

Pauvreté et accessibilité aux services de santé : le cas de la Guinée

RÉSUMÉ • Dans cet article, nous étudions les conditions d'accès des populations, notamment les plus démunies, aux soins de santé. Nous nous appuyons à cet effet sur les résultats de l'Enquête intégrée de base pour l'évaluation de la pauvreté en Guinée (EIBEP, 2002-2003), réalisée par le gouvernement guinéen et la Banque mondiale (BM). Nous montrons qu'en dépit d'une nette amélioration de l'offre de santé faisant suite à l'application de l'*initiative de Bamako* (1987) et l'essor croissant des mutuelles d'assurances, de nombreux obstacles persistent : dysfonctionnement institutionnel, mauvaise qualité des prestations, clientélisme dans les centres de soins, etc. Le desserrement de ces étaux permettra de pallier l'essoufflement de la politique de santé en place et d'inscrire les réformes dans la continuité. Un engagement soutenu de l'État est suggéré pour consolider les infrastructures hospitalières et favoriser un bon fonctionnement du système de santé national.

ABSTRACT • In this paper we use the results of the Integrated Core Survey for Poverty Assessment in Guinea (EIBEP, 2002-2003) realised by the Guinean Government and the World Bank to study how the population and particularly the poor access to health care. Despite considerable improvement in health supply following the application of the *Bamako Initiative* (1987) and the increasing development of mutual insurance, we show that many obstacles persist: institutional dysfunction, poor quality of services, clientelism in health centers... Removing these barriers will support actual health policy and help reforming in continuity. A sustained commitment of Guinean State is suggested to consolidate the hospital infrastructure and promote a good functioning of the national health system.

**MOHAMED LAMINE
DOUMBOUYA**

Enseignant-chercheur

*Laboratoire d'économie
de la firme et institutions*

Institut des Sciences de l'Homme

*Université Lumière Lyon II
(France)*

*mohamed.doumbouya@ish-lyon.
cnrs.fr*

RESUMEN • El artículo da cuenta de las condiciones de acceso a la asistencia sanitaria de la población, en particular la más desamparada, basándose en los resultados de la Encuesta Integrada Básica para la Evaluación de la Pobreza en Guinea (EIBEP, 2002-2003) realizada por el gobierno guineano y el Banco Mundial (BM). Se pone de manifiesto que a pesar de una neta mejora de la oferta de salud luego de la aplicación de la *Iniciativa de Bamako* (1987) y el desarrollo creciente de las mutualidades de seguro, persisten numerosos obstáculos: disfunción institucional, mala calidad de las prestaciones, clientelismo en los centros de atención, etc. La atenuación de dichos estados permitirá paliar el ahogo de la política de salud existente y ajustar las reformas asegurando su continuidad. Se sugiere un compromiso sostenido por parte del Estado para consolidar la infraestructura hospitalaria y favorecer un buen funcionamiento del sistema de salud nacional.



INTRODUCTION

L'accès aux services de santé renvoie de façon générale à la compatibilité entre le coût et la qualité des prestations sanitaires, d'une part, et le pouvoir d'achat des populations, d'autre part. En Guinée, cet accès demeure restrictif notamment pour les populations démunies exerçant des activités économiques faiblement rentables. Il est aussi contraignant pour les personnes vivant en zone rurale où, en dehors de quelques postes et centres de santé spécialisés dans les soins de santé primaires, les hôpitaux sont quasi inexistantes ou se situent à des dizaines de kilomètres de ces lieux.

La Guinée a adhéré à l'*initiative de Bamako* (IB) dès le départ, en 1987. Cette initiative vise globalement à collecter auprès des usagers des services sanitaires des ressources additionnelles pour financer la fourniture de soins et améliorer l'efficacité des structures sanitaires. En contrepartie de cette participation financière, la gestion de ces unités de soins est déléguée aux différentes communautés.

Le Document-cadre de la réforme hospitalière élaboré par le ministère de la Santé publique guinéen (MSP, 2003) estime la dépense publique de santé par habitant et par an à 3,5 dollars américains (USD) contre la norme de 13 USD établie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Cette dépense est de 8 USD en Côte-d'Ivoire, 5 USD au Ghana et 9 USD au Mali (OMS, 2006). Du côté des usagers, en revanche, le droit de regard et de contrôle garanti aux usagers par l'IB est censé rapprocher les rendements social et privé de l'investissement dans l'hôpital.

La promotion de l'offre privée de service de santé par les autorités n'a pas permis non plus la massification attendue de l'accès aux soins par les populations. En effet, le libéralisme économique et les mesures de déréglementation auraient conduit à un inégal accès aux services sociaux de base (Baumann, 2005).

Par ailleurs, en dépit de leur essor, les systèmes d'assurance maladie (micro-assurance, mutuelles de professionnels du secteur informel) des pays d'Afrique subsahariens participent marginalement au financement de la santé et particulièrement des hospitalisations (BM, 2005). Devant cette situation, des actions sont menées pour aider les plus pauvres à surmonter les obstacles qui les empêchent d'accéder aux soins de santé (BIT-STEP, 2002; Zett, 2005).

Le présent article a pour objet 1) l'identification des obstacles qui contraignent l'accès aux soins de santé qualifiés à toute la population et 2) la proposition de solutions permettant de les surmonter.

Le premier point s'intéresse à l'étude de l'organisation de la production sanitaire en Guinée tandis que le deuxième point analyse la pertinence des politiques de santé qui y sont appliquées. Nous soulignons dans un troisième point l'importance de la mise en place et de la vulgarisation d'un système de couverture risque maladie en situation de pauvreté et notre quatrième point propose des solutions pour réformer le système de santé et faire des structures sanitaires un espace à «solidarité horizontale» reposant sur «l'entraide mutuelle» (Goujon et Poisat, 2005).

