

PN. ABZ-324
9921

Équité et Fourniture des Soins: Garantir L'accès des Pauvres aux Services de Santé Dans les Systèmes de Soins Payants

Une Étude de Cas: La Guinée

Par

Deborah McFarland

James C. Setzer

Emory University, Rollins School of Public Health

Hugh Waters

Consultant

et

Maryse Simonet

Consultant



BASICS

Submitted to

Bureau for Africa

Office of Sustainable Development

for The Health and Human Resources Analysis in Africa (HHRAA) Project



A

**Accès et Utilisation des Services de Santé
Financés par l'Etat
pour les Indigents et les Pauvres en
République de Guinée:
une Etude de l'Equité**

James C. Setzer, MPH
Rollins School of Public Health

and

Deborah McFarland, PhD
Rollins School of Public Health

and

Hugh Waters, MPH
Consultant

Mai 1996

Table de Matières

Remerciements	i
Résumé Analytique	iii
1. Introduction/Contexte	1
2. Politique Actuelle et Système de Tarification	4
3. Politique Actuelle et Equité	7
4. Objectifs	11
5. Méthodes	12
6. Résultats	16
6.1 Interviews de prestataires de soins de santé et de responsables communautaires	16
6.2 Interviews de patients	19
6.3 Interviews de ménages	22
7. Discussion	37
Annexe	
Bibliographie	41

Remerciements

Cette étude avait pour point de départ une série de directives méthodologiques qui était préparée pour BASICS par William Newbrander (Management Sciences for Health 1995). Les auteurs voudraient remercier le Technical Advisory Group qui a revu la méthodologie et a recommandé des révisions. Le financement de cette étude était pourvu par le Bureau d'Afrique de l'USAID - spécifiquement le projet de Recherche et d'analyse des ressources sanitaires et humaines pour l'Afrique (HHRAA) de l'Office du développement durable. La gratitude des auteurs va au Dr. Abraham Bekele, le directeur du projet HHRAA, pour ses conseils, et aussi à Hope Sukin pour son soutien continu. Les auteurs sont spécialement reconnaissant au Dr. Jean-Jacques Frère, John Yanulis et Dana Inerfeld pour leur soutien organisationnel de l'étude pour BASICS.

Les auteurs voudraient exprimer leur reconnaissance à un certain nombre de personnes pour l'assistance qui leur a été apportée et sans laquelle la réalisation du présent rapport aurait été impossible. Le financement de cette étude a été assuré par le Projet BASICS, avec un concours du Projet d'analyse des ressources sanitaires et humaines pour l'Afrique et du Bureau Afrique de l'USAID. Nous tenons à remercier tout particulièrement, pour leur appui et leur assistance, la Mission de l'USAID en République de Guinée et le Ministère de la santé publique, ainsi que le Ministre de la santé publique, le Dr Kandura Drame. Nos homologues pour cette étude, M. Aly Kamano et le Dr Alpha Amadou Diallou, ont contribué de manière déterminante au succès de l'étude. Leur perspicacité et leurs commentaires ont enrichi l'analyse et l'interprétation des résultats. L'équipe de StatView doit également être mentionnée pour son excellent travail dans des conditions moins qu'optimales sur le terrain pour la collecte de données, les interviews et le codage. Les "Vers de Guinée" (Lisa De Roo, Ellen Wilder, Muhydine El-Jamil) à la Rollins School of Public Health ont passé de longues heures à coder, enregistrer et analyser des données. Nous devons de les remercier également.

d

Résumé Analytique

De nombreux pays africains étudient, ou ont déjà adopté, des politiques de financement de la santé qui prévoient la perception de redevances pour des soins qui étaient auparavant fournis gratuitement. L'une des préoccupations majeures des pays envisageant un tel système est que celui-ci pourrait avoir des effets négatifs, pour des raisons financières, sur l'accès des pauvres qui pourraient avoir des difficultés à payer les redevances. En 1986, la République de Guinée a adopté un ensemble de nouvelles politiques en matière de soins de santé primaires (SSP) qui comprenaient des dispositions pour la perception de redevances en échange des services reçus dans les établissements de soins de santé financés par l'Etat. C'est pour cette raison que la Guinée est l'un des pays ayant la plus longue expérience de ces politiques en Afrique subsaharienne.

Une étude a été entreprise par la Rollins School of Public Health de l'Université Emory, avec le soutien du Projet BASICS, du Projet de recherche et d'analyse des ressources sanitaires et humaines pour l'Afrique (HHRAA), et du Bureau de l'USAID pour l'Afrique. Cette étude avait pour but d'examiner l'efficacité des mécanismes conçus pour protéger les pauvres contre l'incidence négative de la tarification sur les services de santé primaires et les services médicaux en République de Guinée. Cette étude s'est efforcée de répondre aux questions suivantes:

- Quelles sont les politiques et pratiques existantes pour l'attribution de dispenses et de d'exemptions du paiement pour les services de santé fournis dans les établissements du Ministère de la santé (MDS)?
- Quelles pratiques non officielles d'octroi d'exemptions et de dérogations sont appliquées au niveau de l'établissement et/ou de la communauté? Qui bénéficie de ces pratiques non officielles? Quel en est le coût pour le système de prestation de soins? En quoi ces pratiques influent-elles sur l'équité dans le domaine de la santé?
- Est-ce que l'utilisation des services de santé par les indigents et les pauvres (ou peut-être d'autres personnes) a des conséquences négatives sur les prix et les coûts actuels des services dans les établissements du MDS?
- Existe-t-il des mécanismes autres que les exemptions et les dispenses pour éviter aux indigents et aux pauvres d'avoir à payer pour les services de santé du MDS?
- Dans quelle mesure les dépenses réelles des patients (toutes catégories socio-économiques confondues) pour les services qu'ils obtiennent différent-elles du prix officiel des services?

L'étude a collecté des données de trois sources différentes en utilisant des questionnaires établis et testés en collaboration avec le MDS. Ces données ont été recueillies comme suit:

- Du personnel d'établissements de santé et des responsables communautaires ont été interrogés à propos des exemptions, les dérogations et du coût de ces exonérations pour le système de santé.
- Des patients d'établissements de santé du MDS ont été interrogés concernant la disponibilité des exemptions et dispenses, et les sommes qu'ils ont eu à payer de leur poche pour les services obtenus.

Des chefs de famille (répartis en quatre catégories socio-économiques par les responsables communautaires) ont été interrogés afin d'avoir des renseignements sur les comportements pour d'obtention de soins et sur les récentes dépenses médicales du ménage.

Les trois enquêtes se sont déroulées dans deux régions considérées comme étant caractéristiques (Basse-Guinée et Haute-Guinée) et à l'hôpital Ignace Dean de Conakry. Les enquêtes ne constituent pas un échantillon représentatif à l'échelle du pays. L'analyse des données a été effectuée à la Rollins School of Public Health de l'Université Emory, à Atlanta, en Géorgie (USA).

Les autres principales conclusions de l'enquête peuvent se résumer ainsi:

La politique officielle du MDS pour le financement des soins de santé ne prévoit ni exemptions, ni dispenses pour quelque groupe que ce soit et elle compte sur les mécanismes communautaires traditionnels pour prendre en charge les pauvres et les indigents. Officieusement, il semble que le personnel des établissements de santé accorde - essentiellement - des dispenses à un large éventail de patients, notamment à des personnes économiquement faibles. Il n'a pas été possible d'estimer l'incidence de cette pratique ou son coût pour les établissements. Les méthodes comptables prennent en compte uniquement les patients qui paient pour la totalité des services fournis.

Le personnel des établissements de santé et les dirigeants communautaires se déclaraient capables d'identifier les membres de leur communauté qui avaient eu - ou pourraient avoir - des difficultés à payer pour leurs soins. En même temps, ils ont exprimé certains doutes quant à leur désir ou leur capacité à gérer efficacement et à rendre compte des ressources ou des fonds qui seraient destinés à subventionner le coût des services pour les membres de ces mêmes communautés.

Le groupe des ménages identifiés comme étant indigents par les responsables communautaires utilisait bien moins les établissements publics de santé ($p < 0,001$) que le reste de la population. Un pourcentage beaucoup plus important ($p < 0,001$) de ces mêmes personnes indiquait avoir reçu une ordonnance plutôt que des médicaments durant la visite la plus récente à un établissement du MDS. Les ordonnances sont une manière de ne pas avoir à payer de redevance, étant donné qu'aucun paiement n'est exigé si le patient ne reçoit pas de médicaments. La capacité de ces patients à faire exécuter ces ordonnances auprès de sources privées n'est pas clairement établie. Ce même groupe avait aussi le plus fort pourcentage d'individus qui attendaient le plus longtemps, par rapport aux autres groupes, avant de se présenter dans un établissement du MDS.

Un nombre important de ménages semble avoir payé des redevances supérieures au barème du MDS dans les établissements de soins primaires (établissements non hospitaliers). Cela semble renforcer la crainte que la tarification n'est pas appliquée de manière uniforme à tous les patients dans le pays.

La principale conclusion à retenir est que, dans le contexte de cette étude, les mécanismes traditionnels de soutien social à base communautaire ne semblent pas éviter aux économiquement faibles d'avoir à payer les redevances prévues par la tarification en vigueur. Les communautés sont capables d'identifier les personnes ayant besoin d'une telle protection, mais elles ont des doutes quant à leur aptitude à garantir l'intégrité administrative ou financière des ressources destinées à subventionner leurs soins. Le MDS doit s'attaquer à ce problème s'il veut pouvoir financer des services de santé sans exclure les individus qui en ont le plus besoin.

E

1. Introduction/Contexte

En adoptant un nouveau programme et une nouvelle politique de Soins de santé primaires (SSP) en 1986, la République de Guinée et son Ministère de la santé (MDS) ont franchi une étape majeure pour surmonter un certain nombre de lacunes importantes dans la fourniture de services de santé à la population (population estimée à 5.144.313 habitants en 1986 et à 6.626.881 habitants en 1995) (SEATS, 1994). Le système de prestation de soins de santé était pratiquement au bord de l'effondrement après des années de désaffection durant la période post-coloniale et à cause de l'insuffisance des financements. L'infrastructure et le matériel s'étaient, dans bien des cas, détériorés à tel point qu'ils ne pouvaient plus fonctionner ou être remis en état, et les crédits pour les dépenses d'équipement étaient très limités. La prestation de services était faible, comme en attestaient les taux de couverture vaccinale qui étaient inférieurs à cinq pour cent. Il était évident que des mesures s'imposaient pour renforcer l'ensemble du système de prestation des soins de santé afin d'améliorer la qualité et la disponibilité des services, ainsi que les indicateurs sanitaires clés qui faisaient de la Guinée l'un des pays les plus mal lotis d'Afrique subsaharienne en matière de santé. La politique suivie jusqu'alors par le MDS, et qui consistait à promettre des services de santé de tous types et de tous niveaux, gratuitement, à tous les habitants était manifestement irréalisable.

Les dépenses du gouvernement central pour les soins de santé en 1989 (pas de données disponibles pour 1986) étaient que de 4,49 dollars des Etats-Unis par habitant. En termes réels, le chiffre était en diminution constante et il était tombé à 3,02 dollars en 1995 (données du MDS). Pendant la même période (1988-1995), le pourcentage du budget de l'Etat en faveur de la santé avait chuté de 2,99 pour cent à 1,59 pour cent (pour atteindre son niveau le plus bas en 1994, soit 0,87 pour cent) (données MDS)¹. Ces niveaux de dotation budgétaire sont à comparer avec les 9 à 12 dollars par habitant qui, selon deux documents de la Banque mondiale (Pour une meilleure santé en Afrique et le Rapport 1993 sur le développement dans le monde: investir dans la santé), sont nécessaires pour financer la prestation d'un paquet minimum de services de base.

Il n'y a pas de données exhaustives concernant le niveau du soutien des donateurs au secteur de la santé. Cependant, ce soutien représente un pourcentage important du total des ressources disponibles pour ce secteur. Entre 1988 et 1995, le concours des donateurs s'est monté à 87 pour cent du budget d'investissement du secteur de la santé (Guinée: Health Sector Public Expenditure Review, 1995). Il semble peu vraisemblable toutefois que ce soutien, durant cette période, ait été suffisant pour porter le total des ressources du secteur de la santé au niveau recommandé par la Banque mondiale. De toute évidence, un système tributaire uniquement des crédits du gouvernement central et du soutien des donateurs était - et reste - condamné à des financements très insuffisants (en l'occurrence, ils sont de plus

¹ Cette diminution évidente des crédits alloués par le gouvernement central au secteur de la santé est allée de pair avec la mise en oeuvre d'une politique de paiements directs des patients pour les services qu'ils recevaient (voir discussion ci-après). En général, l'adoption de telles politiques s'accompagne de déclarations indiquant que la collecte de redevances est considérée par les pouvoirs publics comme un moyen d'augmenter les ressources disponibles pour financer les services de santé, plutôt que pour remplacer les crédits et le soutien du budget central. Ces données suggèrent malheureusement que le gouvernement central guinéen a utilisé les sommes payées par les clients pour remplacer, plutôt que pour compléter, les financements publics.

en plus insuffisants). Il ne semble pas qu'il y ait des données estimant les dépenses de santé qui ont été assumées par des entités privées ou des particuliers durant cette période.

La nouvelle politique de SSP visait à accroître les ressources à la disposition du secteur de la santé en adoptant les principales Initiatives de Bamako pour une participation accrue des communautés à la gestion et au financement des services de santé. Le MDS a élaboré et adopté une politique de financement de la santé visant à générer des revenus supplémentaires pour le secteur² grâce à la perception directe de redevances auprès des patients pour les services et les médicaments reçus. Les recettes générées par ces paiements devaient rester dans les établissements locaux qui les avaient obtenues et ces établissements devaient en assurer la gestion. La mise en oeuvre progressive de cette politique (la constitution d'un stock initial de médicaments et la formation des employés de l'établissement étaient impératives avant que cette politique puisse être appliquée par les établissements) était appuyée par l'UNICEF et par un certain nombre d'autres donateurs, et elle est suivie aujourd'hui dans la plupart (peut-être même dans la totalité) des établissements sanitaires du Ministère guinéen de la santé. Etant donné que les subventions de l'UNICEF pour l'achat de médicaments diminuent, il est à redouter que les prix et les recettes à l'heure actuelle soient insuffisants pour garantir la disponibilité des médicaments essentiels.

