



**LABORATOIRE D'ÉCONOMIE
DE LA FIRME ET DES INSTITUTIONS**
EA 4012 - UNIVERSITÉ LUMIÈRE LYON 2

Mohamed Lamine DOUMBOUYA

Accessibilité des services de santé en Afrique de l'Ouest : le cas de la Guinée

**Working paper n° 2008-2
Janvier 2008**

*Laboratoire d'Économie de la Firme et des Institutions
Research Center on Firm and Institutional Economics*

LÉFI – ISH, 14 AVENUE BERTHELOT, 69363 LYON CEDEX 07
TÉL : 04.72.72.64.07 – FAX : 04.72.72.65.55
E-MAIL : lefi@ish-lyon.cnrs.fr

Accessibilité des services de santé en Afrique de l'Ouest : le cas de la Guinée

DOUMBOUYA MOHAMED LAMINE

Enseignant-Chercheur
Laboratoire d'Économie de la Firme et Institutions
Institut des Sciences de l'Homme
Université Lumière Lyon 2 (France)
mohamed.doumbouya@ish-lyon.cnrs.fr
Tel : 04 72 72 65 50
Fax : 04 72 72 65 55

RÉSUMÉ : Dans cet article, nous étudions les conditions d'accès des populations, notamment les plus démunies, aux soins de santé. Nous nous appuyons pour 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. 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'assurance, 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.

Mots clés : santé, financement, micro-assurance, population, Etat

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's and particularly the poor's 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.

Keyword: Health, finance, micro-insurance, population, State

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 à faibles revenus exerçant des activités économiques faiblement rentables. Il est aussi contraignant pour les personnes vivant en zone rurale (63,3 % en 2002 contre 69,7 % en 1990, selon la Banque Africaine de Développement (BAD), 2004) où, en dehors de quelques postes et centres de santé spécialisés dans les « soins de santé primaire », les hôpitaux sont quasi inexistantes ou tout au moins 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 à collecter auprès des usagers des services sanitaires, des ressources additionnelles pour financer l'accès aux soins de santé primaire, à améliorer l'efficacité des structures sanitaires et la qualité des prestations. En contrepartie de cette participation financière, la gestion de ces unités de soins est déléguée aux différentes communautés.

Les avantages tirés d'une telle politique sont multiples. Du côté des autorités publiques, elle permet de doter les structures de santé des ressources supplémentaires afin garantir la qualité des prestations (qualité de l'accueil, disponibilité des médicaments, compétence des ressources humaines, etc.), pour mieux satisfaire les usagers. Un autre avantage est qu'elle permet d'améliorer l'efficacité allocative des dépenses publiques de santé, en orientant les ressources financières « là où les bénéfices sociaux sont plus importants » (Audibert *et al.*, 2004). Le Document Cadre de Réforme Hospitalière élaboré par le Ministère de la Santé Publique guinéenne (MSP-DCRH, 2003) estime la dépense publique de santé par tête d'habitant et par an à 3,5 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, l'implication des communautés dans la gestion des centres de soins leur permet d'influer, en particulier, sur le fonctionnement de ceux-ci et, en général, sur le mode de régulation du système de santé national. Le droit de regard et de contrôle garanti aux usagers par l'*initiative de Bamako* est donc censé rapprocher les rendements social et privé de l'investissement dans les structures sanitaires. Il devrait assurer un fonctionnement efficace des structures de santé, en offrant des services de qualité aux usagers, qu'ils soient clients ou clients-potentiels (Audibert *et al.*, 2003).

Pour le cas de la Guinée, même si l'IB a permis d'élargir la couverture sanitaire nationale, de nombreux obstacles contraignent encore l'accès des populations aux soins, notamment les plus pauvres. En effet, les besoins de soins dépassant le premier niveau restent insatisfaits et les populations rechignent à l'idée de payer pour accéder à des services de soins de moins bonne qualité. Ces comportements réduisent les fréquentations des hôpitaux et autres unités de soins (Audibert *et al.*, 2004) et, toutes choses égales par ailleurs, intensifient les pratiques de santé informelles (traditionnelles, automédication, etc.) et risquées. De plus, les résultats mitigés issus des politiques de décentralisation et de déconcentration du système de santé annoncent l'essoufflement ou « la fin du modèle de soins de santé primaires et de recouvrement des coûts » en place depuis une dizaine d'années (Comolet, 2000). La poursuite des réformes institutionnelles allant dans le sens d'un renforcement qualitatif du fonctionnement des structures hospitalières s'impose donc, pour améliorer la satisfaction des usagers, la productivité des investissements et le capital productif des structures de soins (Rodrick, 2005).

Par ailleurs, la promotion de l'offre de service de santé à caractère privé 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). Les populations, aux pouvoirs économiques et financiers précaires, n'ont pas accès aux soins de qualité. De plus, l'enlisement de la crise économique au niveau nationale conduit à une dégradation des services sociaux de base à caractère public au profit de services privés dont l'accès est sélectif. Cette situation exige, pour permettre l'essor d'un secteur de santé privé qualifié, des réformes institutionnelles qui mettent en adéquation les incitations privées et les objectifs sociaux, selon Rodrick.

Par ailleurs, en dépit de leur développement progressif, 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 les hospitalisations (Banque mondiale, 2005). En Guinée, sur une population de près de 8 millions, seul 1,22 % bénéficie des services d'assurance maladie, selon cette institution. Ces pourcentages sont de 4,29 % au Mali, 0,12 % au Burkina Faso et 2,87 % au Sénégal pour des populations respectivement estimées à 11,6 ; 12,1 et 10,2 millions d'habitants, (Banque mondiale, 2005). Face à cette situation, des initiatives se développent du côté des populations, partenaires aux développements, institutions de micro-assurance et des organisations non gouvernementales pour aider les plus pauvres à surmonter les obstacles (financiers notamment) liés à l'accès aux soins de santé (BIT-STEP, 2002, Zett, 2005).