LES STRUCTURES D'OFFRE SANITAIRE

La Guinée dispose d'un des systèmes de santé les plus faibles en Afrique. Cette faiblesse est indissociable de la structure de son économie : économie de rente avec une forte présence du secteur primaire, des exportations dominées par les matières premières et un secteur économique informel en expansion mais dégageant une faible valeur ajoutée. L'agriculture et la pêche, qui occupent la majorité de la population (plus de 60% de la population en 2002 selon la Banque africaine de développement – BAD), ne participent pas à plus de 25% du PIB. Du côté des mines, la Guinée contrôle 40% du commerce mondial de bauxite (Gautier, Boutbien et Galland, 2005).

En dépit de l'importance de son potentiel minier, un Guinéen sur deux vit avec moins de 1 USD par jour, ce qui fait de ce pays l'un des plus pauvres au monde. En 2003, selon le Fonds monétaire international ou FMI (2003), le PIB (produit intérieur brut) par habitant était de 390 USD, le taux d'inflation, de plus de 6,1% et le taux de croissance économique, de 4,8%. Quant aux indicateurs de santé de la reproduction, le taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes était entre 1995 et 1998 de 670, contre 1 600 en 1990 (BAD, 2004). Entre 1995 et 1998, ces statistiques étaient respectivement de 590, 580 et 600 pour 100 000 naissances vivantes au Niger, au Mali et en Côte-d'Ivoire.

Les réformes des établissements de santé s'appuient sur le découpage administratif national. Les institutions sanitaires se répartissent entre les sept grandes régions administratives qui, elles-mêmes, se subdivisent en

33 préfectures correspondant chacune à un district de santé. Cette architecture qui s'articule autour de districts de santé (Gautier, Boutbien et Galland, 2005) distingue trois principaux niveaux :

- Le premier niveau regroupe les districts ou hôpitaux préfectoraux, les centres de santé (CS) et les postes de santé (PS). Les centres de santé sont des structures entièrement communautaires, gérées par des communautés rurales de développement (CRD) ou les mairies. En 2002, selon les statistiques du MSP, 370 centres étaient opérationnels. Pour servir les agglomérations rurales qui n'ont pas la taille d'une commune, les autorités ont créé des postes de santé, qui étaient au nombre de 402 en 2002. Les postes et les centres de santé s'occupent d'un « paquet minimum d'activités » (PMA), c'est-à-dire les soins ambulatoires, la prévention (vaccination, suivis prénataux, etc.) ou l'accouchement. Ils sont hiérarchiquement articulés aux 34 districts (y compris la capitale, Conakry) ou hôpitaux secondaires (MSP, 2001), spécialisés dans la prestation de soins généraux.
- Le deuxième niveau regroupe les hôpitaux régionaux. Au nombre de sept (excluant Conakry), ces hôpitaux sont spécialisés dans les prestations de soins de première urgence. C'est à ces organes que se réfèrent les districts en premier lieu, en cas de situations dépassant leur champ de compétence.
- Le troisième niveau est formé d'hôpitaux nationaux. La Guinée en compte deux, tous installés dans la capitale, Conakry. Ces structures font office de centres hospitaliers universitaires (CHU) pratiquant diverses spécialités. Ils constituent l'ultime référence dans la hiérarchie des prestations de soins de santé. Aux côtés de ces hôpitaux nationaux, existent de nombreux dispensaires et cabinets de santé auxquels s'adressent les populations pour les soins de types primaires.

Cette architecture pyramidale a pour objectif, selon le MSP (2004), de garantir à la population un accès massif et équitable aux soins¹. Elle a permis de faire passer le nombre de bénéficiaires de 32 % entre 1985 et 1989 à 80 % entre 1992 et 1996 (BAD, 2004). Le taux de vaccination des populations contre certaines épidémies s'est beaucoup amélioré ; c'est notamment le cas de la tuberculose, 71 % en 2002 contre 50 % en 1990 ; de la diphtérie, 58 % en 2002 contre 20 % en 1990 et de la rougeole, 61 % en 2002 contre 25 % en 1990. Toutefois, ces performances sont moindres comparativement à celles d'autres pays de la sous-région ouest-africaine tels que le Sénégal et la Gambie où les taux d'accès aux soins de santé entre 1992 et 1996 étaient respectivement de 90 % et 93 %, contre 40 % et 90 % entre 1985 et 1989, d'après la BAD. Ces performances sont également ternies par le taux d'équipement hospitalier qui reste très faible en Guinée (0,4 lit pour 1 000 habitants) par rapport aux pays voisins, alors que les usagers des services de santé assurent environ 30 % du budget des hôpitaux (Comolet, 2000).

La gestion des hôpitaux nationaux implique désormais, en plus de l'administration publique, les groupes communautaires qui participent au financement des soins. Les actions communautaires s'élargissent également à la

prévention (ou à la lutte) contre les maladies et à la participation à l'élaboration des programmes de santé. Dès lors, on a d'un côté l'administration publique, qui défend le service public, et de l'autre, la société civile, qui défend la solidarité de proximité. La tendance à la baisse des subventions de l'État destinées aux hôpitaux et la grande autonomie financière qui leur est accordée les poussent à intervenir sur le marché, comme toute entreprise commerciale, pour vendre les services produits afin de couvrir une partie de leurs coûts de revient (hôpital-entreprise). Goujon et Poisat (2005) soutiennent à ce propos que l'hôpital ne peut se comprendre que dans l'hybridation de ces trois sphères : marché, service public et solidarité de proximité. L'espace commun à ces trois sphères est étroitement corrélé au niveau de développement économique (Easterly et Levine, 2003). Il s'agrandit en situation de dépression économique – et donc de pauvreté croissante – et, inversement, il se rétrécit en cas de progrès économique – en situation de réduction de la pauvreté. Dans le contexte économique et social actuel, caractérisé par une forte demande de santé, des contraintes budgétaires au plan du système de santé national et une nette baisse des revenus des populations (le taux de pauvreté est passé de 49 % en 2000 à 53 % en 2005, selon la BM), les cabinets de soins peuvent être perçus comme des acteurs de développement à part entière. Sur ce dernier point, une redéfinition de la stratégie sanitaire nationale est à faire, afin d'intégrer la politique de santé dans les politiques stratégiques de réduction de la pauvreté.

