

## **I. Présentation générale de la Guinée<sup>1</sup>**

### **A. Situation géographique et contexte humain**

La République de Guinée est un pays côtier qui est situé dans la partie occidentale du continent africain, à mi-chemin entre l'Equateur et le tropique du Cancer. Couvrant une superficie de 245.857 km<sup>2</sup>, elle est limitée à l'Ouest par la Guinée Bissau et l'Océan Atlantique, au Nord par le Sénégal et le Mali, à l'Est par la Côte d'Ivoire et au Sud par la Sierra Leone et le Libéria.

La Guinée abrite environ 9 millions d'habitants avec une densité moyenne sur l'ensemble du territoire assez faible, inférieure à 40 habitants/km<sup>2</sup>. Mais cette densité s'accroît rapidement (plus de 3% l'an).

### **B. Contexte économique**

La Guinée est un pays naturellement riche. Il dispose d'importantes ressources naturelles tant dans le domaine agricole, halieutique que des mines (bauxite, diamant, or). Premier producteur mondial de bauxite, la Guinée contrôle 40 % du commerce mondial. Le secteur des mines et de l'exploitation des ressources contribue pour plus de 30 % au PIB (2004). L'agriculture et la pêche, dont vivent la majorité des guinéens, ne représentent pas plus de 25 % du PIB. Pourtant, avec un PNB par habitant de 390 USD, la Guinée est un des pays les plus pauvres du monde (156<sup>ème</sup> sur 177 pays classés par le PNUD en 2005). Plus de 50 % des Guinéens vivent avec moins de 1 USD par jour.

La faiblesse des performances économiques, l'acuité des problèmes économiques et sociaux, les dérives budgétaires ont entraîné un retrait des bailleurs de fonds et le gel, en 2004, des subventions du FMI prévues dans le cadre du programme PPT. L'Union Européenne (et ses pays membres) représente plus des trois quarts de l'aide dont bénéficie le pays.

La situation du pays ne cesse de se dégrader et les Guinéens vivent actuellement une des crises économiques les plus graves depuis l'indépendance. Les finances publiques sont au plus mal, marquées par un fort déficit et une augmentation massive de la dette intérieure de l'Etat. L'inflation s'est considérablement accrue en depuis 2004 à nos jours, conduisant à des troubles sociaux dont ceux de cette année ayant occasionné plus de 120 pertes en vie humaines. Cette dégradation économique s'accompagne d'une crise politique aiguë. Malgré la difficulté d'obtenir des chiffres fiables, tout porte à croire que le pays s'appauvrit. Le phénomène de la pauvreté est beaucoup plus marqué dans les zones rurales : 11% à Conakry, 24 % en Basse Guinée, 36% en Moyenne Guinée, 40 % en Haute Guinée et 25% en Guinée Forestière.

---

<sup>1</sup> Tiré de UMSGF: Programme de Développement 2007-2011, CIDR\_Guinée/Mutuelles de santé/SN/CIDR n° 33, Autrêches, Septembre 2006, pp 9-12

### C. Situation sociale et sanitaire

Les quelques chiffres suivants donnent un aperçu préoccupant de la situation économique, sociale et sanitaire du pays<sup>2</sup> :

- « Total des dépenses de santé par habitant : 95 USD
- Total des dépenses de santé en % du PIB : 5,4
- Espérance de vie à la naissance : 52 ans pour les hommes, 55 ans pour les femmes
- Espérance de vie en bonne santé à la naissance : 43,9 ans pour les hommes, 45,6 ans pour les femmes
- Mortalité infantile : 160 pour mille chez les enfants de sexe masculin, 150 pour mille chez les enfants de sexe féminin
- Mortalité de l'adulte : 364 pour mille pour les hommes, 319 pour mille pour les femmes »<sup>3</sup>
- Un accès à l'eau potable inférieur à 50%
- Une accessibilité réelle faible au système de santé : 35%
- Une situation alimentaire moyenne correcte : 2240 Kcal/ personne, mais avec de grandes disparités entre régions (ex : 2062 Kcal à Conakry) et entre classes sociales (le quintile inférieur n'a que 1750 Kcal)
- Le taux de fécondité qui reste élevé 5,5 enfants/femme en 1999 contre 5,8 en 1983 »<sup>4</sup>.
- « Une mortalité maternelle élevée (980 pour 100.000 ; contre 528 en 1999)
- Des enfants de - 5 ans avec retard de croissance (malnutrition chronique) : 35% en 2004 contre 26% en 1999
- Des enfants de 12-23 mois complètement vaccinés : 37% en 2004 contre 32% en 1999 »<sup>5</sup>