Le présent papier a pour objet (1), l'identification des obstacles qui contraignent l'accès aux soins de santé qualifiés à l'ensemble de la population et (2), la proposition de solutions permettant de les surmonter, pour assurer aux populations, notamment les plus démunies de meilleures conditions de vie. Pour se faire, nous procédons dans un premier point à l'étude de l'organisation de la production sanitaire en Guinée. Cette étape nous permet de comprendre la géographie d'implantation des structures sanitaires par rapport aux lieux d'habitation des populations usagères. Le deuxième point analyse de la pertinence des politiques de santé appliquées en fonction de la répartition territoriale des infrastructures sanitaires. Nous développons dans un troisième point l'importance de la mise en place et la vulgarisation d'un système de couverture risque maladie en situation de pauvreté, pour améliorer l'accès aux services de santé qualifiés et favoriser l'essor des infrastructures sanitaires au niveau national. Le quatrième et dernier point propose des solutions pour réformer le système de santé et faire des cabinets de santé un espace à « solidarité horizontale » reposant sur « l'entraide mutuelle » (Goujon, Boisat, 2005).

1. Les structures d'offre sanitaire

La Guinée dispose d'un des systèmes de santé les plus faibles en Afrique. Cette faiblesse est indissociable à la structure même de son l'économie : économie de rente avec une forte présence du secteur primaire, des exportations dominées par les matières premières et un secteur économique informel en pleine extension 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 BAD), ne participent pas à plus de 25 % du PIB. Du côté des mines, la Guinée contrôle 40 % du commerce mondial de bauxite (Gautier *et al.*, 2005).

En dépit de l'importance son potentiel minier, un guinéen sur deux vit avec moins de 1 USD par jour, ce qui fait de ce pays un des plus pauvres au monde. En 2003, selon le FMI (2003), le PIB par habitant était de 390 USD, le taux d'inflation plus de 6,1 % et le taux de croissance économique 4,8 %. Quant aux indicateurs de santé de la reproduction, le taux de mortalité maternelle pour cent mille naissances vivantes était entre 1995-1998 de 670, contre 1 600 en 1990 (BAD, 2004). Entre 1995-98, ces statistiques étaient respectivement de 590, 580 et 600 pour cent mille naissances vivantes au Niger, au Mali et en Côte d'Ivoire.

Les divers résultats obtenus de la politique de « soins primaires » mise en place par les autorités guinéennes pour améliorer l'accès aux soins de l'ensemble de la population restent cependant en dessous des attentes. Cette sous performance rimerait avec la mauvaise situation économique. Pour Sala-I-Martin et Subramanian (2003), et par analogie, une abondance des ressources naturelles et des rentes ne sont pas étrangères à la piètre performance des institutions spécialisées dans l'offre de soins de santé. Car elle n'incite pas à la recherche de productivité des

institutions et les investissements dans les secteurs aussi utiles que la santé. De plus, selon ces auteurs, ces secteurs sont subordonnés à la conscience politique des dirigeants et au cours des matières premières exportées. De leur côté Easterly et Levine (2003) soutiennent que la « mauvaise » qualité des institutions conduit à une utilisation sous-optimale des facteurs et donc à une insatisfaction des usagers des services produits.

Rappelons que le système de santé guinéen est le fruit des réformes menées par les autorités publiques à partir de 1988. Ces réformes ont été inspirées par l'*initiative de Bamako*, elles s'appuient sur le découpage administratif pour élargir la cartographie des unités sanitaires et en améliorer au maximum leur utilisation par les populations. Les institutions sanitaires nationales 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 *et al.*, 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, gérés par des Communautés Rurales de Développement (CRD) ou les mairies. En 2002, selon les statistiques du Ministère de la Santé 370 centres étaient opérationnels. Pour servir les agglomérations rurales qui n'ont pas la taille d'une commune, les autorités ont créé les postes de santé. Au total 402 postes de santé fonctionnaient en 2002, selon les mêmes sources. 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 second niveau regroupe les hôpitaux régionaux. Au nombre de 7 (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 (soins secondaires).
- 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 d'implantation des unités de soins ressemble à une pyramide ayant une base assez large, composée de centres et postes de santé. Elle a pour objectif selon le Ministère de la santé publique (2004) de garantir l'accès aux soins et de façon équitable à l'ensemble de la population¹. Elle a le mérite de permettre l'accès à un grand nombre de guinéens aux services de santé de premier niveau. En effet, la population ayant accès à ces prestations est passée de 32 % entre 1985-89 à 80 % entre 1992-1996 (BAD, 2004). De même, cette politique de santé basée sur le développement des soins de santé primaires a permis l'amélioration de la prévention au niveau des populations. Le taux de vaccination des populations contre certaines épidémies s'est beaucoup amélioré, selon la BAD ; c'est notamment le cas de la tuberculose, 71 % en 2002 contre 50 % en

¹ Le Ministère de la Santé Publique (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.

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 des pays de la sous-région ouest-africaine tels que le Sénégal et la Gambie où les taux d'accès aux soins de santé étaient, d'après la BAD, entre 1992-1996 respectivement de 90 % et 93 %, contre 40 % et 90 % entre 1985-1989. 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. Dès lors, on a en face 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 leur coût 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 corrélés au niveau de développement économique. 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 (voir *supra*) au niveau 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 Banque mondiale), les cabinets de soins peuvent être perçus comme acteurs de développement à part entière. Sur ce dernier point, un 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.

2. L'État et la régulation des services de santé

La régulation des services de santé implique principalement la généralisation de l'accès aux soins à toutes les couches de la population et l'amélioration de l'efficacité des soins prodigués. Les décisions de politique de santé qui ont été appliquées en Guinée jusqu'en 1987 reposaient sur la gratuité des soins produits par les structures sanitaires publiques. Si théoriquement cette politique témoigne de la solidarité de l'État envers les usagers desdits 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 (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 limiter l'intervention publique dans le secteur de la santé et en améliorer leur impact. Quand aux problèmes d'efficacité de l'offre de soins, ils sont laissés aux soins du marché dont le bon fonctionnement permettrait un ajustement efficace de l'offre et de la demande (Henriet et Rochet,

1999). Cet ajustement est d'autant plus optimal que la volonté de partager les risques sanitaires est manifeste et importante chez les usagers (immédiats ou potentiels). Cela suppose toutefois au préalable un travail d'information sur les risques et une ferme intention de les partager avant leur manifestation.