L'ÉTAT ET LA RÉGULATION DES SERVICES DE SANTÉ

Les décisions de politique de santé qui ont été appliquées en Guinée jusqu'en 1987 reposaient sur la gratuité des soins offerts par les structures sanitaires publiques. Si, théoriquement, cette politique témoigne de la solidarité de l'État envers les usagers de ces soins, dans la pratique, elle s'est révélée socialement injuste. En effet, la gratuité des soins ne libère pas les populations de la prise en charge médicale (médicaments et examens), qui reste payante et réalisée par les établissements privés (de Roodenbeke, 2003). La privatisation de cette prise en charge (assurance) et le mauvais fonctionnement des services de santé en limitent l'accès à toutes les couches de la population, les plus démunies en étant les plus exclues.

La mise en place d'un système de redistribution reposant uniquement sur la fiscalité est souvent avancée comme mesure optimale susceptible de garantir un accès équitable aux soins à toutes les populations (Atkinson et Stiglitz, 1976). Cette politique est censée améliorer la pertinence des politiques de santé publiques. Quant aux problèmes d'efficacité de l'offre de soins, ils sont laissés aux soins du marché (Henriet et Rochet, 1999). L'optimalité de l'ajustement de l'offre à la demande dépend dès lors des niveaux de risques sanitaires (immédiats ou potentiels) et de la volonté de les partager.

Tableau 1
Répartition géographique des infrastructures sanitaires

Nombre de km	Zone	Poste de santé		Centre de santé		Centre de santé communautaire		Hôpital préfectoral/ Centre médical communal		Hôpital centre minier		Hôpital régional/ CHU		Dispensaire		Clinique		Pharmacie		Domicile		Non-réponse		Total général	
		38	680	70	503	100	254	42	238	110	503	2538													
0-1	Urbaine	1%	27%	3%	20%	4%	10%	2%	9%	4%	20%	0%	100%												
		493	285	27	11	3	4	15	13	80	1013	1944													
	25%	15%	1%	1%	0%	0%	1%	1%	4%	52%	0%	100%													
	40	597	46	572	63	493	47	204	37	143	2242														
1-5	Urbaine	2%	27%	2%	26%	3%	22%	2%	9%	2%	6%	0%	100%												
		298	398	48	35	1	8	18	7	9	162	984													
	30%	40%	5%	4%	0%	1%	2%	1%	1%	16%	0%	100%													
	30	40	5	4	0	1	2	1	1	16	0	100													

5 et plus	Urbaine	3	50		29	25	174	3	43	2	32	361
		1%	14%	0%	8%	7%	48%	1%	12%	1%	9%	0%
	Rurale	193	451	75	222	11	68	16	26	33	129	1224
		16%	37%	6%	18%	1%	6%	1%	2%	3%	11%	0%
Non-réponse	Urbaine	2	11	1	10		2		2	1	17	22201
		0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Rurale	11	3							1	7	17669
		0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Total		1078	2475	267	1382	203	1003	141	533	273	2006	39824
Total en %		2%	5%	1%	3%	0%	2%	0%	1%	1%	4%	81%

Source : Calculs faits par l'auteur à partir des résultats de EIBEP (2002/2003).

L'application d'une politique de redistribution fiscale pour assurer un accès équitable aux soins à des individus fonctionne bien tant qu'on a à faire à une économie relativement bien structurée et où les activités économiques qui y sont menées sont majoritairement formelles. En d'autres termes, l'instauration d'une politique de redistribution fiscale en Guinée aura peu de chances d'aboutir aux résultats attendus. Nous avançons ici diverses raisons.

Premièrement, la prépondérance des activités informelles dans l'économie guinéenne (plus de 60% selon la BM). En effet, le poids des activités économiques informelles dans l'économie ne facilite ni l'identification des foyers fiscaux, ni les prélèvements fiscaux. La mise en place donc d'une politique de redistribution fiscale, pour réduire l'inégalité d'accès aux soins, n'aura donc que très peu d'effets compte tenu de la faiblesse des revenus fiscaux.

Deuxièmement, l'accès massif aux soins de santé n'en garantit pas l'équité face à ces soins. En effet, les résultats de l'enquête ménage (tableau 1) fournissent sur ce point de nombreux enseignements. Dans ce tableau, nous étudions la distance moyenne qui sépare les populations des infrastructures sanitaires classées suivant leur champ d'activités. Pour des raisons de commodité, nous regroupons les distances en trois intervalles : 0 à 1 km, de 1 à 5 km et 5 km et plus. Pour chacun de ces intervalles, nous distinguons les zones urbaines et rurales.

Interrogées sur la dernière structure sanitaire consultée au cours des quatre dernières semaines, les personnes vivant en zone urbaine et à moins de 1 km des infrastructures sanitaires, ayant répondu, citent en priorité le centre de santé (27%), suivi de l'hôpital préfectoral/centre médical communal (20%). En revanche, les personnes vivant en zone rurale citent en premier lieu les postes de santé (25%) puis les centres de santé (15%). Nous notons qu'en dépit de la proximité des structures de soins, 52% des personnes vivant en zone rurale privilégient les soins à domicile contre 20% des urbains.

