A à Z. Atlas Encyclopédique Mondial. Edition Libre Expression, Paris.
- Bekele, A. & Lewis M. (1986).** Financing health care in the Sudan: some recent experiments in the Central Region. *Int.J Hlth Plann. Management*, 1, 111.
- Bennett, S. (2004).** The role of community-based health insurance within the health care financing system: a framework for analysis. *Health Policy and Planning* 19(3), 19(3): 147–158
- Blais, R. (1989)** L'étude des variations géographiques : point de départ pour la réévaluation des services de santé. Le phénomène, ses causes, ses implications. *Union médicale du Canada*, 118; (6) 226-234.
- Bloom, G. & Shenglan, T. (1999).** Rural health prepayment schemes in China: towards a more active role for government. *Social Science & Medicine*, 48 (1999) 951±960
- Boutbien, A. & Galland, B. (2001).** Promotion de mutuelle de santé en Guinée Forestière. Rapport d'évaluation, Mission réalisée du 24 octobre 2001 au 2 novembre 2001 à N'Zérékoré et Conakry (République de Guinée) 110 p.
- Chapain, C. & Vaillancourt, F. (1999).** Le financement des services de santé au Québec » dans *Le système de santé Québécois un modèle en transformation*, sous la direction de Bégin, C., Bergeron, P., Forest, P.-G., Lemieux, V., 101-121. Montreal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Chabot, J., Boal M. & da Silva, A. (1991).** National community health insurance at village level: the case from Guinea Bissau. *Health Policy Planning*. 6, 46,
- CIDR/Guinée. (1997).** Mise en place de la mutuelle de santé communautaire en Guinée Forestière. Programme à trois ans, cid/guinee/sante/vs/n.7 avril.
- Chris, A. (2000).** Contribution des mutuelles de la santé au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de santé : Synthèse de travaux de recherche menés dans neufs pays d'Afrique de l'Ouest et du centre. 69 p

- Comores, Ministère de la santé**<http://www.comoresonline.com/mwezinet/sante/protectionsecu/recouvrement.htm>
- Contandriopoulos, A. P. , François Champagne, Louise Potvin, Jean-Louis Denis, Pierre Boyle, (1990)** Savoir préparer une recherche, La définir, La structurer, La financer. Les presses de l'université de Montréal.
- Contandriopoulos, A. P. (1999).** La santé entre les sciences de la vie et les sciences sociales. Ruptures, Université de Montréal, vol. 6, p174-191
- Contandriopoulos A.P. & Gomez, M. (2003).** P L U 6008 Aspects Sociaux de la Santé (notes de cours) Éditions Nouvelles Montréal, 475p.
- Contandriopoulos, A. P. & A.L. (1972).** « Un financement équitable à la mesure de nos moyens » dans Mémoire de l'Institut Canadien de Recherche Avancée (ICRA) à la commission des affaires sociales sur le document de consultation:
- Criel B., Van Dormael, M., Lefevre, P., Menase, U. & Lerberghe, W. (1998).** Voluntary health insurance in Bwamanda, Democratic Republic of Congo. An exploration of its meanings to the community. *Tropical Medicine International Health*, 3 (8): 640 – 653.
- Criel B. & Van Dormael, M. (1999).** Mutual health organization and insurance systems: will European repeat itself? (Mutuelles de santé en Afrique et systèmes nationaux d'assurance maladie obligatoire: l'histoire européenne se répétera-elle? *Tropical Medicine International Health*, 4 (3): 155 – 159.
- Criel, B. & Waelkens, M.P. (2003).** Declining subscriptions to the Maliando Mutual Health Organization in Guinea-Conakry (West Africa): What is going wrong? *Social Science and Medicine*, 57 (7): 1205 – 1219.
- Dong, H., Kouyate, B., Cairns, J. & Sauerbor, N. R. (2004).** “Differential willingness of household heads to pay community-based health insurance premia for themselves and other household members”. *Health Policy and Planning*; 19(2): 120–126.
- Dror, M.D. & Preker, S. A. (dir) (2003).** Réassurance Sociale, Stabiliser les micro-assurances, Paris, ESKA, Banque mondiale, Organisation Internationale du Travail 493p
- Equiterre. (2004).** www.equiterre.qc.ca.
- Ekman, B. (2004).** “Review article community-based health insurance in low-income countries: A systematic review of the evidence”. *Health Policy and Planning*; 19(5): 249–270.
- Evans, R.G.(200).** Lever les fonds: options, conséquences et objectifs pour le financement des soins de santé du Canada. Études préparée pour la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.
- Evans, R.G., G.L.Stoddart (1996)** " Produire de la santé, consommer des soins" dans Être ou ne pas être en bonne santé, Biologie et déterminants sociaux de la maladie.