L'application d'une politique de redistribution fiscale pour assurer un accès équitable aux soins à des individus fonctionne certes 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, si dans les pays développés elle a permis une nette amélioration de la couverture sanitaires – comme ce fut le cas en France où, selon Henriot et Rochet (1999), entre 1960 et 1991 la population sans couverture maladie est passée de 24 % à 0,7 % – en revanche pour des économies en développement comme celle de la Guinée, peu structurées et à dominante informelle, l'instauration d'une politique de redistribution fiscale aura peu de chance d'aboutir aux résultats attendus. Nous avançons ici diverses raisons.

En premier lieu, nous pouvons noter la part prépondérante des activités informelles dans l'économie guinéenne (plus de 60 % selon la Banque mondiale). En effet, cette présence massive 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'effet compte tenu de la faiblesse des revenus fiscaux. Entre 2000 et 2006, selon la BAD (2007), le PIB par habitant est passé en dollar courant américain de 369 à 313 ; tandis que l'épargne intérieure brute (11,9 % du PIB en 2006 contre 10,7 % entre 2000-2005) n'atteint pas la moitié de la moyenne africaine (26,3 % du PIB en 2006 pour toute l'Afrique contre 21,3 % entre 2000-2005). De plus, le risque de voir le taux de couverture sanitaire s'amenuiser à cause de l'enlèvement de la crise économique que connaît la Guinée est très élevé.

En deuxième lieu, l'analyse faite au point précédent montre que si l'accès aux soins a connu une nette amélioration en Guinée depuis la mise en place des réformes, en revanche les populations ne sont pas équitables face aux soins. En effet, les résultats de l'enquête ménage portant sur la répartition géographique des infrastructures sanitaires fournissent de nombreux enseignements sur ce point (annexe 1). Dans ce tableau (annexe 1) 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 : [0-1[km, de [1-5[km et [5-plus[km. 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 (qui ont répondu à la question) privilégient les soins à domicile contre 20 % des urbains.

Dans l'intervalle [1-5[km, les résultats varient légèrement par rapport au cas précédent. En effet, même si 27 % des urbains ayant répondu à la question 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

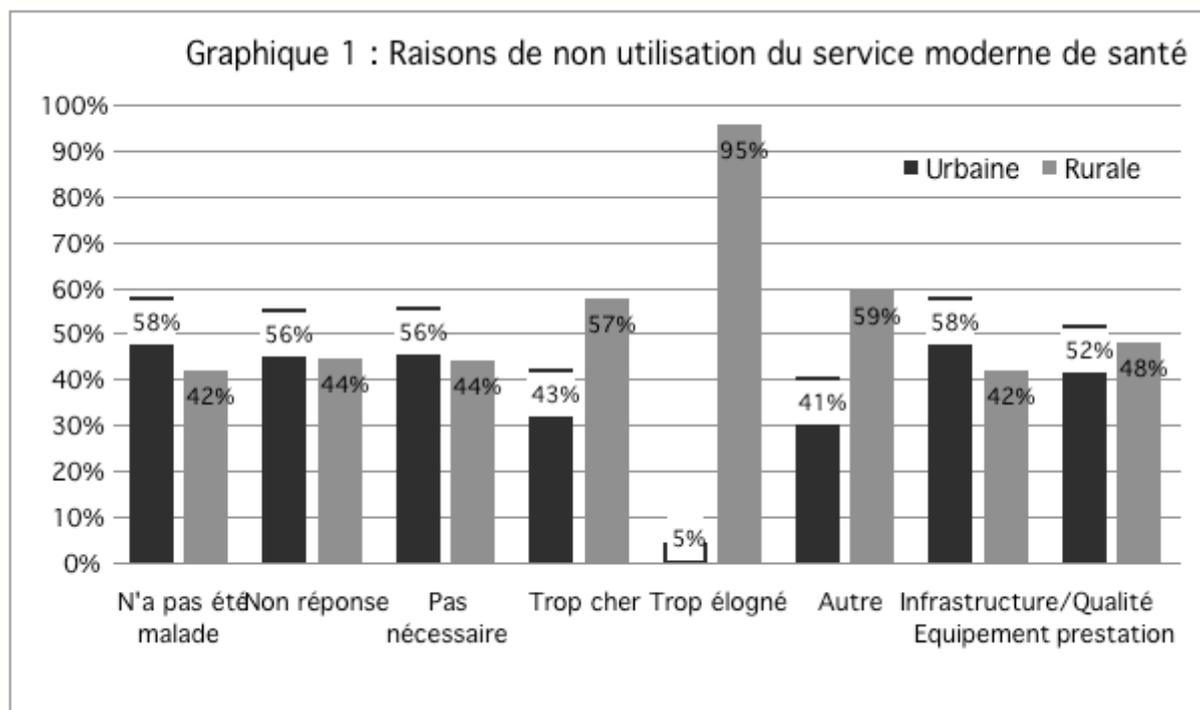
urbains et 16 % pour les ruraux) au profit des structures précédemment citées s'expliquerait par l'état « critique » de la maladie, qui dépasserait désormais le cadre des remèdes curatifs traditionnels, d'échange de médicaments et/ou celui des structures sanitaires les plus proches. Au delà des 5 km, 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. Cette politique qui consiste à créer des services de santé spécifiques pour répondre aux besoins locaux a certes permis d'améliorer le bien-être de nombreuses personnes qui, autrefois étaient contraintes d'utiliser des moyens alternatifs pour se soigner. 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 soins². 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 de santé sis dans des « petits hameaux » et les centres de santé, spécialisés dans les soins de premier niveau. 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 d'ensemble des populations. Elle offre, en effet, peu de choix aux usagers ruraux, en général pauvres, et dans une moindre mesure aux usagers urbains des cabinets de santé. De plus, le fait que ceux-ci (usagers) ne puissent rien y changer, pour bénéficier des soins qui soient au moins à la hauteur des frais supportés, peut constituer un motif de plus pour privilégier les mécanismes de soins alternatifs ou recourir aux tradipraticiens.