Dans l'intervalle 1-5 km, les résultats varient légèrement. En effet, même si 27% des urbains affirment s'être adressés d'abord au centre de santé, on remarque que l'hôpital préfectoral/centre médical communal et l'hôpital régional/CHU ont été consultés dans l'ordre par 26% et 22% des enquêtés. Par ailleurs, 70% des consultations des ruraux se sont effectuées entre les postes de santé (30%) et les centres de santé (40%). La diminution des consultations à domicile (qui se situent à 6% pour les urbains et 16% pour les ruraux) au profit des structures précédemment citées s'expliquerait par l'état « critique » de la maladie, qui dépasserait désormais le cadre des remèdes curatifs traditionnels, d'échange de médicaments ou celui des structures sanitaires les plus proches. Au-delà de 5 km, les structures de santé les plus fréquentées en zone urbaine sont l'hôpital régional/CHU (48%), le centre de santé (14%) et les cliniques (12%), alors qu'en zone rurale les centres de santé sont encore les plus sollicités (dans 37% des cas), suivi de l'hôpital préfectoral/centre médical communal (18%) et les postes de santé (16%).

L'extension géographique des infrastructures sanitaires en Guinée est considérable, depuis 1988. Toutefois, il convient de noter que ces efforts sont loin d'être suffisants pour atteindre le seuil d'« acceptabilité » de l'inégalité des populations face aux soins. En effet, les populations urbaines relativement plus aisées sont privilégiées par la proximité des districts, hôpitaux régionaux et nationaux, qui offrent des services assez diversifiés et plus qualifiés. Les populations rurales (63,3% de la population totale en 2002) n'ont à leur portée que des postes et centres de santé offrant des services limités. Cette asymétrie dans l'accès et l'utilisation des structures hospitalières plus qualifiées entre zones géographiques différentes, abritant des populations aux revenus disparates, influe considérablement et négativement sur l'état de santé des populations.

À la question de savoir pourquoi ils n'ont pas utilisé le service moderne de santé au cours des quatre derniers mois, 95% des usagers ruraux enquêtés invoquent le facteur distance contre 5% des urbains. Les problèmes d'infrastructure et d'équipement sont dénoncés aussi bien par les usagers urbains (58%) que ruraux (42%). D'autres raisons (non moins négligeables) de non-utilisation des services de santé ont été avancées: la qualité des prestations (52% des urbains contre 48% des ruraux), le coût d'accès aux soins (43% des urbains contre 57% des ruraux). Enfin d'autres raisons de non-utilisation du service moderne qui méritent également une attention ont été avancées: « n'a pas été malade » (urbains, 58%; ruraux, 42%); « pas nécessaire » (urbain, 56%; ruraux, 44%); « autres raisons » (urbain 41%; ruraux, 59%), etc. (tableau 2).

Tableau 2
Raisons de non-utilisation de services modernes par zone

Raisons	Zone urbaine	Zone rurale	Total général
N'a pas été malade	58%	42%	100%
Non-réponse	56%	44%	100%
Pas nécessaire	56%	44%	100%
Trop cher	43%	57%	100%
Trop éloigné	5%	95%	100%
Autre	41%	59%	100%
Infrastructure/ équipement	58%	42%	100%
Qualité prestation	52%	48%	100%
Total	56%	44%	100%

Source : Calculs faits par l'auteur à partir des résultats de l'EIBEP 2002/2003.

Ces résultats confirment à quelques différences près ceux obtenus par d'autres études. La BM (1993) et Kaendi (1994) soutiennent que le niveau des infrastructures de santé et leur mode de fonctionnement déterminent leur

utilisation. L'insuffisance des ressources financières est un autre obstacle à l'accès aux services de santé. Wyss et Nandjinger (1995) et Meuwisen (2002) montrent respectivement au Tchad et au Niger que l'introduction de la participation financière aux soins par les usagers discrimine les personnes à faibles revenus car la demande de soins de santé est une fonction croissante du niveau de revenu.

Cette dernière position est toutefois réfutée par d'autres études qui estiment que l'instauration d'une participation financière des usagers aux soins n'est pas pertinente pour expliquer la faible fréquentation des centres de santé par les populations. Audibert et Mathonnat (2000) mentionnent qu'en Mauritanie cette politique s'est révélée positivement favorable au renforcement des programmes élargis de vaccination (l'élasticité entre la proportion des consultations par habitant et le coût des soins étant de 0,81). De leur côté, Chawla et Ellis (2000) révèlent qu'au Niger l'impact négatif des prix des soins sur leur utilisation n'est pas significatif d'un point de vue statistique. Enfin, Touré (2002) et Mariko (2003) nous apprennent, dans leur étude respective portant sur la demande de soins au Mali, qu'en présence de services sanitaires de qualité l'effet négatif des frais d'accès aux soins n'affecte pas leur utilisation.

Relativement à la Guinée, les résultats de l'enquête ménage EIBEP montrent que la qualité des services fournis exerce un effet positif sur la fréquentation des structures sanitaires. Les usagers, qu'ils soient urbains ou ruraux, déplorent à près de 50 % la mauvaise qualité des prestations des hôpitaux et centres de santé. Cela expliquerait le fait qu'en dépit de leur maladie certaines personnes (56 % des urbains et 44 % des ruraux interrogés) choisissent de recourir à des soins alternatifs. Une amélioration qualitative des services fournis et surtout une réforme du système d'approvisionnement en médicaments en Guinée permettraient de « gagner en rentabilité et en continuité » (Comolet, 2000).

Finalement, le facteur financier reste malgré tout un déterminant majeur pour accéder aux soins. Environ 45 % des Guinéens (ruraux et urbains confondus) dénoncent la cherté des soins. La barrière financière que représente ce coût pour les malades discriminerait dès lors les patients en fonction de leur situation économique (Buor, 2004; Audibert *et al.*) et autorise à se pencher sur des mécanismes alternatifs permettant de les surmonter pour favoriser un accès massif aux soins.