Evans Robert G, Morris L Barer, Theodore R Marmor (dir). Montréal, Les presses de l'université de Montréal.

- FCRSS,(2002).** Sur la voie du changement : Piste à suivre pour restructurer les services de santé de première ligne au Canada, rapport soumis à la Fondation Canadienne de la recherche sur les services de santé. Ottawa.
- Fortin, Marie-Fabienne., (1996)** Le processus de la recherche, de la conception à la réalisation, Décarie Éditeur, Montréal.
- Galland, B. (2003).** Les relations payeurs et prestataires, Rapport de l'atelier fait à Cotonou du 20 au 22 janvier 2002, CIDR / RAMUS, Ministère des Affaires Etrangères 21p
- Gachuruzi, B. S. (1998).** L'Entrepreneurship en Afrique Noire, Application aux entrepreneurs du secteur informel au Congo-Zaïre, Paris, L'Harmattan, 1- 187.
- Gotz, H. & al. (2003).** Mutuelles de santé. 5 Années d'expérience en Afrique de l'ouest. Débats, Controverses et Solutions Proposées.
- Guinée, E.D.S. (2000).** Enquête Démographique et de santé de 1999. Ministère du Plan et de la Coopération, Direction Nationale de la Statistique, Conakry, Guinée.
- Guion, L.A. (2002).** Triangulation : Establishing the validity of qualitative studies. University of Florida. Extension Institute of Food and Agricultural Sciences: 1-3.
- Hidayat, B., Thabrany, H., Dong, H. & Sauerborn, R. (2004).** "The effects of mandatory health insurance on equity in access to outpatient care in Indonesia". Health Policy and Planning; 19 (5): 322 – 335.
- Hsiao, C. W. (2002).** Unmet Health Needs of Two Billion: Is Community Financing a Solution? In Health Care Financing for Rural and Low-income Populations: The Role of Communities in Resource Mobilization and Risk Sharing, Editor Preker Alexander S. WHO Commission on Macroeconomics and Health: 1-37.
- Hugon, P. (2003).** Économie de l'Afrique. La découverte, Paris : 1-122.
- Ilunga, B. T. (1992).** L'évaluation d'un mécanisme de financement des soins Hospitaliers de premier recours par la méthode de paiement anticipé: le cas de la communauté rurale de Bwamanda au Zaïre. Thèse de doctorat à l'université de Montréal
- Ilunga, B. T., Contandriopoulos, A.-P.& Fournier, P. (1995).** Plan de paiement anticipé des soins de santé de Bwamanda (Zaïre) Comment a-t-il été mis en place? Social Science and Medicine, 40 (8): 1041 – 1052.
- .Ingen, F. V. (2003).** Case study 2. Couverture maladie universelle: reaching the poorest in France. In Health systems confront poverty, ed, Eio Ziglio, Rogerio Barbosa, Yves Charpak et Steve Turner. 31-43 Copenhagen, Denmark, World Health Organization, Regional Office for Europe, European Office for Investment for Health and Development.