### D. Région de Guinée Forestière.

Du point de vue géo-écologique, la Guinée est subdivisée en quatre régions naturelles assez bien distinctes et intérieurement La Guinée Forestière, une des sept régions administratives du pays. Elle correspond à l'extrémité occidentale de la grande forêt humide guinéo-congolaise. Cette région naturelle correspond à 7 préfectures : Kissidougou, Gueckédou, Macenta, Beyla, Lola, N'Zérékoré et Yomou. Sa population est regroupée dans des villages relativement isolés des principaux pôles urbains.

La Guinée Forestière est une région à forte potentialité agricole. Les conditions climatiques permettent la mise en culture de productions diversifiées (riz, tubercules, café, cacao, palmier, bananes). La fabrication d'huile de palme est l'une des activités agroalimentaires les plus dynamiques de la région. Elle est source de revenus pour les agriculteurs qui disposent de plantations et qui

<sup>2</sup> Source OMS : <http://www.who.int/countries/gin/fr>; PNUD, **Human Development Reports, 2004 Indicators** ; <http://www.undp.org/hdr2004/indicators>;

Aurélie DUVET , **Rapport étude de satisfaction**, CIDR, Autrèches, Juin 2003.

<sup>3</sup> Source OMS : <http://www.who.int/countries/gin/fr>

<sup>4</sup> Aurélie DUVET , **Rapport étude de satisfaction**, CIDR, Autrèches, Juin 2003, p.7

<sup>5</sup> Ministère du Plan - **Enquête Démographie et Santé**, EDSG-III 2005, Conakry, 2006.

approvisionnent les unités de transformation industrielles ou artisanales. Elle génère également des revenus monétaires dans les familles villageoises dont l'un des membres s'adonne à l'extraction de façon traditionnelle.

Les zones urbaines sont fortement influencées par la vocation rurale et agricole de la région. La région a été marquée également par conflits libérien, sierra léonais<sup>6</sup> et ivoirien.

## II. Présentation du secteur santé

### A. Un financement insuffisant<sup>7</sup>

Les tarifs des soins facturés aux patients dans les hôpitaux publics de Guinée ont été établis en 1993 et n'ont pas varié depuis. Or, pendant ces 12 dernières années :

- le taux de change du GNF par rapport à l'EUR est passé de 1 000 à 6 000 GNF pour un EUR,
- l'inflation annuelle a systématiquement dépassé les 10%, avec des hausses parfois vertigineuses du prix du carburant qui ont produit des effets haussiers automatiques sur l'ensemble des prix,
- le niveau de subventionnement (exprimé en devises) des hôpitaux publics préfectoraux et régionaux par l'Etat est passé de 2 931 440 USD en 2001 à environ 1 250 000 USD en 2006 (Source : Revue des Dépenses du Secteur de la Santé, Banque Mondiale, Avril 2003 et DNEHS).

Pour toutes ces raisons, les tarifs, alors fixés dans une perspective de recouvrement partiel des coûts (d'après les principes de l'Initiative de Bamako, 1987) sont désormais totalement déconnectés des coûts réels des soins hospitaliers (médicaments et consommables), sans même intégrer le décrochage des salaires du personnel hospitalier par rapport à l'évolution du coût de la vie en Guinée.

L'ensemble de ces évolutions concourt aux dysfonctionnements actuels observés au sein des hôpitaux publics et à un accroissement sensible, non maîtrisé et vraisemblablement très inéquitable de la charge financière supportée de fait par les ménages (achat privé des médicaments non disponibles, paiement d'honoraires parallèles à la tarification officielle, etc.).