Les plans initiaux de mise en oeuvre prévoyaient que la totalité des 372 centres de santé appliqueraient la politique de SSP (prix, médicaments et outils de gestion) d'ici à la fin de 1995. En 1994, 305 de ces centres respectaient cette politique. Par contre, sa mise en oeuvre dans les centres de santé demeure incomplète.

En 1994, une politique de paiements directs, à l'acte, par les usagers, était formulée et adoptée pour les établissements hospitaliers. Son application dans les établissements hospitaliers est incomplète, même si la plupart de ces établissements perçoivent des paiements pour leurs services. La politique donne aux hôpitaux l'option de créer, avec ces recettes, des fonds spéciaux pour subventionner le coût des services fournis aux indigents. Les politiques actuelles accordent davantage d'autonomie et de souplesse aux hôpitaux qu'aux centres de santé pour la gestion et l'utilisation des revenus.

La Guinée a été l'un des premiers pays d'Afrique subsaharienne à s'être doté d'un tel cadre pour le financement de ses dépenses de santé. Depuis, pratiquement tous les autres pays de la région ont adopté des options - ou étudient des options - pour la perception de redevances directement auprès des usagers.

Malgré les changements de stratégie intervenus, l'utilisation de nombreux services demeure faible dans maintes régions. La couverture vaccinale complète des enfants de 12 à 23 mois est estimée à 29 pour cent (SEATS, 1994). Soixante pour cent seulement des femmes de tout le pays bénéficient de soins prénatals, 40 pour cent seulement reçoivent deux doses de vaccin antitétanique, et trente pour cent des accouchements ces cinq dernières années ont eu lieu en présence de personnel formé du MDS (médecin, infirmière ou sage-femme) (SEATS, 1994). L'accès aux méthodes reconnues de survie de l'enfant et l'utilisation de ces méthodes restent faibles. Seulement 19 pour cent des enfants de moins de cinq ans ayant de la fièvre ont reçu un traitement antipaludique, et 23 pour cent des enfants ayant une infection

² Malheureusement, les données du Ministère des finances suggèrent que tel n'est pas le cas et que le gouvernement central a, en réalité, réduit les crédits au secteur de la santé, au moment-même où les paiements des patients commençaient de générer des recettes.

respiratoire aiguë ont été soignés avec des antibiotiques (SEATS, 1994). Les indicateurs de santé confirment ces données avec des taux de mortalité pour les nouveau-nés (150 pour mille naissances vivantes), pour les enfants (115 pour mille naissances vivantes) et pour les enfants de moins de cinq ans (248 pour mille naissances vivantes) qui sont toujours parmi les plus élevés d'Afrique subsaharienne (SEATS, 1994). Malgré ce tableau peu encourageant des services de santé et du pronostic, on peut supposer que ces niveaux d'accès et d'utilisation (pourtant faibles) sont directement liés à la mise en oeuvre de la politique de SSP, et qu'ils représentent très certainement une amélioration par rapport à la situation qui prévalait en 1986, lors de l'adoption de cette politique.

2. Politique Actuelle et Système de Tarification

Dans le cadre de la politique actuelle, les patients paient une seule redevance standardisée en fonction du traitement prescrit. Les traitements sont répartis en quelques catégories seulement pour limiter le nombre des tarifs et éviter des calculs compliqués pour la facturation. Des sommes différentes sont demandées dans une même catégorie de soins, selon qu'il s'agit d'un enfant ou d'un adulte. Tous les établissements du pays font payer des montants identiques dans chacune des catégories de traitement.

Les caractéristiques générales du système de tarification et de la politique suivie en la matière par les établissements du MDS peuvent se résumer ainsi:

- La plupart des services préventifs sont gratuits, avec un paiement symbolique demandé pour la délivrance au patient d'une carte ou d'un livret.
- Les services et les médicaments pour les maladies chroniques ou endémiques, telles que la maladie de Hansen, l'onchocercose et la tuberculose, sont gratuits pour le patient. Des cliniques spécialisées et des structures de programmes verticaux continuent de superviser la fourniture de médicaments et de services à ces patients.
- Le financement des soins de santé maternelle et infantile bénéficie de subventions internes créées par la structure des prix, et la plupart des services de SMI font l'objet d'une redevance forfaitaire unique.
- Le barème des prix est conçu pour permettre aux établissements de générer des revenus. Le MDS n'a toutefois pas formulé de directives particulières pour les établissements quant aux modalités de gestion ou d'utilisation de ces fonds.
- Les patients qui sont envoyés dans les hôpitaux par un établissement d'un autre échelon ne paient que la moitié des tarifs standards des hôpitaux.
- Il n'y a pas d'exemption ou de dispense officielles³ pour les tarifs établis. Il n'existe pas de mécanismes pour identifier ou pour protéger les indigents et les pauvres.
- Les hôpitaux ont le droit de créer un fonds (mais ils ne sont pas obligés de le faire) pour subventionner le coût du traitement des indigents et d'autres personnes qui n'ont pas les moyens de payer (ou qui simplement ne paient pas). Le fonds doit être financé sur les recettes excédentaires de l'hôpital et/ou par les autorités locales. Le MDS n'a pas formulé de directives pour la gestion de ce type de fonds.
- Il n'y a pas de politique officiellement reconnue prévoyant des dérogations de paiement pour les employés du MDS ou pour leur famille.

³ On suppose que le lecteur comprend la différence entre exemption et dispense dans ce contexte. Pour un examen complet de ces différences, se reporter soit à Waters, 1995, soit à Willis, 1993.

Les catégories de traitement et les tarifs actuellement en vigueur sont indiqués au tableau ci-dessous:

Tableau 1: Tarifs des établissements du MDS

	Tarifs des centres de santé (FG)			
	0-4 ans		>=5 ans	
	sans labo.	avec labo.	sans labo.	avec labo.
SRO	200	200	200	200
Médicaments sans antibiotiques	300	450	600	1000
Médicaments avec antibiotiques	500	650	1000	1400
Injections	850	1000	2000	2400
Vaccinations	gratuit		gratuit	
Soins prénatals			600	
Accouchements			1000	
Tarifs des hôpitaux (FG)				
	Préfectoral	Régional	National	
Ambulatoire				
enfant	500	700	1000	
adulte	1000	1300	1700	
Chirurgie				
sans intervention	12000	15000	20000	
avec intervention	30000	40000	52000	
Maternité				
accouchement normal	3000	4000	6500	
césarienne	10000	13000	17000	
accouchement assisté autrement	5000	6500	8500	
Consultation générale	12000	15000	20000	
Pédiatrie				
0-5 ans	2500	4000	5000	
5-14 ans	5000	6500	8500	
Chambre privée	1000	1500	2000	

Les méthodes comptables utilisées dans les établissements du MDS exigent qu'un paiement soit enregistré pour chaque patient qui reçoit un traitement. Un établissement qui accorderait des dispenses et

des exemptions (non officielles) ne serait pas en mesure d'équilibrer ses comptes en utilisant les méthodes obligatoires pour la comptabilité et les rapports financiers.

Il conviendrait de noter que la fixation des tarifs dans un système employant un nombre limité de catégories de traitement (et les subventions internes qu'implique un tel système) est compliquée et qu'elle demande une compréhension précise du coût réel de la fourniture de services et de médicaments. Le MDS s'inquiète du fait que la structure et les niveaux actuels des prix ne suffiront peut-être pas à la reconstitution des stocks de médicaments des établissements en raison de la hausse des prix des produits pharmaceutiques sur le marché international (la Guinée n'est pas en mesure de produire ses médicaments et, en conséquence, tous les médicaments et fournitures médicales doivent être importés).

3. Politique Actuelle et Équité

Il y a naturellement un souci d'équité concernant l'accès aux services dans tout système ne comprenant pas de dispositions pour protéger les indigents et les pauvres des effets négatifs pouvant résulter de la tarification (même modique) des services de santé de base. On suppose qu'avec la politique actuelle, les indigents et les pauvres pourront recevoir une assistance de leur communauté pour leurs frais médicaux. Beaucoup partent du principe qu'il existe des filets de sécurité traditionnels, mais le rôle de ces mécanismes pour éviter aux indigents et aux pauvres d'avoir à payer n'a pas été établi. L'incidence de la politique de SSP sur l'accès des indigents et des pauvres aux services reste donc une préoccupation majeure pour le MDS.

Le MDS n'a pas prévu, à dessein, de dispositions pour consentir des exemptions et des dispenses, lorsqu'il a mis au point l'actuelle politique de SSP. Cette solution a permis de simplifier les méthodes pour la comptabilité et les rapports financiers qui vont de pair avec la collecte de redevances. Elle évite également au personnel de santé d'avoir la responsabilité d'identifier correctement les personnes pouvant mériter une dérogation ou qui en auraient besoin. L'aptitude du personnel des établissements sanitaires à appliquer correctement un test pour identifier les personnes ayant besoin d'une assistance est presque toujours une considération majeure pour décider s'il y aura des exemptions et des dispenses. Le Ministère guinéen de la santé a éliminé ce problème de ciblage et d'identification avec sa politique actuelle et il a adopté un système dans le cadre duquel il ne peut y avoir (de par la nature-même de ce système) d'*erreurs de seconde espèce* (c'est-à-dire des non-indigents qui seraient classés comme indigents et qui, à ce titre, seraient exemptés de paiement). En conséquence, tous les indigents sont classés incorrectement comme non-indigents (et ils doivent payer, sans quoi ils ne sont pas traités), d'où un niveau élevé d'*erreurs de première espèce* (Willis, 1993, et Waters, 1995).

Des principes épidémiologiques de base peuvent également être utilisés pour exprimer (et pour quantifier) l'aptitude de tests diagnostiques à classer correctement les individus. Les concepts de *sensibilité* et de *spécificité* peuvent être appliqués pour voir dans quelle mesure une politique peut permettre d'accorder judicieusement des dispenses, étant donné que l'identification des personnes éligibles exigerait nécessairement une forme de test ou de triage (en fonction peut-être d'une vaste gamme de critères). Puisque la politique actuelle ne cherche pas à déterminer la situation financière des individus, ces concepts sont utiles pour évaluer et comparer les options en vue de changements ultérieurs.

La *sensibilité* d'un test diagnostique (y compris, en l'occurrence, un contrôle du niveau des ressources des patients) peut être définie comme étant la probabilité d'un résultat positif, si la condition qui est étudiée est effectivement présente. Cette sensibilité peut être considérée comme le pourcentage de positifs vrais mis en évidence par le test. Dans le cadre de la politique de financement de la santé, cela signifierait la probabilité qu'une personne indigente soit correctement identifiée comme telle. Une telle personne serait dispensée du paiement de la redevance applicable aux services reçus.

La *spécificité* d'un test diagnostique est définie comme étant la probabilité d'un résultat négatif en l'absence vraie de la condition recherchée. C'est le pourcentage de négatifs vrais mis en évidence par le test. La spécificité de ce test consiste donc à calculer la probabilité qu'un non-indigent soit classé comme indigent. Une telle personne pourrait alors prétendre à une dérogation qu'elle ne mérite certainement pas.

Si on utilise un simple tableau "2 par 2" pour exprimer la situation d'un individu telle que définie par: 1) le test diagnostique; et 2) sa situation véritable, on peut schématiser ainsi la population qui se présente pour des services de SSP dans des formations sanitaires en Guinée:

		Situation "vraie"		
		indigent	non-indigent	total
Résultats test	indigent	a	b	a+b
	non-indigent	c	d	c+d
	total	a+c	b+d	

Dans un tel schéma, le nombre de personnes véritablement indigentes au sein de la population est représenté par a+c. Les personnes identifiées comme indigentes par le test employé (quelle que soit leur situation véritable) sont définies par a+b. La *sensibilité* du test appliqué est donc définie par le rapport $a/(a+c)$. C'est la probabilité qu'une personne véritablement indigente soit correctement identifiée par le test employé. En ce qui concerne la politique actuelle de la Guinée, la *sensibilité* est calculée comme étant égale à 0, puisque le test actuellement en vigueur se base sur une présomption et classe donc tous les patients comme non-indigents (a=0 et b=0 dans le tableau, de sorte que le calcul de la *sensibilité* revient à 0/c).

Les personnes véritablement non-indigentes dans le tableau sont représentées par b+d et celles identifiées comme non-indigentes par le mécanisme de contrôle sont représentées par c+d. Le test de présomption qui est actuellement à la base de la politique de SSP suppose que tous les patients sont non-indigents. La *spécificité* du test est définie par le rapport $d/(b+d)$. La *spécificité* calculée du test utilisé est donc égale à 1 (b=0 dans ce cas précis, de sorte que le calcul revient à d/d=1).

Malgré les résultats extrêmes qu'indique le tableau ci-dessus (par définition, les limites supérieures et inférieures de la *sensibilité* et de la *spécificité* sont 0 et 1 pour les deux), la *sensibilité* et la *spécificité* ne sont pas des concepts qui s'excluent mutuellement. L'application (correcte) du test de contrôle par la présomption du niveau des ressources (c'est-à-dire la supposition que tout le monde a les moyens de payer et qu'aucune dispense n'est nécessaire ni consentie) est un exemple extrême du lien entre *sensibilité* et *spécificité*. Dans des conditions moins rigides ou moins absolues, le défi est de mettre au point un test qui permette de trouver une formule intermédiaire, convenable ou acceptable, sur l'initiative des décideurs ou des cliniciens, entre la nécessité d'inclure les positifs vrais et celle d'exclure les négatifs vrais.