- Jakab, M. & Krishnan, C. (2002).** Community Involvement in Health Care Financing: A Survey of the Literature on the Impact, Strengths and Weaknesses. In *Health Care Financing for Rural and Low-income Populations: The Role of Communities in Resource Mobilization and Risk Sharing*, Editor Preker Alexander S.. WHO Commission on Macroeconomics and Health: 1-73.
- Jenkins, D.H. (1949).** Human relations in curriculum change in Social Engineering in Educational Change: An Outline of Method, Force field analysis, Applied to a school situation. A vital tool for social transformation. *Progressive Education*, 26 ; 7: 193 – 197.
- Jütting, J. P. (2001).** The Impact of Health Insurance on the Access to HealthCare and Financial Protection in Rural Developing Countries. The Example of Senegal, World Bank, Health Nutrition and Population Discussion Paper: 1-22p.
- Jütting, J. P. (2004).** “Do Community-based Health Insurance schemes Improve Poor People’s Access to Health Care? Evidence From Rural Senegal”. *World Development*, 32 (2): 273 –288.
- Kemgui, P. (2005)** <http://www.medicusmundi.ch/bulletin/bulletin9505.htm>
- LeTournay, Alain., (2003).** Les mutuelles de santé en Afrique de l’ouest dans Symposium international sur la solidarité et protection sociale dans les pays en voie de développement, Turin, Italie, 23-25 avril 2003 4p.
- Leduc Nicole., (2003)** Méthodologie de la recherche. Notes de cours. Université de Montréal
- Liu, Y. (2004).** “Development of the rural health insurance system in China”. *Health Policy and Planning* 19(3), 19(3): 159–165.
- Madeley, J. (2003).** La Sécurité alimentaire sacrifiée à l’autel du libre échange. Seattle, 1999. In *Le commerce de la faim. Enjeux Planète* : 23 – 68.
- Mariam, D.H. (2003).** Indigenous social insurance as an alternative financing mechanism for health care in Ethiopia (the case of eders). *Social Science and Medicine*, 56 (8): 1719 – 1726.
- Mcintyre, D., Doherty, J. & Gilson, L. (2003).** “A tale of two visions: the changing fortunes of social health insurance in South Africa”. *Health Policy and Planning*,; 18 (1): 47 – 58.
- Ministère de l’économie et des finances, Guinée. (2000).** Recensement général de la population et de l’ Habitation, secrétariat d’Etat au plan, Direction Nationale de la statistique, Bureau National du recensement , Decret D/95/210RPG/SGG du 26 juillet 1995, Mortalité Projet 94 GUI/94/PO2- FNUAP-Gouvernement

- Mintzberg, H. (2002).** « L'Idéologie et l'organisation Missionnaire » dans *Le Management, Voyage au centre des organisations*, Paris, d'Organisation, 570p.
- M.S.P., Guinée. (2001).** Politique Nationale de la Santé de la Reproduction. Ministère de la Santé.
- M.S.P., Guinée. (2001).** Programme National de la Santé de la Reproduction. Ministère de la Santé.
- M.S.P., Guinée. (1997).** Annuaire des statistiques Nationales, Ministère de la Santé.
- Nelson, D. & Nolan, N. (2004).** Rwanda : Performance improvement. Community health Insurance. Prepayment schemes improve accessibility and quality of FP/RH services. University of North Carolina, Chapel Hill, School of Medicine, Program for International Training in Health (INTRAH), PRIME Project (2002). www.prime2.org.
- Noterman, J.P., Criel, B., Kegeles, G. & Isu, K. (1995).** A prepayment scheme for hospital care in the Masisi district in Zaire: A critical evaluation. *Social Science Medicine*, 40 (7): 919 – 930.
- Ogawa, S., Hasegawa, T., Carrin, G. & Kawabata, K. (2003).** “Scaling up community health insurance: Japan’s experience with the 19th century Jyorei scheme”. *Health Policy and Planning*; 18 (3): 270 – 278.
- Organisation Mondiale de la Santé. & Fonds des Nations Unies pour l'Enfance. (1978).** Les soins de santé primaire: rapport sur la conférence sur les soins de santé primaires, Alma Ata (URSS), 6-12 septembre.
- O.I.T. & B.I.T. (2003).** « Formation de formateurs et promoteurs en études de faisabilité participatives pour la mise en place de micro-assurance santé en Afrique », A150038, Rapport Final, 25p.
- Pineault, R. et Daveluy, C. (1995).** La détermination des besoins. In *Concepts – Méthodes – Stratégies*. Editions Nouvelles, Ottawa.
- P.N.U.D. & F.N.U.A.P. (1989).** Actes du Séminaire Environnement et développement durable. Brazzaville, Zaïre : 5-8 juillet 1989, 51p.
- Primature. & M.S.P. (2002).** Rapport de l'enquête nationale sur la Seroprévalence du VIH/SIDA.
- PROMUSAF. (2004).** Structures d'appui et développement des compétences locales, 15 septembre. <http://www.concertation.org/Public/Documents/courrier4/Structureappui.htm>
- République de Guinée. (1988).** Ordonnance No 005/PRG/SGG/88 portant sur le statut général des organisations à caractère coopératif et pré coopératif en République de Guinée. Conakry le 10 février 1988.