À la question de savoir pourquoi s'ils n'ont pas utilisé le service moderne de santé au cours des quatre derniers mois, 95 % des réponses des usagers ruraux enquêtés dénoncent le facteur distance contre 5 % des urbains. Les problèmes d'infrastructure et d'équipement sont décriés 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., (graphique 1). Ces résultats confirment à quelques différences près ceux obtenus par d'autres études. La Banque mondiale (1993) et kaendi (1994) soutiennent que le niveau des infrastructures de santé et leur mode de fonctionnement déterminent l'utilisation des services de santé moderne. Lule et Ssembatya (1995) estiment de leur côté que dans le district de Mangochi (Malawi), uniquement 25 % environ des femmes (sur les 390 ayant accepté de se prêter aux enquêtes) ont pu accoucher au centre de santé de Nankumba, alors que 90 % le voulaient. Cet écart se justifie par des problèmes d'infrastructures sanitaires qui non seulement sont insuffisantes mais aussi situées à des dizaines de kilomètres de leurs habitats.

² Dans les pays développés les taux de couverture risque maladie frôlent les 100 % alors qu'en Guinée, moins de 2 % de la population bénéficient d'une telle couverture (Banque mondiale, 2005).

Le problème de ressources financières a été également avancé comme raison faisant obstacle à l'accès aux services de santé. En effet, en instaurant indistinctement une politique de participation des populations aux charges hospitalières, nombreuses sont les personnes (surtout les plus démunies) en Afrique subsaharienne qui ont renoncé ou réduit la fréquentation des centres de santé. Ceci a été démontré par de nombreuses études empiriques : Wyss et Nandjinger (1995) et Ndhlovu (1994) pour les cas respectifs du Tchad et du Kenya et Meuwisen (2002) pour le cas du Niger. Ces études montrent 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. Elle est d'autant plus forte que le niveau de revenu est élevé.



Source : EIBEP 2002/2003.

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) montrent qu'en Mauritanie cette politique s'est révélée plutôt positivement favorable au renforcement des Programmes Elargis 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) étudiant le cas du Niger montrent que l'impact négatif des prix des soins sur l'utilisation des services de santé n'est pas significatif d'un point de vue statistique. Enfin, Touré (2002) nous apprend, dans une étude portant sur la demande de soins au Mali, qu'en présence de service sanitaire de qualité l'effet négatif des frais d'accès aux soins n'affecte pas leur utilisation. Autrement dit, les populations seraient prêtes à assumer cette charge à condition de bénéficier d'une prestation plus qualifiée. Les résultats de l'étude empirique menée par Mariko (2003) sur le Mali, portant sur l'« accès aux soins et qualité », confirment cette conclusion. Selon cet auteur, en doublant les tarifs des prestations sanitaires, la fréquentation ne baisse que de 0,8 % pour les dispensaires et de 1,8 % pour les hôpitaux. Partant de ce constat, il suggère donc que les autorités sanitaires

augmentent les tarifs pour améliorer le fonctionnement et la qualité des prestations, qui restent à son avis les principales variables de décision de la consommation des soins par les populations.

Relativement à la Guinée, l'insuffisance des soins de santé de bonne qualité est révélée par les résultats de l'enquête ménage EIBEP. Il apparaît que dans un milieu de « grande pauvreté » comme la Guinée - où 1 personne sur 2 vit en dessous du seuil de pauvreté - la qualité des prestations sanitaires peut avoir un effet persuasif sur la fréquentation des structures de santé modernes. Les usagers, qu'ils soient urbains ou ruraux dénoncent à près de 50 % la mauvaise qualité des prestations des hôpitaux et centres de santé. Ceci expliquerait le fait qu'en dépit de leur maladie certaines personnes (56 % des urbains et 44 % des ruraux interrogés) choisissent de se soigner autrement que de recourir aux services de santé modernes. Sur ce point, nous partageons les mesures préconisées par Mariko pour le Mali sur le fait que la qualité de l'accueil, la disponibilité des médicaments pour les premiers soins dans les hôpitaux et une nette baisse des coûts d'accès aux médicaments constituent des éléments favorables à la fréquentation des unités de soins par les populations. Ces mesures peuvent dans une certaine mesure compenser la faiblesse de la redistribution fiscale et, le fait qu'elles touchent directement l'offre, elles peuvent jouer favorablement sur l'efficacité du fonctionnement des structures sanitaires et la qualité des services offerts. Elles sont également partagées par Comolet (2000) qui plaide pour une réforme d'un système d'approvisionnement en médicament en Guinée, pour « gagner en rentabilité et en continuité ». Enfin, Audibert *et al.* (2004) soutiennent également que la qualité des services fournis par les unités de soins de santé explique leur degré d'utilisation par les populations. Toutefois, en plus du facteur qualité, ces auteurs identifient deux autres déterminants non moins importants : les facteurs financiers et les facteurs socioculturels. D'autres facteurs comme le développement économique, les comportements socioculturels, l'environnement ou encore l'éducation déterminent également l'état de santé des populations (Evans *et al.*, 1996).

Le coût d'accès élevé aux soins de santé modernes (précédemment évoqué), dénoncé par les populations enquêtées, révèle que le facteur financier reste en dépit de tout un déterminant majeur pour accéder aux soins. Notre résultat s'oppose sur ce point à celui de Mariko, qui plaide plutôt pour une stratégie basée sur la politique pharmaceutique (disponibilité des médicaments dans les hôpitaux, vulgarisation des médicaments génériques et baisses de leur prix, etc.). Un des principaux enseignements que l'on peut tirer de cette étude est qu'environ 45 % des guinéens (ruraux et urbains confondus) dénoncent la cherté des coûts d'accès aux 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 de se pencher sur des mécanismes alternatifs permettant de les surmonter pour favoriser la consommation des soins à toute la population.

3. 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 peut aisément comprendre pourquoi la demande de santé reste proportionnelle à l'intensité et/ou au degré d'exposition des populations aux maladies (Beresniak *et al.*, 2001). En effet, la Guinée, à l'instar de nombreux pays en développement « abrite » plusieurs cas de maladies notamment les maladies endémiques (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). Cette baisse des ressources financières des hôpitaux conduit nécessairement à une baisse de l'offre de santé qui, à son tour exerce un effet négatif sur la demande de santé, la baisse de la « demande induite », selon Beresniak *et al.* Une des conséquences immédiates à cette situation est le détournement des populations des hôpitaux et donc une dégradation progressive de leur niveau de santé³. Une étude réalisée par le Ministère de la santé 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.