L'application de ces outils épidémiologiques comme méthode d'analyse des politiques est, dans ce cas précis, potentiellement utile pour focaliser l'attention des décideurs sur les questions fondamentales suivantes:

- Le système peut-il identifier efficacement les individus auxquels nous souhaitons, ou nous souhaiterions éventuellement, accorder des dérogations?
- Est-ce que le système (ou la société) s'inquiète de la possibilité qu'un certain nombre (mesurable) de gens obtiennent des dérogations qu'ils ne méritent pas, ou cherche-t-on à

avoir un système permettant d'identifier et d'aider les pauvres - et uniquement ces derniers?

Il existe en Guinée un certain nombre de mécanismes traditionnels, communautaires, pour le financement des services de santé, qui pourraient avoir une importance majeure dans l'évaluation de la politique actuelle de SSP qui compte sur ces mécanismes pour protéger les indigents et les pauvres. Plusieurs de ces mécanismes sont décrit ci-dessous:

- *les tontines*: les *tontines* sont des groupes ou des associations de membres d'une communauté qui ont pour but de promouvoir l'épargne forcée. Les membres versent régulièrement des montants fixés d'avance, d'une même valeur, et la totalité de la somme est remise à l'un des participants, par roulement ou selon un calendrier convenu. Plus le nombre des membres et le montant des contributions sont élevés, plus la somme attribuée est importante. Dans la plupart des cas, la totalité du fonds est remise au bénéficiaire et la tontine ne garde pas d'encaisse. Les tontines sont intéressantes pour les personnes qui ont les moyens d'effectuer les versements périodiques requis (habituellement tous les mois).
- *Mutuelle*: les *mutuelles* sont des fonds d'assurance, sur le principe de l'autoassistance. Elles sont gérées par les bénéficiaires (par opposition à des fonds administrés par une tierce personne). A l'instar des *tontines*, les *mutuelles* demandent des contributions à leurs membres - elles ne profitent donc qu'à ceux qui sont en mesure de contribuer (à moins que le fonds ne mette spécifiquement de côté des ressources pour les indigents et les pauvres). Les *mutuelles* consacrées spécifiquement à la santé encaissent habituellement une cotisation une fois par an (après la récolte) et elles peuvent accepter de prêter des fonds aux membres, en plus d'assumer le coût de leurs soins de santé.
- *Sere*: il s'agit d'associations traditionnelles de personnes habituellement du même âge et/ou du même sexe. Les membres font des versements réguliers au fonds qui les aide ensuite à régler les frais associés à des événements sociaux, tels que mariages, naissances et funérailles. Des contributions supplémentaires peuvent être demandées à des fins particulières. Le fonds est généralement confié à l'un des membres respectés du groupe, et des prêts peuvent être consentis pour des raisons particulières aux membres.
- *Solidarité*: c'est un système traditionnel de charité et de dons qui existe dans les communautés africaines. Les dons sont faits au nom de la solidarité et il n'est pas prévu qu'ils soient remboursés.
- *Entraide*: une assistance fournie à des personnes nécessiteuses par des prêts faits directement par des membres de la communauté. Un remboursement est habituellement prévu pour les prêts de ce type.

Il n'est pas possible de savoir exactement dans quelle mesure ces mécanismes de soutien traditionnel évitent aux pauvres et aux indigents d'avoir à payer pour leurs soins de santé en Guinée. Il semble que certains de ces mécanismes (*tontine*, *sere*, *mutuelle*) fournissent une assistance à ceux qui ont les moyens d'en faire partie. Ils ne servent toutefois pas à protéger les personnes qui sont financièrement dans l'impossibilité de verser les contributions demandées. On peut supposer, sans grand risque d'erreur,

qu'une partie de la population n'a même pas accès à ces moyens traditionnels d'assistance et qu'elle est donc exclue des services de soins.

Il n'existe pas actuellement de données qui permettent d'évaluer le pourcentage des plus démunis qui ne peuvent compter sur les mécanismes de soutien traditionnels. Alors qu'une multitude de facteurs (notamment économiques, mais peut-être aussi d'une autre nature) influent sur la décision de se faire soigner et sur le comportement d'utilisation des soins, les différences d'habitude ou d'utilisation entre les segments les plus riches et les plus pauvres de la population suggèrent que l'absence de mécanismes officiels pour protéger les pauvres peut créer des obstacles à l'utilisation des services par ces derniers. Les données de l'Enquête intégrée sur les ménages, recueillies avec le concours de la Banque mondiale en 1994, indiquent que, dans le quantile le plus pauvre, deux fois plus de personnes que dans le quantile le plus riche n'avaient pas cherché à se faire soigner lors de leur maladie la plus récente (60 pour cent, contre 30 pour cent). Il faut aussi se souvenir que, de l'avis général, les pauvres ont des problèmes de santé plus nombreux et plus graves que les riches.

Le contraste entre les taux d'utilisation des services du secteur public tels qu'estimés par l'enquête était tout aussi frappant. Douze pour cent seulement des personnes du quantile le plus pauvre de la population s'était adressées à des établissements publics pour se faire soigner, contre plus de 50 pour cent dans le quantile le plus riche. Parmi les personnes qui se rendent dans des établissements publics, les pauvres auront tendance à s'adresser davantage à des établissements de soins primaires, alors que les deux quantiles les plus riches de la population représentent la grande majorité des visites à l'hôpital, et donc la plupart des dépenses (Banque mondiale, 1995). C'est un facteur particulièrement important pour évaluer l'équité de la répartition globale des ressources/subventions du MDS, étant donné que les frais pour les services hospitaliers sont deux fois plus élevés que pour les soins de santé primaires. Les dépenses de santé du MDS se concentrent également dans les zones urbaines (en particulier Conakry) - ce qui traduit le fait que les quantiles les plus nantis se trouvent surtout dans les zones urbaines.

Les schémas d'utilisation des services et de répartition des ressources du MDS laissent à penser que le système de prestation des soins subventionne le traitement des groupes les plus nantis, plutôt que des plus pauvres.

4. Objectifs

Afin d'examiner plus en détail le lien entre la politique actuelle de financement de la santé et l'accès aux services de santé (surtout chez les indigents et les pauvres) en Guinée, le Projet BASICS a entrepris l'étude suivante qui examine plusieurs questions:

- Quelles sont les politiques et les pratiques officielles existantes pour l'attribution de dispenses et d'exemptions de paiement pour les services de soins fournis dans les établissements du MDS?
- Quelles pratiques d'exemptions et de dispenses non officielles sont appliquées au niveau des établissements et/ou de la communauté? Qui profite de ces pratiques non officielles, quel en est le coût pour le système de prestation de soins, et quelle en est l'incidence en termes d'équité au sein du secteur de la santé?
- L'utilisation des services de santé par les indigents et les pauvres (et peut-être par d'autres) est-elle affectée de manière négative par les prix et les coûts actuels des services dans les établissements du MDS?
- Existe-t-il d'autres mécanismes que les exemptions et les dispenses pour éviter aux indigents et aux pauvres le coût des services de santé du MDS?
- Quel rapport existe-t-il véritablement entre les dépenses effectives encourues par les patients (toutes catégories socio-économiques confondues) pour les services de santé et les prix officiels de ces services?

En outre, l'étude doit donner au MDS des bases pour procéder à un examen pertinent des politiques et pratiques en matière de financement de la santé, et pour décider de réformes.

5. Méthodes

L'étude décrite dans le présent rapport fait la synthèse des résultats obtenus par l'utilisation de méthodes quantitatives et qualitatives. Les résultats de l'étude doivent présenter un panorama indicatif (et peut-être aussi statistiquement représentatif) des effets des politiques actuelles de financement de la santé (et du système de tarification, de dispenses et d'exemptions y afférent) sur la manière dont l'accès aux services de santé et l'utilisation de ces services est perçue par des segments bien précis de la population.

L'enquête met intentionnellement l'accent sur les réactions des indigents et des pauvres, et elle suréchantillonne donc ces segments de la population en utilisant (dans le cas des enquêtes présentées) une méthodologie d'échantillonnage stratifié. Ces groupes ont été ciblés par l'étude car ils seraient les plus vulnérables aux effets négatifs supposés (par exemple, un accès limité aux soins à cause des obstacles financiers créés par les politiques de tarification et par une utilisation réduite des services préventifs et curatifs essentiels) des politiques actuelles de financement de la santé.

Il est important de remarquer que la méthodologie d'échantillonnage employée ne permet pas une estimation de la fréquence de l'indigence ou de la pauvreté en Guinée. Ce point est important pour une évaluation correcte des résultats de l'étude et pour la discussion s'y rapportant. Il n'y a pas aujourd'hui de données permettant d'estimer la fréquence de l'indigence ou de la pauvreté en Guinée. On peut espérer que la publication des données et des résultats de l'Enquête intégrée sur les ménages (EIBC 1994), parrainée par la Banque mondiale, permettra de combler ce vide, mais aucun calendrier n'a été arrêté pour la publication des résultats de cette enquête (initialement prévue pour décembre 1995). Ces renseignements seront évidemment essentiels à toute discussion en rapport avec l'évaluation et une reformulation éventuelle de la politique de financement de la santé.

Les activités initiales de collecte de données pour cette étude ont eu lieu à l'Hôpital Ignace Dean (un établissement national de l'échelon tertiaire) à Conakry et dans des zones voisines de l'échantillon des établissements de Haute-Guinée et de Basse-Guinée (voir Tableau 2, ci-dessous). Il conviendrait de noter que ces régions ne sont peut-être pas pleinement représentatives des contextes culturels, économiques, sociaux et épidémiologiques très divers de la Guinée. Les résultats de cette étude devraient donc être considérés comme une indication de la situation actuelle en Guinée, et il est possible qu'ils ne représentent pas toutes les différentes situations que l'on trouve dans le pays. Cet état de chose peut limiter, mais n'infirme en rien, la contribution de ces résultats au débat sur la politique actuelle en matière de financement de la santé et sur l'incidence de cette politique pour les segments les plus désavantagés de la population. Les ressources qu'aurait exigé une enquête nationale auprès de la population pour obtenir des résultats statistiquement représentatifs de cette nature dépassaient de loin les moyens mis à disposition pour la présente étude.

Tous les établissements de santé inclus dans l'échantillon de l'enquête avaient reçu la formation requise et ils appliquaient la politique nationale de paiement à l'acte. De ce fait, les sommes dues pour des services semblables étaient, en théorie, les mêmes dans tous les établissements inclus dans l'étude. La structure actuelle des redevances dans les établissements du MDS est décrite en détail dans une autre partie du présent rapport.

Les établissements sanitaires du MDS compris dans l'enquête sont indiqués ci-dessous. Une fois encore, il faut noter que cet échantillon n'a pas été sélectionné de manière aléatoire et que donc ses résultats ne peuvent être statistiquement représentatifs de tous les établissements de santé ou de toutes les

communautés de Guinée, ou même des régions de Basse-Guinée ou de Haute-Guinée. Il a été sélectionné de manière à présenter une vue d'ensemble de la situation dans les communautés desservies par divers types d'établissements de santé.

Tableau 2: Etablissements du MDS compris dans les enquêtes

Conakry:

Hôpital: **Ignance Dean**

Basse-Guinée:

Hôpital préfectoral: **Boffa**

Centre de santé: **Maferenyah**

Hôpital préfectoral: **Forecariah**

Centre de santé: **Tougnifily**

Centre de santé urbain: **Boffa**

Centre de santé: **Tanene**

Centre de santé: **Dubreka**

Haute-Guinée

Hôpital préfectoral: **Mandiana**

Centre de santé: **Kantoumanina**

Centre de santé: **Komodou**

Centre de santé: **Kabada**

Centre de santé: **Tintioulen**

Centre de santé: **Sabadou-Baranama**

Centre de santé: **Koundian**

Centre de santé: **Bate-Nafadji**

Hôpital préfectoral: **Kerouane**

Trois activités principales de collecte de données se sont déroulées dans le cadre de l'étude décrite dans le présent rapport:

- 1) **Interviews de prestataires de soins de santé et de responsables communautaires** dans un échantillon d'établissements de santé des régions de Basse-Guinée, de Haute-Guinée et à Conakry (Hôpital Ignance Dean): quelques données relatives au nombre et au coût des exemptions et des dispenses de paiements ont été tirées des archives de plusieurs établissements. Le personnel de santé et les responsables communautaires ont été interrogés concernant leur aptitude à identifier les indigents et les pauvres au sein de leur communauté. Trente-sept interviews de ce type ont été enregistrées (22 avec des employés d'établissements de santé et 15 avec des responsables communautaires).
- 2) **Interviews de patients** à la sortie ou de patients hospitalisés dans divers établissements de santé des régions choisies et de Conakry: les patients ont été interrogés concernant le type de service qu'ils avaient reçus et le montant total qu'ils avaient eu à payer (sans se limiter à ce qu'ils avaient dû payer de leur poche à l'établissement) pour les services obtenus. Les patients ont été interrogés au sujet du prix officiel des services qu'ils avaient reçus, pour permettre de calculer la

différence entre le prix officiel et les paiements effectivement faits par les patients. Leur connaissance des prix officiels et non officiels, et des systèmes d'exemptions et de dispenses, a été évaluée. Un échantillon pratique (non aléatoire) de 127 patients a été interviewé pour ce volet de l'étude.

- 3) **Interviews de membres de ménages** identifiés par les responsables de communautés proches des établissements sélectionnés du MDS, en Basse-Guinée et en Haute-Guinée, comme étant au nombre des indigents, des pauvres, des personnes saisonnièrement pauvres et des non-pauvres: aucune interview n'était faite à Conakry. Les questions de l'enquête étaient axées sur les comportements récents pour l'obtention de soins (maladies au cours des quatre semaines précédentes) et sur les coûts de traitement qui en ont résulté pour les membres des ménages. Les enquêtés ont été interrogés à propos de leurs connaissances de la structure des tarifs officiels des services du MDS, et au sujet des dépenses encourues lors de leur dernière maladie. Trois cent six interviews de ménages ont été effectuées (164 indigents, 83 pauvres, 37 saisonnièrement pauvres, 22 non-pauvres, 15 sans données) et analysées.