- R.C.I.E. (1990).** Initiative de Bamako : Des Expériences en soins de santé primaire, Revue du Centre International de l'Enfance, Paris.
- Schneider P. et al. (2000).** Development and implementation of prepayment schemes in Rwanda, Technical Report, No 45. Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform (PHR) Project.
- Shaw, R. P. & Griffin, C. C. (1995).** "Vers des soins de santé durable en Afrique Subsaharienne : le partage des coûts » dans Le financement des soins de santé en Afrique Subsaharienne par la tarification des services et l'assurance. Série le développement en marche, Banque Mondiale, Washington.
- Tatar, M. F. (1997).** Primary Health Care in Turkey : A passing fashion . Health Policy and Planning, 12 (3): 224-233.
- Taverne, B. (2000).** « Les mutuelles de santé » dans Capacité des Institutions de Prévoyance Médicale, des Mutuelles de Santé et des Assureurs privés de Dakar, à intervenir dans la prise en charge des personnes vivant avec le VIH. I.R.D. (Institut de recherche pour le développement).50p. [http:// www.ird.sn](http://www.ird.sn)
- Teerawattananon, Y. & Tangcharoensathien, V. (2004).** "Designing a reproductive health services package in the universal health insurance scheme in Thailand: match and mismatch of need, demand and supply". Health Policy and Planning; 19(Suppl. 1): i31–i39.
- Thomas, S. & Gilson, L. (2004).** "Actor management in the development of health financing reform: health insurance in South Africa, 1994–1999". Health Policy and Planning; 19(5): 279–291.
- Unger, J.P., Van Dormael, M., Criel B., Van der Venet, J., & De Munck, P. (2002).** "A PLEA For an initiative to strengthen family medicine in public health care services of developing countries". International Journal of Health Services, 32 (4): 799–815.
- World Health Organization (1988).** From Alma-Ata to the year 2000, Reflections at the midpoint. Geneva.
- Xu, K., Evans, D.B., Kawabata, K., Zeramdini, R., Klavus, J., & Murray, C.J.L. (2003).** Household catastrophic health expenditure: A multicountry analysis". The Lancet, 362: 111 – 117.

ANNEXES

ANNEXE A : Consentement éclairé**Monsieur, Madame.....**

- J'ai l'honneur de me présenter à vous, je suis la sœur Justine Togba qui dirigeait le dispensaire de santé de Brouadou de l'année 1999 à l'année 2002. A présent, je suis entrain de faire des études en administration des services de santé au Canada afin de trouver comment rendre concret le rêve d'amélioration de votre accès aux soins de santé. Au cours de cette étude, je souhaiterais pouvoir faire une action sanitaire très importante pour la communauté afin tout ce que nous avons vécu de triste ne se reproduise plus. C'est pourquoi, je me suis intéressée à la recherche de mécanisme adapté aux réalités de notre milieu qui nous permettrait de développer une stratégie de préfinancement des soins de santé dans notre communauté de Brouadou afin de faciliter votre accès aux service de santé de qualité . C'est dans cette optique que j'ai besoin de votre avis et votre participation active à tout ce qui se fera dans ce sens et aussi pour savoir si vous (la population) êtes toujours intéressée par la réalisation dudit projet.

Ainsi, madame/monsieur, je souhaite vous poser quelques questions qui nous prendrons du temps mais c'est important pour nous tous. Je vous rassure que les informations que vous aller nous donner seront strictement utilisé dans le but de notre recherche, elles ne porteront pas votre nom. Si vous accepter de participer au débat, je un des responsables de bien vouloir me signer ce document en témoignage de votre acceptation.

Je vous remercie.