En outre, l'opacité avec laquelle fonctionnent les établissements de soins nationaux conjuguée à la piètre efficacité du système d'information, notamment le système de tarification des soins, ne sont pas de nature à inciter à la consommation des soins de santé modernes. Selon la Banque mondiale, une étude réalisée en 2000 révèle des écarts importants entre les tarifs officiels et les tarifs réellement 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. On peut déplorer aussi l'absence de tout système de contrôle pour veiller sur le respect des règles établies et sur le fonctionnement régulier des hôpitaux.

Pour surmonter ces difficultés d'accès aux services de santé et garantir un financement régulier et efficace à l'offre de santé, la mise en place d'un système de couverture contre le risque maladie est une des meilleures solutions. Il implique de procéder à une réorganisation plus rationnelle de l'équilibre entre l'offre et la demande de santé en libérant la consommation de ménages des charges sanitaires, par l'instauration d'un système assurantiel donnant aux populations la possibilité de prépayer les frais de soins.

Le système d'assurance santé est une forme de solidarité entre citoyens dans le domaine de la santé faisant supporter les charges de soins des « mal portant » par les « bien portant ». Il permet de réduire les options de demande de soins possibles en un : l'hôpital ; car une fois la prime de couverture réglée, les variances de revenu chez l'utilisateur (assuré) des services de santé n'ont plus que très peu d'effets sur la demande de soins adressée aux structures de santé modernes⁴. C'est également le cas de la variation des tarifs des prestations sur la consommation des soins.. C'est un système qui consiste à introduire un tiers financeur dans le système de santé, pour s'interposer entre les offreurs de soins (hôpitaux et assimilés) d'un côté, et les demandeurs de soins de l'autre (populations). La nouvelle relation ainsi créée est assimilable à une relation d'agence entre l'assureur (substitut des demandeurs de soins et défenseur de l'intérêt des assurés : clients, associés, affilié, etc.) et les producteurs de soins, représenté par l'hôpital et assimilé (Henriet et Rochet, 1999). Dans cette nouvelle configuration, il revient à l'assureur (le principal) de transmettre les exigences des assurés (mandataires) - tout en s'assurant de leur prise en compte effective – aux prestataires de soins (agent). Ce système présente l'avantage d'améliorer, du côté de l'offre, la production des services de santé (participation soutenue au financement de l'offre, amélioration des recettes des prestations...) et, du côté de la demande, une nette augmentation de la consommation des soins et dans de meilleures conditions.

³ Par hypothèse nous considérons que le recours à des tradipraticiens ou à l'automédication présentent à terme d'énormes risques.

⁴ Sous réserve que la maladie pour laquelle l'assuré demande des soins soit couverte par le contrat d'assurance.

Les populations, notamment les plus pauvres, n'ayant pas les moyens (humains et financiers) d'exiger des services de santé de qualité à leur producteur – pour des raisons de coûts de transaction et de surveillance – cette responsabilité incombe alors au principal (assureur) dans la relation d'agence. Ce dernier est amené à mettre en place un système de contrôle des services offerts à ses adhérents et d'intéressement, pour contraindre le comportement opportuniste de l'agent. À son tour l'agent (hôpital), se sentant surveillé, sera amené à émettre des signaux positifs à l'endroit du principal (coût de motivation) pour bénéficier de sa confiance⁵. Dans cette nouvelle architecture, on peut espérer maintenir et/ou accroître la confiance des usagers aux cabinets de santé et donner aux populations de bonnes raisons de souscrire à une prime d'assurance maladie.

Les mécanismes de protection sociale institutionnalisée restent très restrictifs en Guinée. En dehors de quelques fonctionnaires, agents du secteur privé et autres grands commerçants opérant dans le secteur informel, très peu de ménages individuels bénéficient d'une couverture sociale. La Banque mondiale (2005) estime à moins de cent mille 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. Pour la cas particulier de la Guinée, ce pourcentage traduit la marginalité de l'effectif des personnes qui peuvent se payer des services de santé sans avoir à faire des arbitrages parfois très contraignants entre différents besoins sociaux pouvant dans certains cas conduire à leur appauvrissement. Il renseigne aussi sur la dimension des pratiques d'entraide et de solidarité pour accéder aux soins, notamment dans un environnement caractérisé par une asymétrie de l'information sur les prix des soins et des conditions socioéconomiques difficiles.

L'avènement et l'essor de la micro-assurance, notamment les mutuelles de santé (à partir de 1991), a certes permis d'améliorer l'accès aux services de santé à de nombreuses familles démunies. Le rapport sur la Guinée de l'Inventaire des systèmes d'assurance maladie en Afrique 2003-2004 a recensé 110 mutuelles de santé établies en Guinée et comportant plus de cent mille membres. Ces mutuelles couvrent l'ensemble du territoire national et revêtent différentes formes (genre, caisses villageoises ou mutuelles de santé à couverture large), leur objectif est de favoriser l'inclusion socioéconomique des ménages en situations précaires ou économiquement fragiles. La micro-assurance se présente dès lors comme une institution alternative, en matière de protection sociale des populations, aux institutions d'assurance en place dont l'accès est réservé aux familles relativement aisées, et aux politiques de santé en vigueur, qui ne laissent que peu de chance aux plus démunies. Ses avantages sont de permettre à ses membres un meilleur accès aux soins de santé qualifiés, une gestion plus rigoureuse des structures de soins, la promotion du bien-être de ses membres et leur bonne intégration dans la société (Develtere *et al.*, 2004).