A titre d'illustration, la question des coûts apparaît comme centrale pour les ménages interrogés dans le cadre de l'Enquête Intégrée de Base pour l'Evaluation de la Pauvreté (EIBEP 2002-2003) à propos des problèmes rencontrés par la population au sein des formations sanitaires guinéennes. Le coût des médicaments est cité comme la 1<sup>ère</sup> priorité pour l'amélioration du système de santé par 36,8% des ménages (1<sup>ère</sup> position parmi 11 choix proposés) devant le coût des prestations retenu par 26,5% des ménages.

---

<sup>6</sup> Comme la paix revient progressivement dans ce pays, les organisations impliquées recensent de moins en moins de réfugiés de Sierra Leone

<sup>7</sup> Tiré de : Etude sur les coûts de production des soins hospitaliers et la tarification – PACS – Union Européenne – Version finale – Conakry, mai 2006, pp 7-25

Selon les données fournies par le MSP, au cours de l'année 2004, le budget public exécuté a été de 25 103 394 GNF. Dans cette enveloppe, les structures administratives ont consommé 35% des ressources contre 20,9% en 2001. Le secteur hospitalier (secondaire et tertiaire) a bénéficié de 34% tandis qu'aux structures de soins de santé primaires ont été affectés 20,7% des ressources contre 17,8% en 2001. Les services d'appui et de santé publique (INSE, INSP, Croix Rouge, CNTS, Centre de Maférenyah) ont bénéficié de 10,3%. En analysant l'exécution du budget au cours des 3 dernières années, le montant décaissé par le secteur de la santé n'a cessé de décroître. En effet, il est passé de 49,347 milliards à 25,103 milliards, soit un taux de régression de près de 49%.

Toutes sources confondues (recettes propres et aide extérieure apportée aux structures publiques), les dépenses publiques dans le secteur de la santé sont évaluées à la somme de 94°442°484°000 GNF dont 73% proviennent de l'aide extérieure sous toutes ses formes. Le budget de l'Etat n'apporte que 27%. Ceci montre jusque-là quel point les activités du Ministère de la Santé sont tributaires de l'aide internationale.

La part de l'Etat dans le financement global de la santé est seulement de 4,5%. Cela signifie que même avec un doublement des efforts actuels de l'Etat, la structure du financement ne va pas changer de façon fondamentale et que les ménages continueront à être les principaux bailleurs de leur santé. Ce constat doit conduire l'Etat à ne pas s'occuper d'un grand nombre de problèmes, mais à cibler des interventions prioritaires en fonction des orientations de la politique nationale. Ces interventions concernent les objectifs du millénaire, notamment les soins de santé primaires au niveau des centres de santé, les soins obstétricaux d'urgence, les soins des enfants de 0 à 5 ans et la prise en charge du SIDA dans les hôpitaux. Un tel choix permettrait d'être plus efficient et cohérent dans la mise en œuvre de la politique de santé qui accorde la priorité aux groupes vulnérables que sont les enfants et les femmes.

Dans le contexte guinéen, la participation financière des usagers s'observe dans tous les types d'établissements de soins, à savoir :

Les structures publiques : Poste de santé, centre de santé, hôpitaux ;

Les structures privées : Formelles (agrées par le Ministère de la Santé)  
Informelles modernes  
Traditionnelles

Dans les établissements de soins publics, les paiements sont faits le plus souvent au comptant, ce qui limite considérablement l'accès aux soins. Dans les établissements privés formels (cliniques, indépendants), la situation est semblable. Au niveau du secteur traditionnel, les paiements sont plus flexibles et faits soit en nature soit en espèce. Cette flexibilité est considérée par les usagers comme un point fort de la médecine traditionnelle par rapport aux structures formelles.

Dans le contexte guinéen, la participation financière des usagers s'observe dans tous les types d'établissements de soins, à savoir :

Les structures publiques : Poste de santé, centre de santé, hôpitaux ;

Les structures privées : Formelles (agrées par le Ministère de la Santé)  
Informelles modernes  
Traditionnelles

Dans les établissements de soins publics, les paiements sont faits le plus souvent au comptant, ce qui limite considérablement l'accès aux soins. Dans les établissements privés formels (cliniques, indépendants), la situation est semblable. Au niveau du secteur traditionnel, les paiements sont plus flexibles et faits soit en nature soit en espèce. Cette flexibilité est considérée par les usagers comme un point fort de la médecine traditionnelle par rapport aux structures formelles.