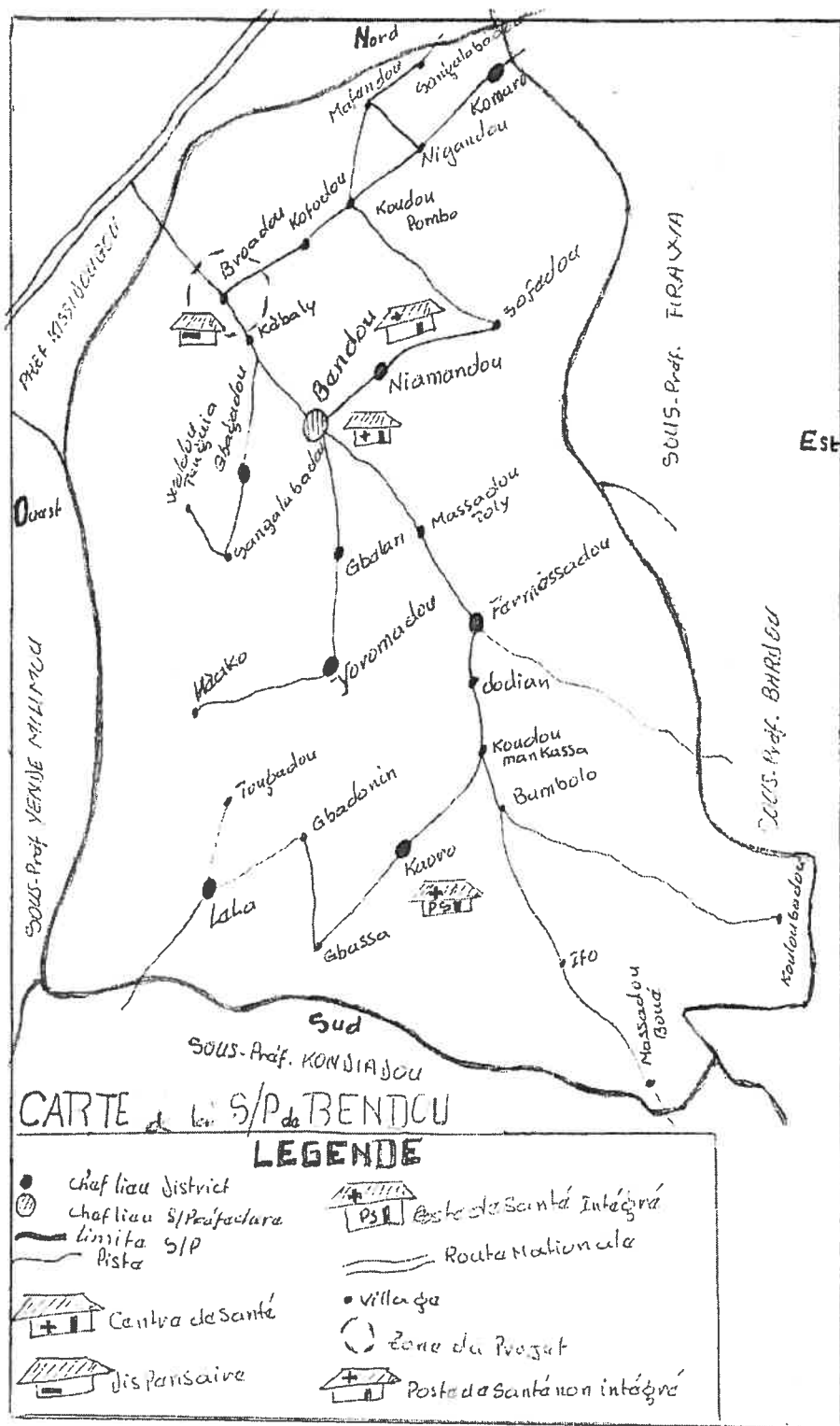
Signature du participant.