Pour cette étude et pour la préparation du rapport, des définitions opérationnelles standards ont été (ou seront) employées pour divers groupes:

- **les indigents:** des individus qui ne peuvent compter en rien sur le soutien d'un réseau familial, social ou religieux, qui ne font pas partie de tels réseaux ou n'y ont pas accès pour recevoir une assistance financière pour le paiement de frais médicaux ou d'autres obligations financières. Ils n'appartiennent à aucune forme de *tontine* ou de *mutuelle*, puisqu'ils n'ont pas de revenus. Ils ont en permanence des difficultés à trouver des ressources pour se nourrir et pour nourrir régulièrement leur famille. Ils n'ont aucun endroit où s'adresser, ou aucun recours, pour obtenir des ressources complémentaires, même occasionnellement.
- **les pauvres:** des individus qui ont régulièrement des difficultés à faire face à leurs obligations financières habituelles (alimentation, soins de santé, etc.) mais qui peuvent généralement obtenir un soutien et une assistance de leur réseau social. Ce réseau peut comprendre la famille, les voisins et/ou les membres de communautés religieuses. Les pauvres peuvent trouver une soutien financier auprès des *tontines* et des *mutuelles* auxquelles ils appartiennent.
- **les personnes saisonnièrement pauvres:** il s'agit de personnes qui ont des difficultés à faire face à leurs obligations financières ordinaires durant des périodes particulières de l'année. Dans la plupart des cas, ces périodes se situent après les récoltes, avant l'encaissement du revenu généré par la vente des excédents de récolte. En fonction de leurs revenus à d'autres moments, ce sont les principaux bénéficiaires de *tontines* ou de *mutuelles*. Lorsque ces personnes éprouvent de telles difficultés, elles sont en mesure d'avoir accès à des ressources par le biais de mécanismes de soutien social.
- **les non-pauvres:** des individus qui n'ont pas besoin d'assistance pour faire face à leurs obligations financières normales. Ils peuvent toutefois avoir besoin d'une assistance pour des dépenses extraordinaires ou catastrophiques, à cause par exemple d'une hospitalisation.

Il est important de noter que les définitions opérationnelles des indigents, des pauvres, des personnes saisonnièrement pauvres et des non-pauvres ont été examinées attentivement avec le personnel de santé

et les responsables communautaires durant le travail de terrain de l'étude. Dans pratiquement tous les cas, les enquêtés estimaient que leurs communautés pouvaient facilement être divisées en fonction de ces catégories. Ils ont aussi indiqué que ces quatre catégories reflétaient avec exactitude la situation financière de chacun des membres de leur communauté et ils se sont dit convaincus qu'ils seraient en mesure d'identifier les personnes appartenant à telle ou telle catégorie. L'aptitude des responsables communautaires à classer ainsi, par catégorie financière, les ménages est essentielle pour la méthodologie d'échantillonnage stratifié employée pour l'enquête.

Les principales activités de collecte de données ont eu lieu en deux étapes distinctes. Des instruments et des méthodes d'enquête ont été mis au point, approuvés par le MDS, et la première étape de la collecte de données s'est faite dans la région de Haute-Guinée, du 20 au 27 août 1995. La deuxième étape de la collecte de données s'est déroulée du 10 au 21 novembre 1995. Les activités de la première étape ont été coordonnées par deux consultants de BASICS, Hugh Waters et Maryse Simonet. James Setzer, consultant de BASICS, a coordonné les activités de la deuxième étape à Conakry et en Basse-Guinée. M. Aly Kamano et le Dr Alpha Amadou Diallou ont été désignés par le MDS pour participer à l'étude et ils ont collaboré à toutes les étapes de la conception de l'étude et de la collecte de données. La même équipe d'enquêteurs d'un bureau d'études local, Statview, a été utilisée pendant les deux étapes de l'enquête. Tous les instruments d'enquête et d'interview ont été élaborés en français et traduits dans les langues locales et dialectes appropriés par les équipes chargées des interviews. Des exemplaires du questionnaire utilisé pour l'enquête (en français) sont jointes au présent document.

Toutes les étapes de l'étude ont été pleinement soutenues par le Bureau santé et population de l'USAID/Conakry. Sans la coopération et le soutien de l'USAID/Conakry, cette étude aurait été impossible. Un rapport préliminaire des conclusions sur la base des résultats de la première étape a été rédigé et distribué à BASICS, à l'USAID/Conakry et au MDS (résumé analytique uniquement). La saisie et l'analyse de données ont été exécutées à la Rollins School of Public Health de l'Université Emory, avec la version 6 du logiciel d'analyse statistique Epi-Info. Le rapport définitif a été présenté au MDS et à l'USAID, et il a été discuté avec eux durant une visite de suivi effectuée par Setzer en juin 1996.

En plus de ces activités principales de collecte des données, il y a eu examen en profondeur de la documentation existante (publiée et non publiée) et des données secondaires qui ont été compilées pour affiner l'interprétation des données d'enquête. Une bibliographie complète de ces sources d'information secondaires est jointe au présent rapport.

6. Résultats

Les résultats des trois enquêtes seront présentés séparément ci-dessous.

6.1 Interviews de prestataires de soins de santé et de responsables communautaires

Cette étude avait pour but de donner une idée du nombre de dérogations et d'exemptions non officielles accordées dans les établissements du MDS. Cette pratique est manifestement contraire à la politique actuelle et les résultats doivent donc être interprétés avec prudence. Il est difficile de savoir dans quelle mesure le personnel de santé du MDS serait disposé à rapporter ces pratiques non officielles.

Le système d'information sanitaire en place dans les établissements du MDS ne prévoit pas l'enregistrement de données pour les patients qui ne paient pas. Il est donc impossible d'avoir une estimation précise du nombre de patients qui, ou bien sont traités sans payer, ou bien sont vus par le personnel de l'établissement et reçoivent une ordonnance à faire exécuter ailleurs, puisque ces patients ne sont pas en mesure de payer les tarifs du MDS. Il est également impossible (sans une enquête à grande échelle auprès de la population - une solution qui avait été jugée irréalisable) d'estimer le nombre de personnes qui ne s'adressent pas à des établissements du MDS en raison de l'absence de dispenses et d'exemptions officielles.

Etant donné que les renseignements collectés sont très fragmentaires (mais ils sont instructifs/révélateurs), on ne cherchera pas à estimer les niveaux de signification statistique. La gamme des réponses donne déjà une idée de la fréquence des dérogations à la politique officielle qui consiste à n'accorder ni dispense ni exemption. Il est toutefois difficile, à partir de renseignements ainsi obtenus, de déterminer avec précision si ces dérogations peuvent protéger les indigents et les pauvres des conséquences financières adverses de la tarification actuelle des services du MDS.

Sur les 22 employés des établissements de santé qui ont été interrogés, 59 pour cent (n=13) ont indiqué que, pendant l'année précédant l'entretien, un patient au moins n'avait pas payé pour les soins qu'il avait reçus dans l'établissement en question. Le nombre de patients qui n'avaient pas payé serait d'un ou deux mais il pourrait aller jusqu'à 40 pour cent du total des patients. Comme mentionné plus haut, il n'a pas été possible de confirmer ces réponses en utilisant les registres des patients ou d'autres formulaires de comptabilité/gestion utilisés dans les établissements. Les patients qui ne paient pas seraient essentiellement:

- des victimes d'accidents qui ont besoin d'un traitement d'urgence, ou qui n'ont pas d'argent sur eux au moment du traitement.
- du personnel de santé ou d'autres fonctionnaires.
- des membres de collectivités religieuses.
- des personnes perçues comme étant indigentes (sur la base de l'évaluation et des critères du prestataire des soins).

- "des étrangers," un terme qui en l'occurrence signifie des personnes ne résidant pas dans la région et qui n'ont pas de mécanismes de soutien familial dans le secteur.

Dans nombre de cas, des employés du MDS ont indiqué qu'ils avaient eu à payer de leur poche des services fournis à pas mal de ces patients. La proportion de patients qui seraient revenus à l'établissement pour rembourser ces prêts/dons irait de un à 100.

La tuberculose, la maladie de Hansen et les MST n'étaient pas mentionnées sur la liste des maladies exemptées de paiement (voir ci-dessus), mais le personnel des établissements avait déterminé à juste titre que les patients atteints de ces maladies étaient exemptés. L'absence de ces maladies de la liste des patients non-payants laisse à penser que le personnel n'est peut-être pas en mesure de garantir des services à de tels patients. L'étude n'était pas conçue pour déterminer dans quelle mesure la politique actuelle de dérogation permettait de réduire les obstacles auxquels se heurtent ces patients pour obtenir des services et un traitement.

Dans plusieurs cas, le personnel a indiqué que la pharmacie de l'établissement fournissait des médicaments aux patients sans encaisser de paiement - les patients étaient censés rembourser la pharmacie par la suite. Le système de comptabilité utilisé dans les établissements du MDS exigeait que l'argent soit encaissé et il enregistrerait tous les médicaments fournis par la pharmacie. Aucune disposition n'était prévue pour tenir compte des médicaments gratuits ou des services fournis à crédit. On ne sait pas exactement comment le personnel équilibre les comptes de l'établissement ou réconcilie les disparités au niveau du stock dans de tels cas.

Il n'a pas été possible d'obtenir d'estimations, même grossières, du coût pour l'établissement de ces exemptions et dispenses. Il était difficile de savoir si le personnel de l'établissement était en mesure d'estimer avec exactitude, à l'intention des représentants du MDS, l'incidence ou l'ampleur de ces entorses, de toute évidence non officielles et illégales, à la politique du MDS. Dans le cadre de l'enquête, la réponse la plus fréquente aux questions relatives au coût des dispenses et des exemptions était que l'information était "non disponible". Les quelques réponses enregistrées allaient de moins de un pour cent du total des recettes jusqu'à 40 pour cent de ces recettes. Manifestement, il faut envisager ces estimations avec la plus grande prudence.

Le personnel des établissements a été interrogé au sujet des mécanismes dont disposaient les membres de la collectivité qui n'étaient pas en mesure de payer les tarifs des établissements du MDS. Les mécanismes les plus souvent cités étaient:

- la famille (famille élargie comprenant les beaux-parents).
- les organisations/institutions religieuses.
- les prêts d'employés de l'établissement.
- les collectes organisées par la collectivité.
- les *tontines* et les *seres*.

Plusieurs enquêtés ont correctement indiqué que les *tontines* et les *seres* étaient des moyens de soutien, tout en ajoutant que ces moyens étaient uniquement à la portée des personnes capables d'effectuer les contributions périodiques requises. On peut donc raisonnablement conclure qu'il existe, au sein de la collectivité, des personnes qui ne peuvent même pas avoir accès à de tels mécanismes.

Dans un ou deux cas, le personnel a indiqué que les autorités locales avaient accepté de fournir des ressources pour régler la facture de certains patients. Ces cas doivent être considérés comme l'exception plutôt que la règle⁴. Plusieurs autres employés ont indiqué que les recettes des établissements constituaient un autre moyen de prendre en charge les patients qui ne payaient pas. Cette option n'est officiellement pas autorisée par la politique du MDS au niveau des centres de santé, et les directives pour les établissements hospitaliers sont ambiguës.

Des conversations avec du personnel de santé ont indiqué que l'identification des personnes dans le besoin n'était pas un problème. Toutefois, la plupart des employés des établissements de santé estimaient généralement qu'il serait impossible de créer et de gérer un fonds spécial pour subventionner le coût de traitement des personnes identifiées comme étant nécessiteuses. Nombre de ces employés ont indiqué qu'ils ne voulaient pas être soumis aux pressions sociales et financières associées à la gestion d'un tel fonds.

Quinze responsables communautaires ont été interviewés. Tous ont noté qu'il y avait dans leurs communautés respectives des ménages ou des individus qui pourraient être classés comme indigents, selon la définition donnée. Ils ont aussi déclaré qu'ils seraient capables d'identifier les personnes qui correspondaient à cette définition. Le personnel du MDS interrogé a également indiqué qu'il serait capable d'identifier correctement les indigents au sein de la communauté. Ces résultats sont conformes aux conclusions de M. de la Rocque et de B. Galland (de la Rocque et Galland, 1995) à propos de la Guinée, de l'Ethiopie et des Comores. Selon eux, les collectivités sont généralement capables d'identifier les gens qui connaissent des difficultés économiques et sociales.

Tous les dirigeants locaux ont rapporté que, dans leur communauté, il y avait des indigents qui ne s'adressaient pas aux établissements du MDS quand ils étaient malades. On n'a pas essayé de déterminer si, à leur avis, et compte tenu de leur expérience, il y avait des différences entre l'attitude des indigents et celle des non-indigents pour ce qui est d'obtenir des soins. Le manque de ressources financières était la raison la plus communément invoquée pour expliquer que les indigents ne s'adressaient pas, en pareil cas, à des établissements du MDS. Parmi les autres raisons citées figuraient l'absence de moyens de transports et une méfiance envers les services fournis.

Les dirigeants ont été interrogés à propos des moyens de soutien existant pour les indigents dans leur communauté. Beaucoup ont fait observer qu'il n'y avait aucune structure ou mécanisme de soutien pour aider les indigents à assumer leurs frais médicaux. Parmi les solutions possibles qui étaient proposées figuraient les dons à titre volontaire ou caritatif, l'appui des autorités locales, un soutien des associations bénévoles et la famille. Les dirigeants ont reconnu que, malgré tout, certains segments de la communauté risquaient d'être exclus, même de ces solutions potentielles.

⁴ Une anecdote mérite peut-être d'être mentionnée à cet égard. Durant les travaux de terrain pour l'enquête en Basse-Guinée, l'équipe qui franchissait une rivière à bord d'un ferry a été informée par l'opérateur du bateau que le prix de la traversée était de 500 FG par véhicule. Les membres de l'équipe ont demandé à être exemptés du paiement, invoquant le fait qu'ils étaient en "déplacement officiel pour le compte de l'Etat". L'opérateur du ferry a reconnu que tel était bien le cas, après vérification des ordres de mission des participants, mais puisque "leur" hôpital n'accordait pas de dérogations aux fonctionnaires, il n'y aurait pas non plus de dérogation sur "son" ferry. Après une longue discussion, le droit de passage a été acquitté.