Les dépenses des usagers dans les structures publiques sont 6 fois supérieures aux dépenses attendues en fonction des tarifs officiels.

Parmi ces usagers il y a notamment, en Guinée Forestière, les membres des mutuelles de santé.

### ***B. Les Mutuelles de Santé de Guinée Forestière comme réponse à l'amélioration de l'accessibilité financière aux soins de santé***

Depuis 1991, le CIDR met en œuvre des programmes de promotion de systèmes de prévoyance santé dans différents pays africains<sup>8</sup>, qui ont pour objectif d'améliorer la qualité des soins et de favoriser l'accès des populations aux services de santé.

En 1999, il y a eu la création des premières mutuelles en Guinée Forestière. Basées sur des adhésions familiales par le biais des groupements, les mutuelles se créent et s'organisent à l'échelle villageoise. Elles collaborent avec les formations sanitaires publiques et privées sur

une base contractuelle et le système du tiers pays ; le mutualiste cotisant à la mutuelle qui prend en charge des dépenses maladie (consultations, consommables et médicaments) effectuées dans la formation sanitaire conventionnée.

Les mutuelles privilégient la prise en charge des soins les plus coûteux et les plus aléatoires, ce qui par ailleurs correspond aux pathologies ou affections les plus aigus :

- soins intensifs
- interventions chirurgicales
- hospitalisations
- accouchements simples et avec complications
- petite chirurgie

Le partenariat établi avec les hôpitaux publics et les prestataires de soins privés, régi par des conventions respectées, s'est consolidé et la diversification des prestataires a contribué à l'amélioration de la qualité des soins.

Les mutuelles ont créé leur Union de Mutuelles de Santé de Guinée Forestière (UMSGF) depuis 2001 pour coordonner et représenter le mouvement et gérer en commun les mécanismes de consolidation financière entre mutuelles.

Trente six mutuelles sont en fonctionnement. Le nombre total de bénéficiaires est de 22 700 .

---

<sup>8</sup> Bénin (Département du Borgou depuis 1994, Département de l'Atacora depuis 2004), Guinée Conakry (1999), Ouganda (1999), Kenya (2000), Tanzanie (2002), Comores (1998)

Avec les prestataires de soins publics (hôpital régional de N'zérékoré et hôpitaux préfectoraux de Yomou et Lola), les efforts de contractualisation ont porté leurs fruits en termes de qualité et d'adéquation des soins fournis, ainsi qu'en ce qui concerne le respect des engagements pris par ces derniers. Mais au cours des trois dernières années, la crise de la rareté des médicaments dans les formations sanitaires publiques a rendu le respect des contrats difficile, voire impossible par moments et endroits (Lola et N'zérékoré); certaines formations n'étant qu'à 37% des disponibilités en médicaments (Hôpital de Lola).

Les Organisations internationales, Plan Guinée ( ONG américaine) et l'UNICEF notamment, ont « fait du dépannage » en fournissant les postes et centres de santé de médicaments. Ce qui a allégé la situation. Mais le problème a perduré en ce qui concerne les hôpitaux.

C'est ce qui a amené l'Union des mutuelles à imaginer une solution palliative à la crise du médicament.

### **III. RUPTURE DES MEDICAMENTS DANS LES HÔPITAUX**

#### **A. Contexte**

Depuis le second semestre 2003, les hôpitaux de la Guinée connaissent une perturbation du système d'approvisionnement en médicaments due à la rareté des subventions de l'Etat, la dépréciation de la monnaie locale et la cherté des devises. Pour subsister, les hôpitaux de N'Zérékoré, Yomou et Lola qui collaborent avec les mutuelles, ont instauré le système de tarif éclaté.

Cette mesure influence négativement la prise en charge des mutualistes. Les malades sont obligés d'aller chercher les médicaments en dehors de la pharmacie de l'hôpital et à leurs frais alors que les mutuelles collaborent avec les hôpitaux sur la base d'un système de tiers payant forfaitaire. De ce fait l'accès aux médicaments de qualité n'est pas garanti.