Toutefois, les conditions financières requises pour appartenir de telles organisations ne sont pas à la portée de toutes les composantes de la population. Le développement de la micro-assurance santé vise certes à élargir le partage des risques financiers à des personnes qui n'ont pas accès au système d'assurance santé « classique ». On notera cependant qu'à partir du moment où pour bénéficier d'une couverture maladie il faut s'acquitter préalablement d'une prime, les plus pauvres parmi les pauvres n'y ont pas accès (ou y accèdent difficilement). Ce qui laisse entier la question d'élargissement des soins à l'ensemble de la population. De plus, la garantie

⁵ Cela suppose que l'autonomie des hôpitaux est totalement garantie par les autorités publiques, pour permettre la libre concurrence entre prestataires. Pour le cas de la Guinée, si les hôpitaux publics jouissent d'une autonomie financière, en revanche ils ne sont pas libre dans le recrutement de leur personnel.

d'une réparation financière (ou prise en charge des frais de soins) des organismes de micro-assurance reste pour l'essentiel limitée aux petits risques, les frais d'hospitalisation, d'accouchement avec complication ou encore de chirurgie y sont dans certains cas exclus¹. Autrement dit, les couvertures risque-maladie des soins de second degré reste très limités. Plusieurs raisons expliquent cette situation.

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

Deuxièmement, les effectifs des membres adhérents sont de petites tailles pour permettre à la solidarité entre malades et personnes en bonne santé de pleinement s'exprimer. Roodenbele (2003) estime qu'un seuil minimum de la population mutualisée est nécessaire pour permettre le développement des institutions de micro-assurance et répondre à leur objectif à moindre coût et avec plus d'efficacité⁶.

Troisièmement, les difficultés qu'ont les mutuelles d'assurer à leurs sociétaires des services de qualité. Ce dernier point conditionne l'engagement des adhérents et donc le devenir de la structure. En effet, les mutuelles se doivent de garantir à leur sociétaire des services sanitaires de qualité, conformément aux clauses du contrat. Or, ceci est parfois difficile à assurer car non seulement elles ne disposent d'assez de moyens pour contrôler la qualité des soins offerts à leurs adhérents mais aussi compte tenu de leur taille, elles ne peuvent influencer sur le fonctionnement de système de santé national. Pour surmonter ces difficultés, certaines mutuelles guinéennes (telle que 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. Or, si ces structures fonctionnaient correctement, ces primes auraient pu servir à consolider leur situation financière et donc à améliorer le niveau de couverture risque-maladie de leurs adhérents. Mais tel n'étant pas le cas, elles se voient dans l'obligation de supporter les coûts de dysfonctionnements du système de santé. En poussant l'analyse plus loin, la conclusion qui en découle est que les populations les plus démunies paient les charges de dysfonctionnement des structures sanitaires publiques. Ce qui n'est pas de nature à en encourager l'usage et à favoriser la maturation des institutions de micro-assurance fragilisées par les effectifs de leurs membres adhérents.

Finalement, si la couverture géographique des soins s'est nettement améliorée au cours des dernières décennies (taux d'accès, 80 %, 1992-96 contre 32 %, 1987-1989, selon la BAD), on notera cependant que cette expansion s'est effectuée au dépens entre autres de l'équité sociale et la qualité des soins. Les prestations offertes par les institutions de santé se révèlent être en décalage par rapport aux attentes de la population. En effet, le développement de petites structures prestataires des soins de base, en suivant la politique de décentralisation initiée 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 soins d'en assumer le financement.

4. Comment améliorer l'accès aux services financiers de qualité en Guinée

⁶ 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 dernier 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.

Le système de paquet minimum d'activité initié par la politique des « soins de santé primaire » considère *a priori* que toutes les populations et de toutes les localités ont besoin à un moment donné de ce premier soins. Cette politique obéit à une nouvelle stratégie sanitaire mondiale initiée par l'OMS et reprise par la rencontre de Bamako en 1987. C'est ce qui justifie par ailleurs l'essor des postes et centres de santé à travers tout le pays, même dans des localités où les besoins sanitaires dépassent le niveau de soins primaires. Autrement dit, la géographie d'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 Dubréka, etc. Il aurait fallu pour ces régions instituer des hôpitaux spéciaux, à la place des cabinets de soins primaires, pour faire face à l'ensemble des besoins sanitaires locaux. Ceci aurait sans doute permis d'importantes économies de ressources financières et surtout de capital humain, d'autant plus que ces centres et postes de santé sont tenus pour l'essentiel par des infirmés, les médecins ne voulant pas s'installer dans ces zones. Une révision stratégique de la géographie d'implantation des hôpitaux apporterait ainsi aux demandes de services de santé exprimées par les populations plus de satisfaction, ce qui leur permettrait de renoncer (ou en diminuer le recours) à des comportements d'« arbitrage perdant⁷ ».

Par ailleurs, la qualité des ressources humaines du personnel hospitalier, son utilisation optimale ainsi que son effectif jouent également un rôle important dans la prestation des soins de qualité. 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 (dénoncée plus haut) et à son niveau de qualification. Elle limite l'accès aux centres de santé (Atai-Okei, 1994). 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 qui renferme 18,82 % de la population, n'abrite respectivement que 9 % de médecin, 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 spéciale des agents de santé mais aussi pour accroître leur effectif, qui reste encore très en deçà des normes établies par l'OMS⁸.

L'amélioration de l'accès aux soins passe aussi par l'instauration d'un système de tarification clair, uniforme et adapté. Ce système se doit d'être clair pour bien situer les populations sur les conditions d'accès aux soins et mettre un terme aux pratiques de tarification officieuses qui ternissent l'image de l'hôpital public et du système de santé en général. Il se doit d'être uniforme pour éviter que les critères de choix des hôpitaux (dans une même région par exemple) par les patients reposent sur des barrières financières ; Il se doit enfin d'être adapté pour des

⁷ Nous qualifions d'« arbitrage perdant » 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 apportée n'est que momentanée.