6.2 Interviews de patients

Un échantillon pratique de patients (n=127)⁵ a été interviewé sur un échantillon de plusieurs établissements de Conakry, ainsi que de Basse-Guinée et de Haute-Guinée. Ces patients ont été interrogés à propos du coût des services et des autres frais qu'ils avaient eus à payer de leur poche lors de leur dernière maladie. Ils ont aussi été interrogés pour déterminer ce qu'ils savaient à propos de la structure des tarifs pour différents services disponibles dans les établissements du MDS. Il faut remarquer que cette méthode d'interview des patients, alors qu'ils se trouvent dans un établissement médical, peut être biaisée. On peut aussi penser que les prestataires de soins, en présence de l'équipe de chercheurs parrainée par le MDS, n'abstiendraient d'accorder des exemptions non officielles, de majorer la facture des patients ou d'adapter autrement la politique nationale.

Les interviews de patients ont été réalisées dans les établissements suivants:

Tableau 3: Etablissements du MDS inclus dans l'enquête auprès des patients

Conakry: 30 pour cent

Hôpital **Ignance Dean**: 30 pour cent (n=36)

Basse-Guinée: 28 pour cent

Hôpital préfectoral: **Boffa**: 8 pour cent (n=10)

Hôpital préfectoral: **Forecariah**: 6,5 pour cent (n=8)

Centre de santé: **Tanene**: 13 pour cent (n=16)

Haute-Guinée: 43 pour cent

Hôpital préfectoral: **Mandiana**: 7 pour cent (n=10)

Centre de santé: **Kantoumanina**: 7 pour cent (n=9)

Centre de santé: **Komodou**: 5 pour cent (n=6)

Centre de santé: **Kabada**: 3 pour cent (n=4)

Centre de santé: **Tintioulen**: 4 pour cent (n=5)

Centre de santé: **Sabadou-Baranama**: 6,5 pour cent (n=8)

Centre de santé: **Koundian**: 4 pour cent (n=5)

Centre de santé: **Bate-Nafadji**: 3 pour cent (n=4)

Hôpital préfectoral: **Kerouane**: 2 pour cent (n=2)

Au total, 50 patients de sexe masculin (40,7 pour cent) et 73 patients de sexe féminin (59,3 pour cent) ont été interviewés (pas de données=4). La répartition par âge des patients interviewés indique que toutes les tranches d'âges étaient représentés dans l'échantillon.

⁵ Le total des enquêtés varie pour chaque question en fonction des données manquantes sur les questionnaires individuels. En outre, la somme des pourcentages de certains tableaux n'est pas nécessairement de 100 pour cent en raison de la possibilité de réponses multiples et de chiffres qui sont arrondis.

Tableau 4: Répartition par âge des patients interviewés

<1 an	14,2 pour cent
1-4 ans	11,0 pour cent
5-14 ans	10,2 pour cent
15-39 ans	44,1 pour cent
plus de 40 ans	20,5 pour cent

Les trois maladies/plaintes les plus souvent citées par les patients interviewés étaient:

- le paludisme (18,8 pour cent, n=24)
- la fièvre (13,4 pour cent, n=17)
- les problèmes d'estomac (10,7 pour cent, n=14)

Ces trois maladies/plaintes représentaient 43 pour cent du total des patients ayant signalé qu'ils avaient reçu des services à caractère curatif (n=112). Quinze patients au total (12 pour cent) ont indiqué qu'ils étaient venus à l'établissement pour des services préventifs d'un certain type (vaccination: n=7, consultation: n=8). Parmi les personnes ayant reçu des soins curatifs, 74 pour cent (n=84) se sont déclarées satisfaites du traitement. Onze pour cent (n=12) ont dit qu'elles n'étaient pas satisfaites et 15 pour cent (n=17) n'avaient pas d'opinion.

Les enquêtés ont été interrogés à propos de la somme demandée ("facturée") et de celle qu'ils avaient effectivement payée pour les services obtenus (médicaments, carte de santé, consultation). Les résultats ne tenaient pas compte du niveau de l'établissement ou du traitement/diagnostic. Leurs valeurs en termes de moyenne et de médiane sont présentés au Tableau 5 ci-dessous:

Tableau 5: Paiements demandés aux patients interviewés dans des établissements du MDS

Services	Paiements demandés (FG)	
	Moyenne	Médiane
Médicaments	21067	600
Carte de santé	380	100
Consultation	10816	0
Total	27270	1500

Tableau 6: Paiements effectués par les patients interviewés dans des établissements du MDS

Services	Paiements effectués (FG)	
	Moyenne	Médiane
Médicaments	22937	600
Carte de santé	396	100
Consultation	10523	100
Total	26735	1500

Les valeurs moyennes des montants demandés et de ce ceux effectivement payés sont manifestement beaucoup plus élevées que les tarifs officiels pour n'importe quel niveau des établissements de santé. Ces valeurs moyennes sont biaisées vers le haut par un petit nombre de patients qui ont signalé des factures et des dépenses extrêmement élevées (dépassant les 250.000 FG). L'échantillon de cette enquête n'est pas représentatif de la population en général mais uniquement des patients des établissements visités. Les patients des hôpitaux constituent la majorité des personnes comprises dans l'échantillon de l'enquête. Il est compréhensible que certains de ces patients aient pu avoir des dépenses très élevées.

Si les cas comportant des dépenses supérieures à 100.000 FG sont exclus de l'analyse, le prix moyen total réclamé est estimé à 14.756 FG. Le prix moyen estimé payé pour les médicaments s'établit, selon les calculs, à 8.844 FG et la moyenne du total estimé des dépenses est de 14.425 FG. Ces chiffres sont dans les limites des prix officiels pratiqués pour certains services hospitaliers dans les établissements du MDS en Guinée.

Treize des enquêtés (10 pour cent) ont indiqué qu'ils n'avaient pas payé pour les services qu'ils avaient reçus. Parmi ceux qui n'avaient pas payé, trois enquêtés ont dit que l'établissement leur avait prêté les fonds nécessaires et six autres ont répondu qu'ils avaient été traités gratuitement.

La majorité (50 pour cent) des patients ayant payé pour les services obtenus avaient utilisé des fonds provenant de la famille. Vingt-cinq pour cent des enquêtés ont répondu qu'ils avaient emprunté de l'argent, ou que, soit la famille, soit des amis, leur avaient donné ou prêté de l'argent pour régler la facture. On a estimé qu'il serait impossible de déterminer la situation socio-économique des enquêtés (en particulier de ceux qui n'avaient pas payé). La proportion relativement élevée d'emprunts et de dons utilisés par les enquêtés pour payer les services reçus suggère que la politique officielle consistant à avoir recours aux moyens traditionnels de solidarité et de soutien communautaires pourrait être justifiée et qu'elle serait efficace dans bien des cas.

Beaucoup d'enquêtés n'étaient pas au courant des barèmes officiels appliqués pour un échantillon de services. Le prix moyen cité pour les vaccinations était de 552 FG, avec une médiane de 125 FG. Officiellement, aucun paiement n'est demandé pour les vaccinations. De même, la moyenne et la médiane des prix cités pour d'autres services (visite prénatale: moyenne 2.714 FG, médiane 600 FG) (accouchement normal: moyenne 9.596 FG, médiane, 6.000) (maladies endémiques: moyenne 808 FG, médiane 0 FG) étaient souvent incorrectes et plus élevées que les tarifs officiels. La plupart des enquêtés (57 pour cent) ne savaient pas s'ils pouvaient prétendre à des exemptions ou des dispenses. Seulement 36 pour cent des enquêtés ont répondu qu'il n'y avait pas d'exemptions ou de dispenses. En général, le

système de tarification en vigueur dans les établissements du MDS est mal compris, même des personnes qui cherchent activement à se faire soigner à l'intérieur du système⁶.

Beaucoup de patients interrogés s'étaient adressés ailleurs avant de se rendre dans un établissement du MDS. Vingt-cinq pour cent ont rapporté qu'ils avaient reçu un traitement traditionnel administré par un membre de la famille avant d'aller dans un établissement du MDS. Parmi les autres possibilités figuraient le traitement chez soi par un tradipraticien (11 pour cent), l'achat de médicaments à un vendeur à la sauvette (10 pour cent), l'achat de médicaments dans une pharmacie privée (9 pour cent) et la visite au domicile d'un tradipraticien (9 pour cent). La médiane du prix payé pour ces options de traitement était de zéro. La moyenne du total (comprenant les frais de consultation et le coût des médicaments et autres produits) était de 4.009 FG - ce qui est évidemment beaucoup plus élevé que les tarifs des centres de santé du MDS. Il y a, semble-t-il, une forte demande pour de nombreux types de services et une volonté de payer pour ces services. Les données recueillies ne permettent pas d'évaluer l'impact des prix et de la disposition à payer pour ces options.

6.3 Interviews de ménages

Un échantillon pratique de 327 personnes⁷ ayant répondu qu'elles avaient été malades durant les quatre semaines précédentes a été interviewé pour l'enquête-ménage (certaines familles ont rapporté que plus d'un de leurs membres avait été malade au cours des quatre dernières semaines). Les enquêtés faisaient partie de familles des communautés voisines d'un échantillon d'établissements du MDS. On a demandé aux responsables communautaires d'identifier les ménages qui, dans leur communauté, étaient soit indigents (n=164), soit pauvres (n= 83), soit saisonnièrement pauvres (n=37), soit non-pauvres (n=22) (pas de données disponibles pour 15 cas) sur la base des définitions standards (voir ci-dessus). On a interrogé des membres de ménages ayant signalé des maladies (ou qui, dans certains cas, les parents ou d'autres membres de la famille) au cours des quatre semaines précédentes. L'échantillon de personnes retenues intentionnellement ciblait les ménages classés comme pauvres et indigents. On ne dispose pas d'estimations relatives à la fréquence de l'indigence ou de la pauvreté en Guinée. Il n'a donc pas été possible d'utiliser les résultats de l'enquête pour représenter les comportements de recherche de soins à la population en général, ou le niveau de ses dépenses de santé. La répartition des enquêtés est illustrée au Tableau 7 ci-dessous.

⁶ Dans la plupart des établissements visités au cours de l'enquête, les tarifs n'étaient pas affichés - ce qui aurait permis aux patients d'en prendre connaissance. Plusieurs des établissements hospitaliers visités avaient affiché les prix officiels, mais pas toujours à des endroits où les patients seraient susceptibles de les voir. L'affichage des prix et des services est une mesure simple pour informer le public des politiques et des prix officiels. Il devrait se faire même dans les communautés où les taux d'alphabétisation sont faibles.

⁷ Les données manquantes pour certains cas peuvent signifier que le nombre total de cas pour tous les tableaux n'est pas nécessairement égal à 321. En ce qui concerne les tabulations croisées, les cas ayant des données manquantes pour l'une ou l'autre des variables sont exclues de l'analyse.

Tableau 7: Communautés comprises dans l'enquête-ménage

Basse-Guinée

Boffa
Forecariah
Tanene
Dubreka
Maferenyah

Haute-Guinée

Mandiana
Kantoumanina
Komodou
Kabada
Tintioulen
Sabadou-Baranama
Koundian
Bate-Nafadji
Kerouane

La répartition par âge et par sexe des enquêtés, pour chaque catégorie économique, est indiquée au Tableau 8. Aucune différence significative n'a été trouvée dans les catégories économiques, que soit par âge ou par sexe.

Tableau 8: Répartition par âge et par sexe de la population enquêtée

	Indigent	Pauvre	Saisonnement pauvre	Non-pauvre
Age				
< 1 an	1,9%	6,1%	5,4%	4,5%
1-4 ans	12,6%	13,4%	21,6%	4,5%
5-14 ans	14,5%	17,1%	24,3%	13,6%
15-39 ans	26,4%	28,0%	10,8%	45,5%
Plus de 40 ans	44,7%	35,4%	37,8%	31,8%
Sexe				
Masculin	46%	49%	31%	36%
Féminin	54%	51%	69%	64%

Au total, 198 (61,7 pour cent) des enquêtés ont indiqué qu'ils s'étaient rendus dans un établissement du MDS durant leur dernier épisode de maladie (quatre dernières semaines). Le taux d'utilisation des services du MDS s'est avéré significativement différent ($p < 0,001$) dans les quatre catégories économiques. Les personnes classées comme indigentes avaient utilisé les établissements publics bien moins souvent que les personnes saisonnièrement pauvres et les non-pauvres, comme l'indique le Tableau 9 ci-dessous:

Tableau 9: Utilisation des services de santé du MDS, par catégorie économique

Catégorie	Utilisation des établissements publics	
	Oui	Non
Indigent	40% (n=64)	60% (n=94)
Pauvre	84% (n=69)	16% (n=13)
Saisonnement pauvre	86% (n=32)	14% (n=5)
Non-pauvre	86% (n=19)	14% (n=3)

(p<0,001)

Parmi les patients qui se sont rendus dans des établissements du MDS, il n'y avait pas de différence significative entre les catégories économiques pour ce qui est du niveau des établissements utilisés. Au total, parmi les enquêtés rapportant une visite dans un établissement du MDS, 19 pour cent ont dit qu'ils s'étaient adressés à un hôpital et 80,5 pour cent à un centre de santé. Un seul enquêté (0,5 pour cent) indiquait qu'il avait eu recours à un poste de santé).

Les enquêtés ont été interrogés sur les raisons pour lesquelles ils avaient tardé à se faire soigner. Le manque d'argent était plus souvent invoqué chez les indigents (60 pour cent des enquêtés) et les pauvres (58 pour cent) que chez les personnes saisonnièrement pauvres (23 pour cent) ou les non-pauvres (12,5 pour cent).