L'ASSURANCE POUR GARANTIR L'ACCÈS AUX SOINS DE QUALITÉ À UN GRAND NOMBRE DE PERSONNES

En percevant la santé comme un *objectif idéal* et non un « bien » marchand, on comprend pourquoi la demande de santé reste proportionnelle à l'intensité ou au degré d'exposition des populations aux maladies (Beresniak et Duru,

2001). En effet, les populations guinéennes sont exposées à plusieurs cas de maladies : paludisme, infections respiratoires, maladies diarrhéiques..., qui nécessitent, pour être éradiquées, d'importantes ressources financières. Or, en dehors des subventions d'exploitation de source extérieure (51 % du budget des hôpitaux en 2003 contre 20 % en 1999), tous les autres postes de ressources des hôpitaux diminuent : recettes de tarification (20 % en 2003 contre 25 % en 1999), charges directement subventionnées par l'État (29 % en 2003 contre 50 % en 1999), autres ressources (0 % en 2003 contre 5 % en 1999) (MSP, 2004)². Cette baisse des ressources financières des hôpitaux affecte l'offre de soins qui, à son tour, influe négativement sur la demande ; c'est la baisse de la « demande induite » selon Beresniak et Duru (2001). Une des conséquences immédiates de cette situation est le détournement des populations des hôpitaux et donc une dégradation progressive de leur état de santé³. Une étude réalisée par le MSP en association avec la caisse de coopération allemande (GTZ) en 1991 révèle que, dans les préfectures de Kissidougou et de Guékédou, de nombreux paysans sont obligés de vendre au moins un animal, hypothéquer leur bien de production ou leur culture pour faire face à des cas d'hospitalisation d'urgence. Selon la même source, entre 25 et 50 % des ménages enquêtés déclarent, pour des raisons financières, décaler de quelques jours le recours aux centres de santé.

À ces difficultés financières viennent s'ajouter les pratiques de tarifications parallèles. Une étude de la BM réalisée en 2000 révèle des écarts importants entre les tarifs officiels et les tarifs pratiqués par les praticiens en Guinée : l'écart est de 6 fois pour la médecine, 15,5 fois pour la maternité et environ 30 fois pour la traumatologie. Pour surmonter ces difficultés, on peut envisager l'instauration d'un système assuranciel donnant aux populations la possibilité de prépayer les frais de soins.

Le système d'assurance santé est une forme de solidarité entre citoyens faisant supporter les charges de soins des « mal portants » par les « bien portants ». Il permet de réduire les options de demande de soins possibles en un : l'hôpital. Le tiers financeur introduit dans le système s'interpose entre offreurs et demandeurs de soins. La nouvelle relation ainsi créée est assimilable à une relation d'agence entre l'assureur (substitut des demandeurs de soins) et les producteurs de soins, représentés par l'hôpital et assimilé (Henriet et Rochet, 1999). Dans cette nouvelle configuration, il revient à l'assureur de transmettre les exigences des assurés – tout en s'assurant de leur prise en compte effective – aux prestataires de soins. Ce système présente l'avantage d'améliorer la production et la prestation des services de santé.

Les mécanismes de protection sociale institutionnalisée restent très restrictifs en Guinée. En dehors de quelques fonctionnaires, agents du secteur privé et « grands » commerçants du secteur informel, très peu de ménages individuels bénéficient d'une couverture sociale. La BM (2005) estime à moins de 100 000 le nombre de bénéficiaires du système d'assurance maladie sur une population d'environ 8 millions d'habitants, soit 1,22 %. Cette proportion, pour

rappel, est de 4,29 % au Mali, 5,09 % au Congo (RDC) et 0,12 % au Burkina Faso. Ce pourcentage traduit la marginalité de l'effectif des personnes pouvant se payer les services de santé en Guinée, sans avoir à faire des arbitrages parfois très contraignants entre différents besoins sociaux de base.

L'avènement et l'essor de la microassurance⁴, notamment les mutuelles de santé (depuis 1991), ont permis d'améliorer l'accès aux services de santé à des familles entières. Le rapport sur la Guinée de l'inventaire des systèmes d'assurance maladie en Afrique 2003-2004 a recensé 110 mutuelles de santé regroupant plus de 100 000 membres. Ces mutuelles couvrent tout le territoire national et revêtent différentes formes (caisses villageoises ou mutuelles de santé à couverture large), leur objectif est de favoriser l'inclusion socioéconomique des ménages en situations précaires.

Toutefois, le bénéfice d'une couverture maladie étant lié au paiement préalable d'une prime, les plus pauvres parmi les pauvres n'y ont pas accès (ou y accèdent difficilement). Ce qui laisse entière la question de l'élargissement des soins à tous. De plus, la garantie d'une réparation financière des organismes de microassurance reste pour l'essentiel limitée aux petits risques, les frais d'hospitalisation et d'accouchement avec complication ou encore de chirurgie y étant dans certains cas exclus. Plusieurs raisons expliquent cette situation.

Premièrement, les cotisations versées par les sociétaires sont trop faibles pour permettre aux mutuelles de prendre en charge cette catégorie de soins. Cela explique, par ailleurs, la faible dotation financière de ces institutions et leur fragilité.

Deuxièmement, les effectifs des membres adhérents sont trop faibles pour permettre à la solidarité entre malades et bien portants de pleinement s'exprimer. De Roodenbeke (2003) estime qu'un seuil minimal de population mutualisée est nécessaire pour permettre l'essor des institutions de microassurance⁵.

Troisièmement, les difficultés qu'ont les mutuelles d'assurer à leurs sociétaires des services de qualité, sachant qu'elles n'ont aucune influence sur le fonctionnement des établissements de santé. Pour surmonter ces difficultés, certaines mutuelles guinéennes (telle l'Union des mutuelles de Guinée forestière) accordent des primes et autres formes d'intéressement aux institutions de soins publiques, pour chaque membre de la mutuelle soigné.