Pour résoudre ces insatisfactions, le projet du CIDR avait mis en place des caisses d'avance au niveau de hôpitaux de N'Zérékoré et de Lola, gérées par les agents de contact. Ces caisses permettaient aux mutualistes malades de toucher une avance, au nom de leur mutuelle, pour payer les prescriptions externes en médicaments. Le projet répercutait le montant de la facture à la mutuelle d'origine du mutualiste ayant perçu l'avance.

A cause des difficultés rencontrées dans la gestion de ces caisses, celle de N'Zérékoré a été fermée.

Dans le but de redynamiser le développement des mutuelles, le CIDR et l'UMSGF ont donc dû trouver une solution de rechange à court et à moyen terme.

#### **B. Procédure d'application du contrat entre l'Union des mutuelles et les pharmacies privées.**

Un agent de contact est positionné au niveau de chacun des trois hôpitaux.

1. L'union a conventionné avec une pharmacie privée à fin de servir les mutualistes en médicaments.
2. Circuit d'acquisition de médicaments par les mutualistes :

- a. L'ordonnance est délivrée par le médecin traitant qui la remet au malade
  - b. Le malade (ou garde malade) remet l'ordonnance à l'agent de contact. Celui-ci s'assure de la régularité de l'ordonnance et vérifie la disponibilité des médicaments prescrits au niveau de la pharmacie de l'hôpital. En cas d'indisponibilité, il contre signe l'ordonnance et oriente le malade vers la pharmacie conventionnée.
  - c. Le pharmacien s'assure que l'ordonnance est validée par l'agent de contact, il l'enregistre dans le registre de médicaments des mutualistes (date, nom du bénéficiaire, mutuelle d'origine, le groupement, les médicaments délivrés, la quantité servie, le montant total). Il sert les médicaments au malade et il garde l'ordonnance sur laquelle il prendra soin de marquer les quantités servies et leurs prix.
  - d. Le malade revient voir l'agent de contact pour que ce dernier s'assure de la qualité des médicaments puis il retourne dans son pavillon à l'hôpital.
  - e. Dans la mesure du possible, l'agent de contact devra accompagner le malade ou le garde-malade ou aller seul chercher les médicaments si le déplacement du malade (ou garde malade) est incompatible avec son état de santé.
3. Chaque semaine le pharmacien envoie les factures de la semaine au médecin-conseil de l'Union des mutuelles.
  4. Le règlement des pharmacies est fait par l'union par virement bancaire et intervient toutes les deux semaines sur base des dites factures et après leur validation par le médecin-conseil.
  5. La qualité des factures :  
Toute facture de médicaments comporte le nom de la mutuelle, la période concernée, la liste des bénéficiaires, la liste de médicaments consommés par chaque bénéficiaire, les prix unitaires et les prix totaux correspondants, le montant global de la facture.  
Les factures sont être cachetées et signées par la pharmacie.
  6. L'union recouvre ses fonds engagés dans l'achat de médicaments des mutualistes en transmettant les factures émises par les pharmacies aux mutuelles.
  7. Le suivi du remboursement par les mutuelles se fait de la façon suivante :
    - Le comptable de l'Union dispose d'un cahier de suivi dans lequel toute facture avant émission est enregistrée : le nom de la mutuelle, la date d'émission de la facture, la période concernée, le montant de la facture.
    - Le remboursement par la mutuelle sera également noté dans le même cahier : date de paiement, le montant payé, le solde, signature de celui qui paye la facture.
    - Un reçu est délivré à cet effet.
    - Le gestionnaire de l'Union s'assure du remboursement des factures par les mutuelles.
    - Le médecin-conseil effectue des visites régulières au niveau de ces pharmacies pour s'assurer de la qualité des produits et de la disponibilité en médicaments.
    - Le médecin-conseil est en relation étroite avec la Pharmacie Centrale de Guinée pour suivre l'évolution des prix de médicaments sur le marché.

## **C. Bilan et perspectives**

### **1. Bilan**

Le bilan de l'expérience, même si il reste des points à améliorer, est positif. En effet, l'on peut constater les succès suivants.