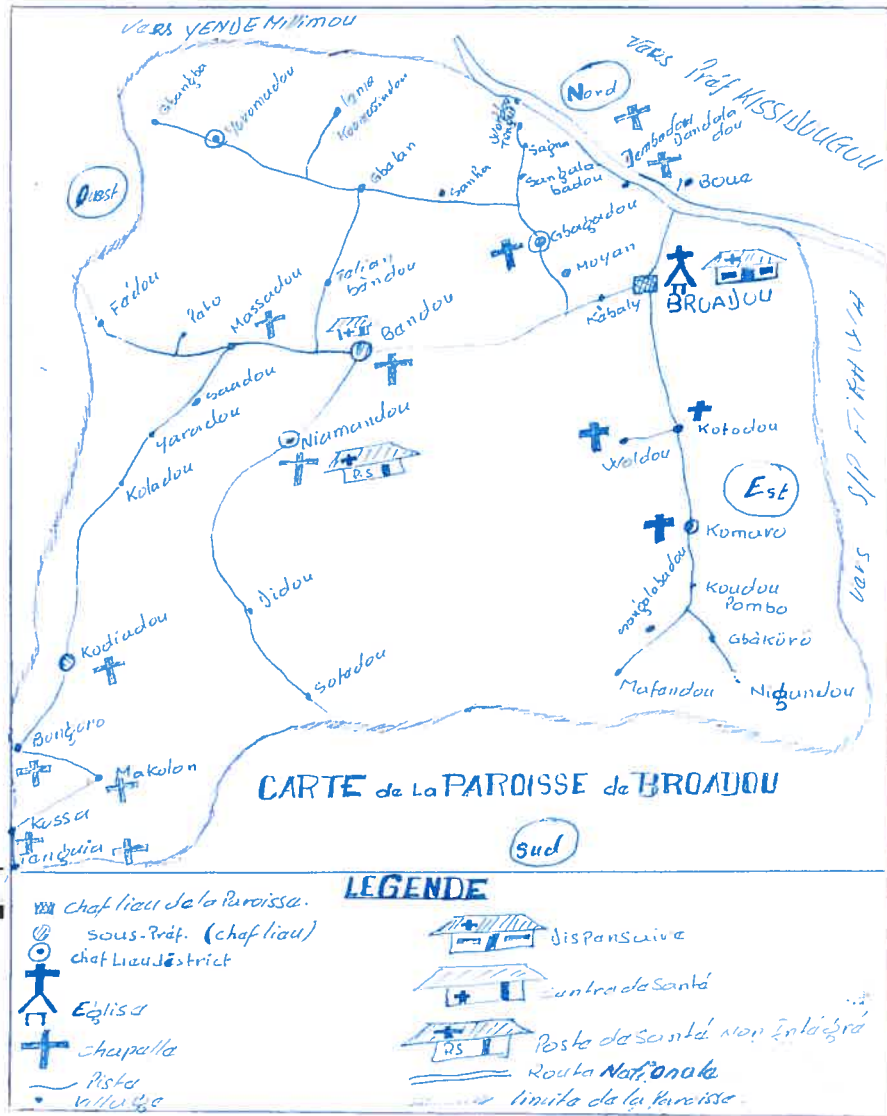
ANNEXE B : Protocole d'entrevues.**Questions débattues au cours des différentes entrevues**

- 1) **Quels sont vos sentiments par rapport au centre de santé de l'Église à Brouadou ? Donner votre opinion sur le personnel le fonctionnement du centre de santé.**
- 2) **Quelles sont, à votre avis, les causes qui pourraient faire que les populations ne fréquentent pas le dispensaire?**
- 3) **Quelles sont les principales sources de revenus dans votre communauté?**
- 4) **Que faut-il faire pour vous aider à améliorer vos revenus?**
- 5) **Y a t-il des coopératives agricoles ou autres dans votre région ?**
- 6) **Connaissez-vous les tontines ? Quelles en sont vos expériences les plus récentes?**
- 7) **Pensez-vous que la congrégation des sœurs de Notre Dame de Guinée pourrait vous aider à organiser des formes de tontines pour faciliter votre accès aux soins de santé ?**
- 8) **Nous avons parlé de deux formes de participation à la mutuelle : la première par un versement en nature et la deuxième par un versement en espèce. Quelle est celle qui serait la mieux adaptée aux réalités de votre communauté ? Quels devraient être les quotas annuels raisonnables?**
- 9) **Qu'est-ce qui pourrait entraver le bon fonctionnement d'une telle mutuelle?**
- 10) **Quelles pourraient être les périodes les plus indiquées pour le ramassage des produits qui auront été retenus comme moyens de cotisation ?**
- 11) **(Pour le personnel de soignant seulement).**
 - **Quelles peuvent être vos difficultés pour la mise en place d'un mécanisme de préfinancement des soins de santé communautaire?**

12) Que faut il faire pour qu'une telle entreprise n'échoue pas?

- **Pensez-vous que votre structure peut faire face à la gestion d'une telle assurance?**





VERS VENDEMIAMOU

VERS Préf MISSIADOU
Nord

VERS S/P FIKHIA
Est

Sud

CARTE de La PAROISSE de BROUJOU

- LEGENDE**
- Chaf lieu de la Paroisse.
 - Sous-Préf. (chaf lieu)
 - Chaf Lieu de district
 - Eglise
 - Chapelle
 - Route
 - Village
 - Dispensaire
 - Centre de Santé
 - Poste de Santé Non Intégrée
 - Route Nationale
 - Limite de la Paroisse