Finalement, si le taux de couverture sanitaire s'est nettement améliorée depuis 1988, on notera cependant que cette expansion s'est effectuée aux dépens entre autres de l'équité sociale et de la qualité des soins. En effet, l'essor de petites structures prestataires de soins de base, en suivant la politique de décentralisation instaurée par les autorités, s'accompagne d'un affaiblissement du pouvoir de contrôle de l'État sur celles-ci. Il est clair que le rôle de l'État en matière de développement sanitaire reste encore ambigu en Guinée, il se partage entre une volonté de faire de l'hôpital un service public mais en laissant aux populations le soin d'en assumer le financement.

COMMENT AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SERVICES FINANCIERS DE QUALITÉ EN GUINÉE

La politique des « soins de santé primaires » obéit aux nouvelles stratégies de l'OMS (reprise par l'IB). Elle justifie l'essor des postes et centres de santé à travers tout le pays, même dans des zones où les besoins sanitaires dépassent le niveau de soins primaires. Autrement dit, l'implantation des infrastructures sanitaires ne tiendrait pas compte de la spécificité et de la diversité des besoins immédiats et futurs des populations en matière de soins. De nombreuses régions sont connues en Guinée pour être des zones de maladies endémiques – l'onchocercose dans les régions de Yomou, Guékédou et Kissidougou; trypanosomiase humaine dans les régions de Dubreka, etc. Il aurait fallu pour ces régions implanter des hôpitaux spéciaux, à la place des cabinets de soins primaires, pour faire face à ces maladies dangereuses pour l'équilibre socioéconomique. Cela aurait sans doute permis d'importantes économies de ressources (financières et humaines), d'autant plus que ces centres et postes de santé sont tenus par l'essentiel par des infirmiers et infirmières, les médecins ne voulant pas s'installer dans ces zones. Une révision stratégique de la géographie d'implantation des hôpitaux apporterait ainsi à l'importante demande de services de santé des solutions satisfaisantes et adaptées. Elle persuaderait par ailleurs les populations à se départir des comportements d'« arbitrage perdant⁶ ».

La qualité des ressources humaines du personnel hospitalier, son utilisation optimale et son effectif jouent également un rôle important dans la prestation des soins. Dans son étude portant sur le modèle de système de soins primaires guinéens, Comolet (2000) dénonce l'existence d'un « déficit sectoriel » du personnel de santé « au profit des hôpitaux et un déficit géographique au profit de la capitale » Conakry. Cette situation est liée à la fois à la mauvaise répartition du personnel de santé à l'échelle nationale et à son niveau de qualification. Selon le rapport d'inventaire des mutuelles de santé en Guinée (2000), avec 15,27 % de la population, la région de Conakry dispose de plus de 50 % des sages-femmes et des pharmaciens et un peu moins de la moitié des médecins (48 %); alors que la région de N'Zérékoré, où habite 18,82 % de la population, n'abrite respectivement que 9 % des médecins, 13 % des sages-femmes et 7 % des pharmaciens. Ce déséquilibre dans la répartition du personnel de santé pose naturellement le problème d'équité du système de santé, qui est remise en cause par les résultats de l'enquête EIBEP (2002-2003). À ce niveau, un grand effort reste à faire pour équilibrer la répartition spatiale des agents de santé mais aussi pour accroître leur effectif, qui reste encore très en deçà des normes établies par l'OMS⁷.

L'amélioration de l'accès aux soins passe aussi par l'instauration d'un système de tarification transparent, adapté et rigoureusement suivi de tous. Ce système a cependant besoin d'un soutien financier constant et soutenu de l'État et des partenaires au développement pour assurer aux hôpitaux un

fonctionnement régulier et efficace. Depuis 2001, les charges liées au fonctionnement des centres hospitaliers ne cessent d'augmenter sans que les tarifs ne soient réajustés et sans un soutien financier supplémentaire de l'État. Ces deux événements auraient conduit à une nette dégradation de la situation financière des structures sanitaires en Guinée (Gautier, Boutbien et Galland, 2005). La participation des populations aux charges des hôpitaux doit être compensée par la garantie de services sanitaires qualifiés pour rétablir la confiance des usagers dans les structures sanitaires et les détourner des pratiques sanitaires dangereuses au profit des soins modernes.

La situation des mutuelles doit également être clarifiée. Depuis 1991, l'État multiplie des initiatives pour promouvoir ces organes et pour contractualiser des rapports entre mutuelles de santé et centres hospitaliers. Les 110 structures de microassurance recensées s'adressent soit au secteur formel (secteur public, pour l'essentiel), soit au secteur informel (mutuelles villageoises). Si l'État encourage la mise en place des mutuelles, en revanche, les actions de celles-ci sont largement orientées par leurs initiateurs (organisations non gouvernementales, partenaires au développement, etc.). Cette dépendance limite leur prise d'initiative et donc leur essor. Un regroupement préfectoral/régional de ces institutions les doterait d'une masse financière assez importante pour faire face aux besoins de leurs adhérents et participer plus activement à la poursuite des réformes du système de santé essoufflé (Comolet, 2000). Il permettrait aussi de développer leur rapport avec les sociétés d'assurances en place. Enfin, une définition claire du statut des mutuelles et de leur autorité de tutelle serait très favorable à l'essor de leurs activités et aux rapports qu'elles entretiennent avec les structures hospitalières et les autres acteurs du développement. Les institutions de microassurance locales se balancent entre le ministère des Affaires sociales, de la Promotion féminine et de l'Enfance et le MSP. Ce manque de clarté dans les statuts n'est pas sans conséquences sur leurs conditions d'exploitation et l'expansion de leurs activités.