Il y avait une différence marginalement significative ($0,05 < p < 0,10$) entre les catégories économiques pour le laps de temps écoulé avant de se rendre dans un établissement du MDS, comme l'indique le Tableau 10 ci-dessous:

Tableau 10: Laps de temps écoulé avant de se rendre dans un établissement du MDS

Catégorie	Laps de temps avant de se faire soigner (jours)		
	0-1	2-10	>10
Indigent	53% (n=32)	28% (n=17)	18% (n=11)
Pauvre	46% (n=31)	46% (n=31)	9% (n=6)
Saisonnement pauvre	38% (n=12)	53% (n=17)	9% (n=3)
Non-pauvre	71% (n=12)	29% (n=5)	0 (n=0)

(p=0,0545)

Pratiquement la moitié de toutes les personnes interrogées, dans toutes les catégories, avaient attendu un jour, ou moins, avant d'aller dans un établissement du MDS. Le pourcentage le plus élevé de personnes ayant attendu plus de dix jours était observé chez les enquêtés classés comme indigents.

Les enquêtés qui déclaraient avoir visité un établissement du MDS pendant leur épisode de maladie le plus récent ont été interrogés sur les redevances réclamés pour les services obtenus (médicaments, consultation, carte de santé et total) durant leur visite. On leur a demandé aussi quel avait été le montant acquitté pour ces services. Les valeurs moyennes et médianes sont résumées ci-dessus. L'octroi

d'exemptions ou de dispenses non officielles par le personnel sanitaire pourrait se traduire par des différences importantes entre les prix facturés et les prix payés. Les résultats présentés ne tiennent pas compte du niveau de l'établissement, du type de traitement reçu ou du diagnostic à la base du traitement. En tout, sept patients seulement ont indiqué qu'ils n'avaient rien payé pour les services d'établissements du MDS⁸. Sur ces sept enquêtés, deux avaient eu un prêt (du centre) et quatre autres avaient été soignés à titre gratuit.

Tableau 11: Moyenne des prix demandés dans les établissements du MDS
(tous niveaux d'établissements confondus)

Catégorie	Moyenne des prix demandés (FG)			
	Médicaments	Carnet	Consultation	Total
Indigent	5573	147	859	5712
Pauvre	5329	401	1153	6632
Saisonnement pauvre	4485	172	137	5237
Non-pauvre	8030	594	2088	11529

Tableau 12: Médiane des prix demandés dans les établissements du MDS
(tous niveaux d'établissements confondus)

Catégorie	Médiane des prix demandés (FG)			
	Médicaments	Carnet	Consultation	Total
Indigent	1400	100	0	1475
Pauvre	1325	100	0	2000
Saisonnement pauvre	850	100	0	1100
Non-pauvre	1000	100	0	1300

Aucune des moyennes ou médianes des prix n'était significativement différente ($p < 0,05$) entre les diverses catégories économiques.

⁸ Le personnel des établissements interviewé indique qu'il est courant de donner aux patients une ordonnance et de ne rien leur faire payer si les médicaments sont en rupture de stock ou s'ils ne figurent pas sur la liste des médicaments essentiels utilisés dans les établissements du MDS.

Tableau 13: Moyenne des prix payés dans les établissements du MDS
(tous niveaux d'établissements confondus)

Catégorie	Moyenne des prix payés (FG)			
	Médicaments	Carnet	Consultation	Total
Indigent	4330	140	585	5756
Pauvre	6354	397	1176	7657
Saisonnement pauvre	4704	179	148	5443
Non-pauvre	8030	559	2129	11494

Tableau 14: Médiane des prix payés dans les établissements du MDS
(tous niveaux d'établissements confondus)

Catégorie	Médiane des prix payés (FG)			
	Médicaments	Carnet	Consultation	Total
Indigent	1000	100	0	1375
Pauvre	1425	100	0	2050
Saisonnement pauvre	1100	100	0	1050
Non-pauvre	1000	100	0	1300

Les réponses ci-dessus indiquent que les sommes demandées et celles payées par la plupart des patients de toutes les catégories économiques se situaient dans les limites de la tarification officielle établie par le MDS. La moyenne des prix demandés et effectivement payés était plus élevée que les médianes en raison du petit nombre de réponses indiquant un chiffre très élevé. Il faut se souvenir que ces réponses comprennent les services fournis à tous les niveaux de l'établissement et qu'elles incluent donc les services hospitaliers dont les prix officiels sont bien supérieurs à ceux des centres de santé. La médiane de la redevance demandée et payée pour les consultations et du paiement pour toutes les catégories de patients résulte, par exemple, du fait que la majorité des visites avaient lieu dans des postes ou des centres de santé où aucune redevance officielle n'est perçue pour les consultations. Les prix qui semblent supérieurs aux prix officiels peuvent aussi, dans certains cas, englober des frais encourus en dehors de l'établissement mais en rapport avec le traitement prescrit (par exemple, les patients qui avaient reçu des ordonnances et avaient acheté les médicaments dans une pharmacie privée). Il n'y avait pas de différence significative, ni dans les moyennes, ni dans les médianes, pour les prix demandés et les prix payés pour les médicaments, les cartes de santé et les consultations entre les catégories économiques utilisées dans la présente étude.

Comme on peut le remarquer, ces résultats comprennent les réponses des personnes ayant recherché à se faire traiter à différents niveaux de soins, avec des prix et des niveaux de services différents. Les tableaux suivants résument la moyenne et la médiane des prix demandés et payés, par niveau de service. Comme on pouvait s'y attendre, ces chiffres font ressortir des écarts importants entre les hôpitaux et les centres de santé pour les prix demandés et les montants effectivement payés. Ces résultats ne font aucunement entrer en ligne de compte le type de service reçu ou le diagnostic pour lequel le patient est traité.

Tableau 15: Moyenne des prix demandés dans les établissements du MDS
(toutes catégories économiques confondues)

Etablissement	Moyenne des prix demandés (FG)			Total
	Médicaments	Carnet	Consultation	
Hôpital	12720	773	3996	16272
Centre de santé	3721	186	262	3903
Poste de santé	8000	0	0	8000

(toutes différences significatives au niveau $p < 0,05$)

Tableau 16: Médiane des prix demandés dans les établissements du MDS
(toutes catégories économiques confondues)

Etablissement	Médiane des prix demandés (FG)			Total
	Médicaments	Carnet	Consultation	
Hôpital	4250	350	500	6800
Centre de santé	1000	100	0	1100
Poste de santé	8000	0	0	8000

(toutes différences significatives au niveau $p < 0,05$)

Tableau 17: Moyenne des prix payés dans les établissements du MDS
(toutes catégories économiques confondues)

Etablissement	Moyenne des prix payés (FG)			Total
	Médicaments	Carnet	Consultation	
Hôpital	13003	780	5476	17022
Centre de santé	3648	182	123	4321
Poste de santé	8000	0	0	14000

(toutes différences significatives au niveau $p < 0,05$)

Tableau 18: Médiane des prix payés dans les établissements du MDS
(toutes catégories économiques confondues)

Etablissement	Médiane des prix payés (FG)			
	Médicaments	Carnet	Consultation	Total
Hôpital	5000	200	1000	7000
Centre de santé	1000	100	0	1100
Poste de santé	8000	0	6000	14000

(toutes différences significatives au niveau $p < 0,05$)

Comme on pouvait le penser, il y a des différences importantes et statistiquement significatives entre les prix demandés et les montants réellement payés dans les hôpitaux et les centres de santé. Les résultats dans les postes de santé sont basés sur un seul enquêté et il se peut qu'ils ne soient pas représentatifs des redevances et des dépenses habituelles pour ce niveau d'établissement. Les résultats indiquent que, tant dans les hôpitaux que dans les centres de santé, au moins la moitié des enquêtés (médiane) étaient facturés et que les paiements perçus étaient conformes à la tarification en vigueur pour les services dispensés dans les établissements du MDS.

En ce qui concerne les patients des hôpitaux, la médiane des résultats était bien inférieure à la plupart des prix officiellement établis. La moyenne des prix rapportés était plus élevée que les médianes (surtout pour les médicaments). Cette différence était due en partie au petit nombre de patients ayant signalé des redevances et des dépenses élevées. Il faut noter que les réponses à ces questions peuvent indiquer des frais et des dépenses encourus par les patients dans le secteur privé ou auprès d'autres prestataires de soins pour le même épisode de maladie. La moyenne des prix payés par les patients des hôpitaux semble conforme malgré tout à la tarification officielle. Il serait erroné d'interpréter la moyenne de ces résultats comme indiquant que certains patients avaient payé trop cher pour les services qu'ils avaient reçus. Il se peut qu'il y ait un biais dû à un facteur "mémoire" lorsqu'on demande aux enquêtés de se souvenir avec précision des frais et des dépenses encourues pour des services quatre semaines plus tôt.

Les tableaux suivants résument la moyenne et la médiane des frais et des dépenses dans les centres de santé et les postes de santé pour les patients des quatre catégories économiques. Aucune des différences suggérées par ces tableaux ne s'est avérée significative au niveau $p < 0,05$.

Tableau 19: Moyenne des prix demandés dans les centres de santé et les postes de santé du MDS

Catégorie	Moyenne des prix demandés (FG)			
	Médicaments	Carnet	Consultation	Total
Indigent	4982	110	613	4790 ⁹
Pauvre	2725	239	209	3132
Saisonnement pauvre	4270	189	80	4712
Non-pauvre	3961	340	100	4428

Tableau 20: Médiane des prix demandés dans les centres de santé et les postes de santé du MDS

Catégorie	Médiane des prix demandés (FG)			
	Médicaments	Carnet	Consultation	Total
Indigent	1000	100	0	1100
Pauvre	1000	50	0	1350
Saisonnement pauvre	600	100	0	800
Non-pauvre	825	100	0	1150

Tableau 21: Moyenne des prix payés dans les centres de santé et les postes de santé du MDS

Catégorie	Moyenne des prix payés (FG)			
	Médicaments	Carnet	Consultation	Total
Indigent	3461	101	222	4880
Pauvre	3961	239	214	4370
Saisonnement pauvre	4366	198	80	4625
Non-pauvre	3961	300	147	4386

⁹ Curieusement, le nombre total d'enquêtés varie pour chaque question en raison de données manquantes sur les questionnaires individuels. En outre, le total des pourcentages de certains tableaux n'est peut-être pas égal à cent pour cent, en raison de réponses multiples ou parce que certains chiffres ont été arrondis.

Tableau 22: Médiane des prix payés dans les centres de santé et les postes de santé du MDS

Catégorie	Médiane des prix payés (FG)			
	Médicaments	Carnet	Consultation	Total
Indigent	1000	100	0	1100
Pauvre	1200	50	0	1400
Saisonnement pauvre	700	100	0	700
Non-pauvre	825	100	0	1150

Ces résultats suggèrent qu'il n'y a aucune différence, ni pour les prix demandés, ni pour les prix effectivement payés, quelle que soit la catégorie économique des enquêtés. Il est important d'indiquer que l'hypothèse à la base de cette conclusion suppose que les ménages ont été placés dans la catégorie économique appropriée par les responsables communautaires qui avaient été chargés de cette tâche. Des erreurs de classification des ménages pourraient aussi expliquer ce résultat. Les dirigeants communautaires et le personnel de santé du MDS semblent convaincus de leur aptitude à classer correctement les ménages en fonction des catégories données.

Il est toutefois concevable que les mesures de la tendance centrale (moyenne, médiane) ne donnent pas de renseignements importants au sujet de la distribution des réponses. Pour déterminer dans quelle mesure les prix officiels sont appliqués de manière uniforme pour les services dispensés dans les centres et les postes de santé, il faut examiner la distribution des fréquences des réponses. En utilisant la distribution des fréquences, il est possible de voir quel pourcentage de tous les enquêtés a rapporté avoir été facturé, ou avoir payé plus pour les médicaments que les tarifs officiels du MDS fixés pour les produits pharmaceutiques par la politique du MDS. De nombreuses indications ponctuelles suggèrent que le personnel du MDS réclame des prix supérieurs aux tarifs officiels afin de générer des recettes excédentaires. Dans nombre de cas, des rumeurs indiquent que ces excédents seraient utilisés pour améliorer le salaire du personnel de santé.

Les données recueillies ne permettent pas une comparaison directe entre le prix "correct" pour le traitement des patients et le prix effectivement payé. Elles permettent de comparer le nombre de patients qui paient certains prix avec la liste officielle des tarifs. Sur cette liste, le prix d'un certain nombre de traitements est indiqué comme étant de 650 FG ou moins (tous les traitements pour les enfants jusqu'à quatre ans qui ne nécessitent pas d'injections; antibiotiques oraux sans services de laboratoire pour les patients de plus de cinq ans, etc.). Chez les personnes ayant été traitées dans un poste de santé ou dans un centre de santé (n=148), 40,9 pour cent des enquêtés avaient été facturés 650 FG ou moins, et 40 pour cent avaient payé 650 FG ou moins. Tous les traitements pour les enfants jusqu'à quatre ans, et un certain nombre de traitements pour des adultes coûtent 1.000 FG ou moins. Cinquante-cinq pour cent de tous les patients avaient été facturés 1.000 FG ou moins dans les centres et les postes de santé, et 54,7 pour cent avaient payé moins de 1.000 FG. Le tarif officiel le plus élevé dans les postes de santé et les centres de santé du MDS est de 2.400 FG (antibiotique injectable pour adulte, avec services de laboratoires). Soixante-neuf pour cent de tous les patients à ce niveau d'établissement ont rapporté qu'on leur avait demandé 2.400 FG ou moins, et 70 pour cent ont payé 2.400 FG ou moins. En conséquence, il semble que trente pour cent de l'ensemble des patients des postes de santé et des centres de santé du MDS aient été facturés et aient payé des prix supérieurs aux tarifs officiels du MDS, dans toutes les catégories de service.

Le prix officiel le plus élevé pour des services à des patients de quatre ans et moins dans les centres de santé et les postes de santé du MDS est de 1.000 FG (antibiotiques injectables, avec services de laboratoire). Pour vingt-sept pour cent des patients de quatre ans et moins représentés dans l'étude, on a rapporté des redevances de plus de 1.000 FG pour les médicaments et dans 26,3 pour cent des cas le paiement avait dépassé les 1.000 FG. Chez les patients de cinq ans et plus, 36,6 pour cent ont rapporté qu'on leur avait demandé plus de 2.400 FG (le prix officiel le plus élevé) et 35,7 pour cent avaient payé finalement plus de 2.400 FG.