⁸ Exceptés les ratios nombre de médecin/pop. totale = 1/8304, élevé, (contre la norme de 1/10000 de l'OMS), le nombre d'infirmiers d'état/pop. totale = 1/6114, moyen (contre la norme de 1/50000), tous les autres ratios sont très faibles.

raisons de justice sociale et dans un souci de pallier l'exclusion aux soins des couches défavorisées. Une tarification forfaitaire et par catégorie socioéconomique pour couvrir une partie des charges pourraient bien être adaptée, pour participer aux frais de fonctionnement des structures hospitalières. Cette participation, qui pourrait être symbolique pour les couches les plus démunies, vise à responsabiliser les usagers des services de santé et à les mettre dans un cadre contributif où ils peuvent intégrer ou se maintenir dans la société. Elle exige cependant, pour être mise en place efficacement, une plus grande transparence au niveau de la gestion hospitalière et une participation financière constante et soutenue 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 de l'État. Ces deux événements auraient conduit à une nette dégradation de la situation financière des structures sanitaires en Guinée (Gautier *et al.*, 2005). La participation des populations aux charges des hôpitaux doit être compensée par la garantie des services sanitaires qualifiés. C'est à cette condition que se construit la confiance usagers-structures sanitaires, d'une part, et populations-institutions de couverture risque-maladie, d'autre part. Également, c'est à cette condition qu'on peut amener les populations à se départir 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 les mutuelles de santé et pour contractualiser des rapports entre mutuelles de santé et centres hospitaliers. Les 110 structures de micro-assurance 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 (ONG, partenaires au développement GTZ, CIDR, UNICEF, OMS, etc.). Cette dépendance limite leur prise d'initiative et donc leur essor. Un regroupement régional (ou dans un premier temps préfectoral) de ces institutions les doterait d'une masse financière importante pour faire face aux besoins de couverture sociale de leurs adhérents, pour résister aux vicissitudes environnementales et pour 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'assurance 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 micro-assurance locales se balancent entre le Ministère des Affaires Sociales, de la Promotion Féminine et de l'Enfance (MASPFA) et le Ministère de Santé Publiques (MSP). Ce manque de clarté dans les statuts n'est pas sans conséquences sur leurs conditions d'exploitation et l'expansion de leurs activités.

A. Conclusion

Si l'amélioration du niveau de santé de la population permet à la Guinée de s'assurer d'un potentiel productif national apte à répondre aux besoins de main-d'œuvre pour des investissements futurs, selon Roodenbeke (2003), nombre d'études réalisées dans les pays en développement révèlent que l'état de santé des populations dans ces régions est affecté par des facteurs extra-sanitaires tels que l'environnement, l'éducation, l'insertion sociale... Autrement dit l'amélioration des niveaux de santé dans un pays comme la Guinée, passe aussi par les performances réalisées dans ces secteurs. Baumann (2005) soutient à ce propos que les difficultés que traversent les populations des pays du sud pourraient bien être liées à la nature des politiques qui y sont

menées. Il importe de mener des politiques pouvant jouer efficacement sur la vulnérabilité des pauvres *a priori*, défend l'auteur. Ceci implique la mise en place d'instances de régulation qui rendent accessibles les services publics notamment les services sociaux de base tels que la santé et l'éducation, qui sont susceptibles d'avoir un effet positif sur la pauvreté et sur la vulnérabilité socioéconomique dans le temps.

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. En effet, en dépit de ses efforts pour améliorer l'accès aux soins à l'ensemble de la population, le système de santé guinéen fonctionne de façon opaque : mauvaise circulation de l'information, manque de transparence dans la tarification des soins, clientélisme du personnel soignant... Ce dysfonctionnement tend à transférer indûment les charges d'exploitation des structures sanitaires sur les populations - et maintenant sur les mutuelles d'assurance (substituts institutionnels des populations). Une deuxième raison qu'on peut avancer 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 le 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 est de ce fait en net contraste avec la main mise 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 offrir des soins de qualité aux populations serait favorable à une amélioration effective du bien-être des populations et à l'extension de la couverture risque-maladie aux couches les plus défavorisées. Elle aura pour effet de consolider les rapports entre populations et institutions de micro-assurance et d'induire massivement la demande de soins adressée aux hôpitaux. Elle 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. Cette politique passe toutefois par une révision de l'approche institutionnelle en vigueur qui, par son mode de fonctionnement, contraint les agents à choisir entre services de santé « moderne » et/ou « traditionnel ». Elle permettra d'ouvrir les institutions sanitaires du pays et d'expliquer leur mode de fonctionnement à tous les usagers (effectifs ou potentiels), pour que les financements apportés soient utilisés dans une optique solidaire de recherche de la satisfaction collective.

Enfin, les politiques de santé publiques 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 marchandisation de l'offre de santé publique est en contradiction avec la baisse des revenus des populations et l'exacerbation de la crise économique nationale conduit à une importante exclusion de nombreuses personnes des services de santé, notamment les personnes à faibles revenus. La politique de décentralisation initiée par les autorités a certes transféré les responsabilités aux régions, préfectures voire comités ruraux de développement (CRD) mais elle ne s'est pas accompagnée d'une mise à disposition de moyens financiers. Or, pour anticiper de faibles coûts de service de santé et des bénéfices futurs, en termes de retombées sociales, de productivité de la main d'œuvre et de bien-être de la population, l'État doit adopter une discipline forte dans le respect de ses engagements et veiller à ce que les institutions sanitaires soient de bonne qualité (Rodrick, 2005).

Bibliographie :

Atai-Okei, H. R. (1994). « Maternal and Child Health Care in Teso, Uganda : Social Issues », dans 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. 205-210.

Atkinson, A. et J. Stiglitz (1976). « The design of tax structure : direct versus indirect taxation », *Journal of Public Economics*, n°6, p. 55-75.

Audibert, M., de Roodenbeke E. et J. Mathonnat (2003). « Problématique et vue d'ensemble », dans M. Audibert, E. de Roodenbeke et J. Mathonnat (eds.), *Le Financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu*, Paris, Karthala, p. 5-37.

Audibert, M., de Roodenbeke E. et J. Mathonnat (2004). « Financement de la santé dans les pays à faible revenu : questions récurrentes et nouveaux défis », *Médecine Tropicale*, vol. 64, p. 552-560.

Audibert, M., de Roodenbeke E., Pavy-Letourmy A., Mathonnat J., (2004). « Utilisation des services de santé en Afrique : l'approche communautaire en termes d'offre de soins est-elle une réponse ? », *Communication présentée au Développement durable et santé dans les pays du sud*, déc. Lyon, p. 22.

Audibert, M. et J. Mathonnat (2000). « Cost recovery in Mauritania: initial lessons », *Health Policy and Planning*, vol. 15, p. 66-75.