CONCLUSION

L'offre des services de santé éprouve des difficultés à induire la demande en Guinée, conformément à la littérature relative à l'économie de la santé. Une première raison est le dysfonctionnement du système de santé national que nous avons démontré dans ce texte. Ce dysfonctionnement transfère indûment les charges d'exploitation des structures sanitaires aux populations – et maintenant aux mutuelles d'assurances (substituts institutionnels des populations). Une deuxième raison est la mauvaise gouvernance des hôpitaux et le manque de clarté de leur statut. Les structures hospitalières nationales sont en effet partagées entre les services public et parapublic. Quant à l'engagement des autorités publiques, il reste imprécis. La politique de promotion de l'autonomie financière des hôpitaux par les autorités publiques contraste nettement avec la mainmise de l'État sur la direction de ces hôpitaux.

Introduire une culture d'entreprise dans le fonctionnement des structures d'offre de soins, pour combattre le clientélisme, la corruption et améliorer la qualité des prestations, serait favorable à une amélioration effective du bien-être des populations. Cette politique contribuera aussi à la réduction de la pauvreté, par une nette amélioration de l'espérance de vie à la naissance qui se situe aujourd'hui à 53 ans, selon l'OMS. Elle doit permettre d'ouvrir les institutions sanitaires et d'expliquer leur mode de fonctionnement à tous les usagers, pour que les financements apportés soient utilisés dans une optique solidaire de recherche de la satisfaction collective.

Enfin, les politiques de santé publique doivent trouver le « bon équilibre » entre la promotion de l'offre de services de santé de nature privée et l'extension de l'offre de services publics de santé de base. La politique de décentralisation initiée par les autorités a certes transféré les responsabilités aux régions, préfectures voire CRD, mais elle ne s'est pas accompagnée d'une mise à disposition de moyens financiers. Or, pour réduire les coûts des services de santé et obtenir des bénéfices futurs, en termes de retombées sociales et économiques, l'État doit respecter rigoureusement ses engagements, s'assurer que les ressources financières sont affectées « là où les bénéfices sociaux sont plus importants » (Audibert *et al.*, 2004).

Notes

- 1 Le MSP définit l'équité en deux volets : l'accessibilité financière et l'accessibilité géographique. Une partie des subventions issue de l'initiative des pays pauvres très endettés (PPTE) sert à améliorer l'accessibilité financière grâce à la mise en place par les autorités publiques d'un fonds d'indigence.
- 2 Les ressources financières des hôpitaux étaient estimées à 8 883 millions de francs guinéens (GNF) en 1999 et à 19 012 millions GNF en 2003. Les taux de change étaient de 1 USD pour 1 387,4 GNF (en 1999) et 1 USD pour 1 986,0 GNF (en 2003).
- 3 Par hypothèse, nous considérons que le recours à des tradipraticiens, aux pratiques médicales peu conventionnelles, ou à l'automédication présentent à terme d'énormes risques.
- 4 La microassurance est une forme de protection sociale ciblant pour l'essentiel les personnes exclues des systèmes de protection formels. On distingue plusieurs formes de microassurance santé : systèmes d'épargne santé, systèmes de microfinance avec un volet financement de santé/accident complémentaire, les assurances fournies par des prestataires de soins (centre de santé ou hôpital), les assurances pour le transport sanitaire sans but lucratif et les mutuelles de santé. Les mutuelles de santé qui associent l'assurance, la solidarité et la participation forment le système de microassurance le plus répandu en Afrique de l'Ouest.
- 5 À cause de l'importance du nombre de décès des femmes qui ne peuvent pas se payer les frais d'accouchement par césarienne, le gouvernement a décidé en juin 2007 de rendre gratuit tout accouchement par cette voie. Si cette décision est une avancée en matière d'accès aux soins, nous faisons remarquer que beaucoup reste encore à faire.
- 6 Nous qualifions d'« arbitrage perdant » l'obligation de faire un choix entre plusieurs solutions non satisfaisantes. Pour un revenu donné (faible), de nombreux ménages font des choix contraignants entre les dépenses de santé, de l'éducation des enfants, de logement ou encore d'alimentation. Dans une telle situation, toute renonciation à une solution porte préjudice au « bas » niveau d'équilibre du ménage et dégrade son bien-être général. Quant à l'option choisie, la satisfaction qu'elle procure n'est que momentanée.
- 7 Excepté les ratios nombre de médecins/pop. totale = 1/8304, élevé (comparé à la norme de 1/10000 de l'OMS), le nombre d'infirmiers d'État/pop. totale = 1/6114, moyen (comparé à la norme de 1/50000), tous les autres ratios sont très faibles.