Alors que cette conclusion n'évalue pas précisément l'ampleur du phénomène de tarification "non officielle" des services dans les installations du MDS, elle suggère un problème potentiellement majeur. Les résultats ci-dessus sembleraient en fait sous-estimer la vérité, étant donné qu'ils ne permettent pas d'identifier les personnes qui avaient été facturées ou avaient eu à payer des tarifs plus élevés que ceux correspondant à leur traitement, mais ce montant était malgré tout dans les limites du plafond officiel pour n'importe quel type de service. Dans aucun cas, les documents comptables examinés dans les établissements de santé visités n'indiquaient une facturation différente de la liste officielle. Cela suggère qu'il y a un risque de fraude et d'abus, qu'il y a peut-être effectivement des surfacturations, ou que tous les revenus de l'établissement ne sont pas enregistrés selon les documents et procédures comptables en vigueur.

Il n'y avait pas de différence significative entre catégories économiques concernant la satisfaction des patients en rapport avec les services reçus dans les établissements du MDS. En tout, 72 pour cent des enquêtés indiquaient qu'ils étaient satisfaits des services qu'ils avaient reçus.

Un certain nombre de patients (n=46; 25,5 pour cent des patients qui s'étaient présentés pour des soins dans des établissements du MDS) ont déclaré qu'ils avaient reçu une ordonnance devant être exécutée ailleurs qu'à l'établissement où ils avaient été traités. Comme indiqué plus haut, le personnel de santé a pour habitude de donner des ordonnances quand les médicaments ne sont pas disponibles ou qu'ils ne figurent pas sur la liste de médicaments essentiels adoptée pour ce niveau d'établissement. En outre, le personnel de santé a indiqué qu'il donnait souvent des ordonnances aux indigents qui ne pouvaient pas payer les tarifs de l'établissement du MDS. Ces patients devaient, soit obtenir les médicaments auprès de fournisseurs privés, soit retourner à l'établissement avec les fonds nécessaires, soit encore renoncer à une partie ou à la totalité du traitement prescrit. Si cette pratique est répandue, on peut supposer que les indigents et les pauvres reçoivent un pourcentage plus élevé de ces ordonnances. Tel est effectivement le cas, comme le montre le Tableau 23 ci-dessous.

Tableau 23: Pourcentage des patients recevant une ordonnance dans des établissements du MDS

Catégorie	Ordonnance reçue	
	Oui	Non
Indigent	43,5% (n=27)	56,5% (n=35)
Pauvre	20,5% (n=14)	79,5% (n=54)
Saisonnièrement pauvre	13,0% (n=4)	87,0% (n=27)
Non-pauvre	5,0% (n=1)	95,0% (n=18)

(p<0,001)

Les différences statistiquement significatives indiquées dans le tableau ci-dessus indiquent que les enquêtés identifiés comme indigents avaient reçu des ordonnances dans le cadre de leur traitement beaucoup plus souvent que le restant de la population examinée. La moyenne du coût d'exécution de ces ordonnances était de 9.563 FG et la médiane rapportée était de 3.125 FG. Ces montants sont beaucoup plus élevés que les coûts officiels de traitement pour les services et les médicaments obtenus dans les postes de santé et les centres de santé.

La moyenne et la médiane du coût d'exécution des ordonnances étaient significativement différentes pour les catégories économiques utilisées dans l'étude.

Tableau 24: Moyenne et médiane du coût d'exécution d'une ordonnance obtenue dans un établissement du MDS

Catégorie	Coût de l'exécution de l'ordonnance	
	Moyenne	Médiane
Indigent	8537	2500
Pauvre	14796	4500
Saisonnièrement pauvre	1536	600
Non-pauvre	non disponible	non disponible

($p < 0,001$)

Les pauvres payaient plus cher que les indigents les médicaments prescrits. Leur traitement exigeait peut-être des médicaments plus onéreux. Toutefois, les données peuvent indiquer que les indigents n'avaient pas les moyens d'acheter la totalité ou la plupart des médicaments prescrits (ou d'acheter des quantités suffisantes pour achever un traitement même partiel) et donc, ils ne se procuraient pas tous les médicaments prescrits. Ces résultats ne prennent en compte ni le niveau de l'établissement (il se peut que les hôpitaux aient des cas plus compliqués à traiter et qui exigent des thérapie médicamenteuses plus coûteuses), ni les diagnostics. Malgré les différences pour la moyenne et la médiane du coût des ordonnances qu'on peut noter ici, plus de 90 pour cent de tous les patients qui recevaient une ordonnance déclaraient qu'ils avaient été en mesure de la faire exécuter.

Nombre d'enquêtés ont indiqué qu'ils avaient reçu d'autres soins médicaux pour leur maladie la plus récente avant de se rendre dans un établissement de santé du MDS. Les sources de soins auxquelles ils avaient fait appel étaient différentes selon les catégories économiques utilisées dans l'étude.

Parmi les **indigents** qui s'étaient adressés à des établissements du MDS, les "autres" sources de soins les plus fréquentes étaient:

- l'achat de médicaments à des vendeurs à la sauvette; 23 pour cent
- le traitement à la maison par un tradipraticien; 23 pour cent
- le traitement à la maison par un membre de la famille; 18 pour cent

Parmi les **pauvres** qui avaient eu recours à un établissement du MDS, les autres soins les plus souvent recherchés étaient:

- le traitement à la maison par un membre de la famille; 33 pour cent
- le traitement au domicile d'un tradipraticien; 23 pour cent
- le traitement à la maison par un tradipraticien; 21 pour cent

Parmi les **personnes saisonnièrement pauvres** qui déclaraient s'être rendues dans un établissement du MDS pendant leur maladie la plus récente, les sources de soins hors-MDS les plus souvent citées pour la même maladie étaient:

- le traitement à la maison par un membre de la famille; 31 pour cent
- le traitement au domicile d'un tradipraticien; 15 pour cent
- le traitement à la maison par un tradipraticien; 15 pour cent

Parmi les **non-pauvres**, les sources les plus fréquemment citées pour les soins, avant la visite à l'établissement du MDS étaient:

- l'achat de médicaments à des vendeurs à la sauvette; 17 pour cent
- le traitement à la maison par un tradipraticien; 11 pour cent

Il n'est pas possible de rechercher des différences statistiquement significatives dans les réponses des catégories économiques puisque les enquêtés pouvaient donner plusieurs réponses à cette question.

Il y avait toutefois des différences dans les prix que les groupes disaient avoir eu à payer pour leurs soins en dehors du MDS. La valeur médiane des prix donnée par tous les groupes était de 0 FG. Toutefois, la différence était significative pour la moyenne ($p < 0,05$). Le prix pour les indigents indiqué par les personnes appartenant à cette catégorie était de 2.008 FG, pour les pauvres il était de 3.928 FG, pour les personnes saisonnièrement pauvres de 1.127 FG et pour les non-pauvres de 941 FG. Ces prix sont plus élevés que beaucoup de tarifs officiels facturés dans les établissements du MDS. Le prix et l'efficacité du traitement étaient les deux raisons les plus fréquemment citées dans toutes les catégories économiques pour s'être adressé à des services autres que ceux du MDS. Des indications ponctuelles suggèrent que la disponibilité de crédits et/ou la possibilité de faire des paiements en nature pouvaient entrer en ligne de compte dans la décision de choisir des services hors-MDS.

L'aptitude des membres de la communauté, même des personnes considérées comme indigentes, à payer des tarifs relativement élevés pour des soins en dehors du système du MDS traduit une forte volonté de payer pour être soigné. Cette conclusion est conforme aux résultats d'études effectuées dans un certain nombre de pays d'Afrique subsaharienne. Dans ce cas particulier, les résultats semblent renforcer la notion que beaucoup des membres les plus pauvres de la communauté ont accès à des ressources financières leur permettant de payer pour les services de santé dont ils ont besoin. Il faut aussi se souvenir que le classement par strates des participants à l'étude peut s'être soldée par un classement erroné de certains ménages. Le classement incorrect des ménages, dans la catégorie des indigents ou des pauvres, tend à sur-estimer la capacité de cette couche de la population à obtenir les fonds nécessaires pour assumer ses dépenses médicales.

Il ne faut pas oublier non plus que, parmi l'ensemble des personnes interrogées dans le cadre de l'étude, toutes n'ont pas déclaré qu'elles avaient visité un établissement du MDS lors de leur maladie la plus récente (au cours des quatre dernières semaines). Un pourcentage beaucoup plus faible de personnes classées comme indigentes signalait qu'elles s'étaient adressées à un établissement du MDS (39 pour cent des indigents, 83 pour cent des pauvres, 86 pour cent des personnes saisonnièrement pauvres et 86 pour cent des non-pauvres avaient visité un établissement du MDS), une différence qui était statistiquement significative. Parmi les personnes classées comme indigentes, la raison la plus fréquemment citée (77,5 pour cent, n=69) pour *ne s'être pas rendu* dans un établissement du MDS était le manque d'argent. Par contre, seulement 50 pour cent (n=16) des personnes identifiées comme pauvres invoquaient cette raison pour ne pas s'être rendues dans un établissement du MDS. Chez les personnes saisonnièrement pauvres, 60 pour cent (n=3) et 0 des enquêtés non-pauvres (seulement 3 des 22 enquêtés non-pauvres n'avaient pas eu recours à un établissement du MDS) ont cité cette explication parmi les raisons pour lesquelles ils n'avaient pas utilisé les services du MDS. Il n'est pas possible d'évaluer cette différence pour en déduire la signification statistique. Il semble toutefois que pour beaucoup de gens qui n'avaient pas fait appel aux services d'un établissement du MDS, le manque de fonds était l'une des raisons indiquées. Cette observation était vraie pour toutes les catégories économiques de l'étude. Cependant, un pourcentage plus élevé de personnes identifiées comme indigentes n'avait pas fait appel aux services d'établissements du MDS. On pourrait donc peut-être penser que le manque d'argent a créé un obstacle entravant l'accès aux soins d'un plus grand pourcentage de personnes classées comme indigentes par les responsables communautaires. C'est une observation importante pour les décisions du MDS et pour les responsables des politiques.

Beaucoup de patients qui n'avaient pas fait appel à un établissement du MDS pour leur maladie s'étaient fait soigner autrement - ce qui est généralement conforme aux théories sur le comportement de recherche de soins dans la plupart des communautés africaines, comme celles incluses dans l'enquête. Le comportement de ces populations à cet égard est complexe et il se base sur diverses options de soins, notamment les sources traditionnelles et l'auto-traitement:

Parmi les **indigents** qui ne s'étaient pas adressés à des établissements du MDS, les sources de soins les plus fréquentes étaient:

- le traitement à la maison par un membre de la famille; 57 pour cent
- l'achat de médicaments à des vendeurs à la sauvette; 37 pour cent
- le traitement à la maison par un tradipraticien; 25 pour cent
- le traitement au domicile d'un tradipraticien; 22 pour cent

Parmi les **pauvres** qui n'avaient pas fait appel à un établissement du MDS, les autres formes de traitement les plus recherchées étaient:

- l'achat de médicaments à des vendeurs à la sauvette; 59 pour cent
- le traitement à la maison par un membre de la famille; 58 pour cent
- le traitement au domicile d'un tradipraticien; 37 pour cent

Parmi les personnes **saisonnementement pauvres** qui ne s'étaient pas rendues dans un établissement du MDS pendant leur maladie la plus récente, les sources de soins hors-MDS les plus fréquemment citées pour la même maladie étaient:

- le traitement au domicile d'un tradipraticien; 33 pour cent
- le traitement à la maison par un tradipraticien; 20 pour cent
- l'achat de médicaments à des vendeurs à la sauvette; 20 pour cent

Parmi les **non-pauvres** qui n'avaient pas utilisé de services du MDS, les sources de soins les plus souvent indiquées étaient les suivantes:

- le traitement à la maison par un membre de la famille; 50 pour cent
- l'achat de médicaments à des vendeurs à la sauvette; 50 pour cent
- le traitement au domicile d'un tradipraticien; 50 pour cent

Les schémas d'utilisation des enquêtés qui n'avaient pas cherché à se faire soigner dans des établissements du MDS n'étaient pas très différents des schémas d'attitude pour la recherche de soins avant de se rendre dans des établissements du MDS décrits plus haut.

Le traitement par les autres sources de soins citées n'est pas gratuit dans nombre de cas. Le moyenne et la médiane du coût de ces autres sources de soins indiquées par les personnes qui ne s'étaient pas rendues dans des établissements du MDS sont résumées au Tableau 25:

Tableau 25: Coût rapporté des soins hors-MDS parmi les personnes qui ne s'étaient pas rendues dans des établissements du MDS

Catégorie	Coûts des "autres" soins (FG)	
	Moyenne	Médiane
Indigent	2936	0
Pauvre	3615	100
Saisonnementement pauvre	367	100
Non-pauvre	5400	1200

Les raisons citées pour avoir cherché à obtenir services hors-MDS, et pour faire un choix parmi ces services, n'étaient pas les mêmes selon les catégories économiques. Le coût du traitement était invoqué par 43 pour cent des personnes identifiées comme étant indigentes (par rapport à 10,5 pour cent pour les pauvres, 25 pour cent pour les personnes saisonnièrement pauvres et 50 pour cent pour les non-pauvres). L'efficacité (perçue et escomptée) du traitement choisi était la seule réponse citée par de nombreux enquêtés (toutes catégories).

Il a été demandé à tous les enquêtés si certains patients étaient dispensés de paiement dans les établissements du MDS. Ces personnes pouvaient être des patients qui avaient bénéficié de dispenses et/ou d'exemptions officielles ou non officielles. La plupart des enquêtés, dans toutes les catégories, ont

répondu soit par la négative, soit en disant qu'ils ne savait pas. Il n'y avait pas de différences statistiquement significatives entre les catégories.

Tableau 26: Connaissance des dispenses ou des exemptions dans les établissements du MDS

Catégorie	Y a-t-il des dispenses/exemptions?		
	Oui	Non	Ne sait pas
Indigent	6%	48%	46%
Pauvre	10%	47%	43%
Saisonnementement pauvres	3%	36%	61%
Non-pauvres	5%	43%	52%

Dans toutes les catégories, près de la moitié des enquêtés ne savent pas quelle est la politique du MDS en matière d'exemptions et/ou de dispenses.