Banque Africaine de Développement, (2004). *Selected Statistics on African Countries*, vol. XXIII.

Banque Africaine de Développement, (2007). *Statistiques sur les indicateurs macroéconomiques*.

Banque mondiale (2005). « La politique hospitalière et le financement de l'Hôpital en Afrique », <http://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*, 9^{èmes} Journées Scientifiques du Réseau Entrepreneuriat de l'AUF, juin.

Beresniak, A. et G. Duru (2001). *Economie de la santé*, 5^{ème} Edition, Masson, p. 216.

Buor, D. (2004). Gender and utilization of health services in the Ashanti Region, Ghana, *Health policy*, article in press.

Bureau International du Travail-Stratégie et Technique contre l'Exclusion et la Pauvreté, (2002). « Micro-assurance 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 soins de santé primaire à réviser », *Médecine Tropicale*, vol. 60, p. 25-28.

de Roodenbeke, E. (2003). « Financement de la santé : efficience, solidarité et lutte contre la pauvreté », dans M. Audibert, J. Mathonnat et De E. Roodenbeke, (dir.), *Financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu*, Paris, Edition Karthala, p. 325-337, Paris.

Develtere, P., Doyen G. et B. Fonteneau (2004). « Micro-assurance et soins de santé dans le Tiers-Monde : Au delà des frontières », *Horizons*, CERA Fondation, juin, 61 p.

Easterly, W. et R. Levine (2003). « Tropics, Gems, and Crops: How Endowments Influence Economic Development », *Journal of Monetary Economics*, n°50, p. 30-40.

Evans, R. G., Barer M. L. et T. R. Marmor (dir.), (1996). « Etre ou ne pas être en bonne santé, biologie et déterminants sociaux de la maladie », *John Libbey Eurotext, Les Presses Universitaires de Montréal*, Paris.

Fonds Monétaire International, (2003). *Perspectives économiques régionales, Afrique subsaharienne*.

Gautier, B., Boutbien A. et B. Galland (2005). « L'Union des Mutuelles de Guinée forestière », *Groupe de Travail du CGAP sur la Microfinance Bonnes et Mauvaises Pratiques*, Étude de Cas n° 17, décembre, p. 78.

Goujon, D. et D. Poisat (2005). « L'hôpital public et l'économie solidaire : réflexion autour d'un exemple français », *Revue Economie et Solidarités*, vol. 36, n° 2, p. 73-88.

Guinée (2000). *Inventaire des Mutuelles de Santé en Afrique de l'Ouest et du Centre*, rapport final, 20 p.

Guinée (2003-2004). *Inventaire des systèmes d'assurance maladie en Afrique, Rapport de la Guinée*, Concertation, p. 30.

- 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 », dans *Régulation du système de santé*, Rapport Mougeot, Conseil d'Analyse Economique, Paris, La Documentation Française, p. 115-129.
- Kaendi, J. M. (1994). « Gender Issues in the Prevention and Control of Visceral Leishmaniasis », dans P. Wijeyaratne, L. J. Arsenault, Roberts J. H. 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.
- Lule, G. et M. Ssembatya (1995). « Intention to Delivery and Delivery Outcome », dans R. J. Hatcher et C. Vlassoff (dir.), *The Female Client and the Health-Care Provider*, Ottawa (ON, Canada), Centre de Recherches pour le Développement International, p. 79-90.
- Mariko, M. (2003). « Accès aux soins et qualité : résultats d'une étude empirique menée à Bamako (Mali) », dans M. Audibert, de Roodenbeke E., J. Mathonnat (eds.), *Le Financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu*, Paris, Karthala, p. 5-37.
- Meuwisen, 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.
- Ndhlovu, L. (1994). « Clients and Providers : Definitions and Perspectives of Quality of Family Planning Services », Communication présentée à l'atelier sur la qualité des soins de santé pour les femmes dans les pays en développement, Budapest (Hongrie) 15-17 oct. 1994, *Organisation Mondiale de la Santé*, 29 p.
- OMS (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 Economiques*, n° 2868, février, p. 25-32.
- Sala-I-Martin, X. et A. Subramanian (2003). « Addressing the natural resource curse: an illustration from Nigeria », Working Paper n°9804, *National Bureau of Economic research*, Juin.
- Touré, L. (2002). « Recherche socio-anthropologique 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) », dans 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 », *Economie et Solidarité*, vol. 36, n° 2, p. 48-72.

Annexe

Nombre Km	Zone	Poste Santé	Centre Santé	Centre Santé Communautaire	Hopital Préfectorale Centre Médical Commun	Hôpital Centre Minier	Hôpital Régional HU	Dispensaire	Clinique	Pharmacie	Domicile	Non Répon.	Total généra
0	Urbain	38	680	70	503	100	254	42	238	110	503		2538
		1%	27%	3%	20%	4%	10%	2%	9%	4%	20%	0%	100%
	Rurale	493	285	27	11	3	4	15	13	80	1013		194
		25%	15%	1%	1%	0%	0%	1%	1%	4%	52%	0%	100%
[1, 5	Urbain	40	597	46	573	63	493	47	204	37	143		224
		2%	27%	2%	26%	3%	22%	2%	9%	2%	6%	0%	100%
	Rurale	298	398	48	35	1	8	18	7	9	162		984
		30%	40%	5%	4%	0%	1%	2%	1%	1%	16%	0%	100%
[5 et	Urbain	3	50		29	25	174	3	43	2	32		361
		1%	14%	0%	8%	7%	48%	1%	12%	1%	9%	0%	100%
	Rurale	193	45	75	222	11	68	16	26	33	129		122
		16%	37%	6%	18%	1%	6%	1%	2%	3%	11%	0%	100%
Non répons	Urbain	2	11	1	10		2		2	1	17	22155	2220
		0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	100%
	Rurale	11	3							1	7	17669	1769
		0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	100%
Total		1078	2475	267	1382	203	1003	141	533	273	2006	39824	4918
Total en %		2%	5%	1%	3%	0%	2%	0%	1%	1%	4%	81%	100%

source : Calculs faits pas l'auteur à partir des résultats de EIBEP (2002/200