Bibliographie

- ATKINSON, A. et J. STIGLITZ (1976). « The Design of Tax Structure: Direct Versus Indirect Taxation », *Journal of Public Economics*, vol. 6, nos 1-2, p. 55-75.
- AUDIBERT, M. et J. MATHONNAT (2000). « Cost Recovery in Mauritania: Initial Lessons », *Health Policy and Planning*, vol. 15, n° 1, p. 66-75.
- AUDIBERT, M., E. de ROODENBEKE et J. MATHONNAT (2004). « Financement de la santé dans les pays à faible revenu: questions récurrentes et nouveaux défis », *Médecine tropicale*, vol. 64, n° 6, p. 552-560.
- AUDIBERT, M., E. de ROODENBEKE, A. PAVY-LETOURMY et J. MATHONNAT (2004). « Utilisation des services de santé en Afrique: l'approche communautaire en termes d'offre de soins est-elle une réponse? », Communication présentée au colloque « Développement durable et santé dans les pays du Sud », décembre, Lyon, 22 p.
- BANQUE AFRICAINE DE DÉVELOPPEMENT (2004). *Selected Statistics on African Countries*, vol. XXIII.
- BANQUE AFRICAINE DE DÉVELOPPEMENT (2007). *Statistiques sur les indicateurs macro-économiques*.
- BANQUE MONDIALE (2005). « La politique hospitalière et le financement de l'Hôpital en Afrique ». En ligne: <info.worldbank.org/etools/docs/library/233097/Reform%20H>.
- BAUMANN, E. (2005). « La protection sociale au service du développement? Réflexions à partir de l'expérience sénégalaise », Communication pour l'atelier « Entrepreneuriat, développement durable et mondialisation », IX^{es} Journées scientifiques du Réseau Entrepreneuriat de l'AUF, Roumanie, juin, p. 47-62.
- BERESNIAK, A. et G. DURU (2001). *Économie de la santé*, 5^e éd., Paris, Masson, 216 p.
- BUOR, D. (2004). « Gender and Utilization of Health Services in the Ashanti Region, Ghana », *Health Policy*, 69, p. 375-388.
- BUREAU INTERNATIONAL DU TRAVAIL-STRATÉGIE et TECHNIQUE CONTRE L'EXCLUSION ET LA PAUVRETÉ (2002). « Microassurance santé: guide d'introduction aux mutuelles de santé en Afrique », 35 p.
- CHAWLA, M. et R.P. ELLIS (2000). « The Impact of Financing and Quality Changes on Health Care Demand in Niger », *Health Policy and Planning*, vol. 15, p. 76-84.
- COMOLET, T. (2000). « La santé en Guinée: Un modèle de système de soins de santé primaires à revisiter », *Médecine tropicale*, vol. 60, n° 1, p. 25-28.
- de ROODENBEKE, E. (2003). « Financement de la santé: efficacité, solidarité et lutte contre la pauvreté », in M. AUDIBERT, J. MATHONNAT et E. de ROODENBEKE (dir.), *Financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu*, Paris, Karthala, p. 325-337.
- EASTERLY, W. et R. LEVINE (2003). « Tropics, Germs, and Crops: How Endowments Influence Economic Development », *Journal of Monetary Economics*, n° 50, p. 30-40.
- FONDS MONÉTAIRE INTERNATIONAL (2003). *Perspectives économiques régionales, Afrique subsaharienne*.
- GAUTIER, B., A. BOUTBIEN et B. GALLAND (2005). « L'Union des Mutuelles de Santé de Guinée Forestière », *Groupe de travail du CGAP sur la microfinance*, Étude de cas n° 17, décembre, 78 p.
- GOUJON, D. et D. POISAT (2005). « L'hôpital public et l'économie solidaire: réflexion autour d'un exemple français », *Économie et Solidarités*, vol. 36, n° 2, p. 73-88.

- GUINÉE (2003-2004). *Inventaire des systèmes d'assurance maladie en Afrique, Rapport de la Guinée, Concertation*, p. 30.
- GUINÉE (2000). *Inventaire des mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest et du Centre, Rapport final*, 20 p.
- GUINÉE, Ministère de la Santé publique (2001). *Plan stratégique de développement sanitaire, Rapport final*, Conakry, mars, p. 75.
- GUINÉE, Ministère de la Santé publique (2003). *Document-cadre de réforme hospitalière*, Conakry, p. 24.
- GUINÉE, Ministère de la Santé publique (2004). *Réformes hospitalière et financement des hôpitaux en Guinée*, Répertoire Études Dossiers Politiques, Conakry, 92 p.
- HENRIET, D. et J.-C. ROCHET (1999). « Régulation et intervention publique dans les systèmes de santé », in Rapport Mougeot, *Régulation du système de santé*, Conseil d'analyse économique, Paris, La Documentation française, p. 115-129.
- KAENDI, J.M. (1994). « Gender Issues in the Prevention and Control of Visceral Leishmaniasis », in P. WIJEYARATNE, L.J. ARSENAULT, J.H. ROBERTS et J. KITTS (dir.), *Gender, Health, and Sustainable Development*, actes d'atelier, Nairobi (Kenya), 5-8 octobre 1993, Ottawa (ON, Canada), Centre de recherches pour le développement international, p. 110-116.
- MARIKO, M. (2003). « Accès aux soins et qualité: résultats d'une étude empirique menée à Bamako (Mali) », in M. AUDIBERT, J. MATHONNAT et E. de ROODENBEKE (dir.), *Le financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu*, Paris, Karthala, p. 5-37.
- MEUWISSEN, E. L. (2002). « Problems of Cost Recovery Implementation in the District Health Care: A Case Study from Niger », *Health Policy and Planning*, vol. 17, p. 304-313.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2006). *Rapport annuel*.
- RICHARD, V. (2005). « Financement communautaire de la santé en Afrique: Les mutuelles de santé », *Médecine tropicale*, vol. 65, p. 87-90.
- RODRICK, D. (2005). « Vers une meilleure perception des institutions », *Problèmes économiques*, n° 2868, février, p. 25-32.
- TOURÉ, L. (2002). « Recherche socioanthropologique sur la politique communautaire et son acceptabilité par la population dans la zone sanitaire de Sélingué », Rapport final, *Médecin Sans Frontière*, Luxembourg.
- WYSS, K. et M. NANDJINGER (1995). « Problems of Utilization of Nutritional Rehabilitation Services by Mothers of Malnourished Children in N'Djamena (Tchad) », in J.H. ROBERTS et C. VLASSOFF (dir.), *The Female Client and the Health-Care Provider*, Ottawa (ON, Canada), Centre de recherches pour le développement international, p. 138-153.
- ZETT, J.-B. (2005). « La pertinence contextuelle des organisations mutualistes et de type mutualiste dans le domaine de la santé au Burkina Faso », *Économie et Solidarités*, vol. 36, n° 2, p. 48-72.