L'opération a connu un succès puisqu'il a contribué à l'augmentation du nombre de bénéficiaires des services des mutuelles passant de 15 500 avant la mise en place de ce mécanisme à 22 700. Sur des dépenses annuelles totales maladies (consultations, médicaments dans les postes et centres de santé, hôpitaux et pharmacies) de 81 millions, le coût des médicaments payés dans ces pharmacies privées conventionnées est de 16 millions soit 20%. Le coût moyen d'une facture est de 11 610 GNF pour 1 378 cas sur un total de 4 463, soit 31%.

Les mutualistes ont bénéficié des effets de cette contractualisation en profitant du rabais consenti aux mutuelles par les pharmacies (10%).

Les pharmacies conventionnées ont augmenté leur chiffre d'affaires et la qualité de leurs services dans leurs relations avec la clientèle mutualiste : les cas d'insatisfaction des mutualistes seraient lourds de conséquences pour l'entreprise pharmaceutique.

Un nouveau genre de partenariat public-privé s'est mis en place: le public consultant les malades, le privé offrant les médicaments, mais dans un processus itératif. Des réunions régulières sont organisées entre les hôpitaux et les pharmacies pour baliser le chemin que le malade mutualiste emprunte, recenser les disponibilités en médicaments et les prix dans la pharmacie privée pour que les ordonnances délivrées par les hôpitaux publics en tiennent compte.

La qualité de gestion s'est améliorée que ce soit dans les mutuelles, à l'hôpital et dans les pharmacies privées puisque la traçabilité des opérations est de rigueur à tous les niveaux.

Mais tout n'est pas « rose ». Il ya lieu de relever les lacunes qui suivent.

Les procédures sont longues : depuis la consultation jusqu'au remboursement des fonds avancés par l'Union, l'opération s'étend sur un mois au moins.

Il y a une surconsommation puisque le budget prestation maladie est passé de 38 à 81 millions de GNF (dont 16 millions constitué de prescriptions externes de médicaments) sur la période d'une année : des cas surprescriptions par les médecins traitants ont été recensés lors des audits médicaux menés par le médecin-conseil de l'Union.

L'agent de contact est vite débordé quand il y a de nombreux cas de prescriptions externes de médicaments.

Le risque « déresponsabilisation » des autorités sanitaires régionales est perceptible ; c'est comme si certains se préoccupent moins de la recherche de solutions sur ce problème de médicaments. N'a-t-on pas entendu une autorité déclarer «ne

continuez pas de me demander l'impossible, les mutualistes ont montré la solution, les autres n'ont qu'à se débrouiller comme eux ».

## **2. Perspectives**

Au cas où la situation socio-économique se stabiliserait, le retour à la situation de départ (avec une disponibilité suffisante dans les hôpitaux publics) serait meilleur, puisque les services aux malades mutualiste sont moins chers et centralisés au même endroit : le mutualiste est accueilli par l'hôpital, y est consulté, soigné et reçoit les médicaments.

Au cas où la crise perdurerait, ce qui risque fort d'être le cas, il y a deux autres pistes de solution. La première est d'évaluer en détails la collaboration avec les pharmacies privées, identifier les lacunes du dispositif et proposer une nouvelle contractualisation qui tiendrait compte des points négatifs signalés plus haut et du résultat de l'évaluation. D'ores et déjà, un copaiement est en voie d'introduction pour décourager les cas de surconsommation et/ou surprescription .

Au cas où les lacunes susmentionnées seraient de nature à mettre en péril le dispositif et où le système mutualiste, une pharmacie régionale mutualiste serait à mettre en place : une étude de faisabilité en montrerait le mode de fonctionnement.

## **Conclusion**

A moins que les conditions socio-economico-politiques ne changent en Guinée, le secteur de la santé restera sinistré pour des années encore.

La mise en place des mutuelles a démontré que les populations, organisées, est réellement une alternative crédible par rapport à l'accès aux soins et à l'amélioration de leur qualité.

L'expérience de la contractualisation entre l'Union des mutuelles et les pharmacies privées, même si il comporte encore quelques lourdeurs et peut mettre en danger les mutuelles si les mécanismes de régulation ne sont pas au point, présente une alternative innovante. Mais, elle est encore jeune pour tirer toutes les conclusions. Néanmoins, elle reste une piste à creuser davantage et une approche à amplifier pour pouvoir en mesurer toute la portée et les limites.