7. Discussion

Les résultats présentés ci-dessus suggèrent qu'il y a peut-être des segments de la population qui n'utilisent pas les services du MDS aussi régulièrement que d'autres. Les facteurs qui déterminent le comportement de recherche de soins et l'utilisation des soins sont complexes et variés, et ils ne sont pas uniquement économiques. L'étude indique toutefois que, lorsqu'elles sont malades, les personnes identifiées comme indigentes par les responsables communautaires, font moins souvent appel aux services du MDS que les autres segments de la population. Il n'est pas possible d'attribuer cet écart uniquement à des différences de situation économique, comme le penseraient les responsables communautaires, en raison de la nature complexe des considérations qui déterminent l'attitude de recherche de soins, et de l'interface entre ces facteurs. La difficulté de la tâche ne devrait toutefois pas décourager le MDS d'identifier des solutions de remplacement à la politique actuelle de financement des soins de santé, une politique qui pourrait expliquer, du moins en partie, les obstacles financiers qui entravent l'utilisation de services de santé modernes du secteur public. Le MDS devrait également essayer de s'attaquer à tous les autres obstacles identifiables qui entravent l'accès aux soins. Il semblerait qu'un certain nombre d'options de réforme politique pour réduire les obstacles financiers à l'utilisation de services - des obstacles résultant de la politique actuelle - se situent dans les limites des ressources et des attributions du MDS.

L'atténuation ou l'élimination de tout obstacle à l'utilisation de services de santé devraient être présentées comme étant conformes à l'objectif des politiques du MDS, à savoir une égalité d'accès aux soins de santé, pour tous les segments de la population. Il convient de noter que cette égalité n'implique pas nécessairement que tous les services doivent (ou devraient) être financés par le même mécanisme. Améliorer l'accès aux services pour certains segments de la population peut exiger que le MDS répartisse (ou répartisse mieux) les crédits limités du gouvernement central en fonction du coût de la prestation des services de santé.

Parmi les personnes qui se sont adressées à un établissement du MDS, les indigents interrogés recevaient plus souvent des ordonnances que les autres catégories économiques. Le pourcentage plus élevé d'ordonnances chez les indigents peut indiquer qu'ils ne sont pas en mesure de payer les tarifs officiels pratiqués dans les établissements du MDS pour les médicaments. Il n'y a pas de tarif officiel pour les consultations avec le personnel des établissements. Les ordonnances sont donc un moyen pour les indigents (ou pour d'autres) ne pas avoir à payer le prix demandé pour les médicaments dans les établissements du MDS. Mais elles ne constituent pas nécessairement un traitement de substitution ou un traitement équivalent, étant donné qu'il est impossible de savoir si les patients ont fait exécuter l'ordonnance convenablement dans sa totalité. Le coût de l'exécution des ordonnances auprès de fournisseurs de médicaments privés était toutefois beaucoup plus élevé que les prix officiels appliqués pour les médicaments par le MDS. Cette remarque était vraie pour tous les enquêtés, dans toutes les catégories économiques. On pourrait supposer que les personnes ayant eu du mal à payer le prix officiel du MDS pour les médicaments ont peut-être eu le même problème pour se procurer ces médicaments auprès de sources privées. On peut donc penser que, dans le contexte de la politique actuelle, les indigents seront bien moins à même de se procurer les médicaments dont ils ont besoin que les patients des autres catégories économiques.

Les renseignements émanant de la plupart des sources suggèrent que les indigents et les pauvres sont malades plus souvent et plus sérieusement que les personnes qui appartiennent à d'autres catégories socio-économiques. S'il n'y avait pas d'entraves au comportement de recherche de soins, on pourrait

penser que les indigents pourraient utiliser les services plus (et non moins) souvent que les autres segments de la population.

Les résultats suggèrent fortement que la politique actuelle de financement des soins de santé, et son manque de mécanismes pour protéger les indigents et les pauvres, créent dans la pratique des entraves financières à l'accès aux services pour certains.

Les dérogations non officielles pour éviter que les indigents aient à payer des redevances semblent être peu fréquentes. Le personnel des établissements de santé accordera parfois des prêts aux patients indigents, ou il assumera personnellement les frais de tels patients. Ces gestes de charité (qui ne sont en rien une obligation) se situent en dehors du cadre de la politique actuelle et des méthodes de comptabilité financières en vigueur. Il faudrait se souvenir que le personnel des établissements de santé accorde aussi des dérogations non officielles à un large éventail d'autres patients qui, eux, auraient les moyens de payer. En fait, ces dérogations semblent être bien plus nombreuses que celles accordées aux indigents. Il n'est pas possible d'estimer le coût de ces dérogations (à des indigents et/ou à d'autres patients). En conséquence, il est impossible de savoir si la structure des tarifs et leur niveau peuvent aujourd'hui générer des recettes suffisantes pour permettre de subventionner le traitement des indigents. Le personnel des établissements semble être en mesure d'"équibrer" ses livres et ses comptes, malgré l'octroi périodique de dispenses non officielles. Il se peut que cet équilibrage soit obtenu en faisant payer plus cher les patients qui semblent capables de payer des prix supérieurs aux tarifs officiels pour les services et les médicaments.

Plusieurs conclusions importantes peuvent être tirées de la présente étude:

- Les personnes identifiées comme indigentes se rendent dans les établissements du MDS moins fréquemment et elles reçoivent des médicaments moins souvent que les autres membres de la communauté.
- Certain membres de la communauté ne sont pas en mesure de payer les tarifs officiels pour les médicaments et les services dans les établissements du MDS *et*, pour diverses raisons, ils n'ont pas accès aux mécanismes de solidarité qui existent au sein de la collectivité.
- Les dirigeants communautaires peuvent aussi identifier les autres personnes au sein de la communauté qui pourront payer, mais avec des difficultés, et avec l'assistance de divers mécanismes communautaires de soutien. Les responsables communautaires ont également confiance en leur aptitude à identifier les indigents et les pauvres.
- Il se peut qu'il y ait des moyens disponibles qui permettraient de générer des ressources complémentaires afin de subventionner le coût des médicaments et des services fournis aux patients (indigents ou autres) qui bénéficient de dérogations.
- Les méthodes comptables actuelles n'empêchent pas le personnel des établissements d'adapter les prix et la structure des tarifs en fonction des besoins des particuliers ou d'habitudes locales (non officielle).

Bien que certains redoutent au MDS que les prix actuels ne puissent continuer de permettre aux établissements de reconstituer leurs stocks de médicaments essentiels, les hôpitaux et de nombreux

centres de santé sont maintenant capables de générer des recettes excédentaires avec la structure actuelle des tarifs. Il n'y a pas de directives officielles claires du MDS à l'intention des établissements en ce qui concerne l'administration ou les utilisations possibles de ces excédents. Un seul des hôpitaux visité à l'occasion de l'étude utilisait ces fonds excédentaires pour subventionner le coût de la fourniture de services aux indigents. Dans un certain nombre de cas, les établissements déposent simplement ces fonds sur un compte en banque qu'elles ne touchent pas. La mise au point de directives claires pour les établissements quant à l'utilisation des fonds/des recettes excédentaires serait une mesure judicieuse que devrait prendre le MDS.

L'étude indique que les dépenses pour les services reçus dans les hôpitaux sont plus élevées que dans les établissements des échelons inférieurs. Il n'y a pas de différence majeure dans l'utilisation des services hospitaliers en fonction des catégories économiques. Les niveaux les plus élevés de dépenses sont conformes aux catégories de prix officiels établies par le MDS. Cette observation soulève une question intéressante en rapport avec les indigents. Si les niveaux d'utilisation des services hospitaliers étaient semblables pour toutes les catégories économiques, la différence observée dans l'utilisation des établissements publics doit provenir, dans sa totalité, de différences dans l'utilisation des services des centres de santé. Quels mécanismes sont disponibles pour compenser le coût élevé des services hospitaliers (même pour les personnes considérées comme indigentes), alors que ces mécanismes ne semblent pas exister pour les services du niveau primaire? Est-ce que les filets de sécurité des communautés fonctionnent pour protéger les indigents qui ont besoin de soins d'urgence/graves (et chers), et qui ne fonctionnent pas dans des situations plus routinières/moins pressantes? Est-ce que le personnel des hôpitaux est moins enclin à faire respecter rigoureusement la politique et à refuser (on le suppose) des soins à des patients indigents?

L'incapacité des mécanismes bien connus de solidarité communautaire (et leur existence a été vérifiée par l'enquête et ils sont présentés dans le présent rapport) à protéger l'ensemble de la communauté du fardeau financier que représente le coût des soins de santé n'a rien d'étonnant. Il y a manifestement une partie de la population qui ne peut assurer les contributions périodiques qu'exigent la plupart de ces mécanismes. Cette situation est typique des systèmes de soins de santé qui font appel largement à l'assurance privée pour financer le coût des services.

Ces facteurs, ainsi que d'autres, contribuent donc à une situation dans laquelle un pourcentage disproportionné des crédits de l'Etat central est absorbé par les segments (relativement) plus riches de la population, tandis que d'autres mécanismes ne sont pas capables de fournir une couverture complète aux indigents pour tous les niveaux de services. La politique actuelle se traduit par une situation dans laquelle, **malgré les subventions des pouvoirs publics et malgré des mécanismes de solidarité communautaire reconnus, les indigents reçoivent moins de services de santé que le reste de la population.** Il semblerait que le MDS doive élaborer, tester et envisager des options qui ciblent mieux les indigents et qui transfèrent aux segments non-indigents de la population une plus large part du fardeau financier direct associé à leurs soins. Le débat sur les mécanismes appropriés pour y parvenir et sur le coût pour le MDS et pour la population exigera une estimation plus précise du pourcentage d'indigents parmi la population guinéenne. Les résultats de l'Enquête intégrée sur les ménages, sous l'égide de la Banque mondiale, lorsqu'ils seront disponibles, devraient permettre de donner une estimation suffisamment précise pour que les décideurs puissent mettre au point des options de réforme.

En entreprenant un débat des options de réforme, il pourrait être utile de réexaminer plusieurs questions soulevées lors du passage consacré plus haut à la sensibilité et à la spécificité. On pourrait par exemple se demander:

- Est-ce que la politique actuelle, qui apparemment prive les indigents (ou certains d'entre eux) de soins (sensibilité=0, spécificité=1), est conforme aux objectifs du Gouvernement guinéen?
- Compte tenu des objectifs (et les contraintes) déclarés du Gouvernement guinéen, au plan social, économique et sanitaire, est-il plus important que tous les indigents reçoivent des soins subventionnés (au risque de fournir aussi de tels soins à certains patients qui ne sont pas indigents, c'est-à-dire une forte sensibilité), ou de veiller à que les gens n'ayant pas besoin de subventions n'en reçoivent pas (au risque de priver de soins des personnes qui en ont vraiment besoin, c'est-à-dire une forte spécificité)?

Dans un contexte de ressources limitées, de telles questions ne sont pas simples. Le personnel de santé a fait savoir qu'il n'était guère enclin à gérer des fonds pour rembourser à l'établissement le coût des services fournis aux indigents. Il a aussi exprimé des doutes concernant l'administration d'un système basé sur l'exemption des indigents. A son avis, la pression d'avoir à consentir des dispenses et des exemptions à des non-indigents serait intense. Le coût total de l'octroi de dispenses et d'exemptions à tous serait excessif pour le système. Dans une perspective administrative, on estimait donc que le coût de l'octroi de dispenses et d'exemptions à des gens ne les méritant pas (en raison de pressions sociales qui s'exerceraient sur le personnel de santé) serait plus important que le coût de refuser l'accès à des soins à des indigents, comme c'est le cas aujourd'hui. Bien entendu, cette évaluation par le personnel des établissements compare le coût financier et social d'une option avec le coût d'une autre en termes de santé. En l'occurrence, le coût financier serait assumé par l'établissement (et ultérieurement par le patient si, à long terme, il en résultait une situation financièrement insoutenable et l'effondrement des fonds tournants pour les médicaments), le coût social serait assumé par le personnel lui-même et le coût en termes de santé par les indigents, un segment souvent négligé et silencieux de la population.

La politique et sa formulation constituent un processus difficile et compliqué qu'on a comparé à de la saucisse. Il est difficile de savourer le produit final si on a assisté à la préparation. Si le Gouvernement guinéen veut rendre les services de santé plus accessibles et améliorer la santé et le bien-être de sa population, des réformes sont inévitables. La présente étude a montré que les effets des politiques actuelles ne sont peut-être pas totalement conformes aux objectifs déclarés du pays. Les changements, de par leur nature, ne posent un problème que si le Gouvernement et la société ne sont pas disposés à chercher de nouveaux mécanismes pour financer les services de santé. Ces mécanismes exigeront un partage plus important à la fois des risques et du fardeau financier associé aux services. Ils rechercheront un emploi plus ciblé, plus direct, des maigres ressources publiques pour prendre en compte les besoins des plus démunis. Ce faisant, ils pourront être conformes (et ils le seront) à l'esprit de la solidarité et de soutien communautaires dont dépend la politique actuelle et qui est à la base de cette politique.

Annexe
Bibliographie

Bibliographie

Coopération guinéo-allemande (1992). Etude socio-culturelle des populations des préfectures de Kissidougou et de Guéckédou. Projet Santé rurale Kissidougou/Guéckédou, République de Guinée.

Etude sur les mesures d'exemption et l'équité en Guinée, Première phase - résumé exécutif (1995).

Evaluation externe de l'Initiative de Bamako: République de Guinée (1991). London School of Hygiene and Tropical Medicine/ODA.

Guinea: Health Sector Public Expenditure Review - Draft.

Gabra MS (1995). Guinea Pharmaceutical Sector Assessment - Draft. MDS/USAID/PROJET DE SANTE EN GUINEE.

Initiative du développement humain (1995). Programme des Nations Unies pour le développement. Etude diagnostique sur la pauvreté et la participation populaire, République de Guinée.

Keita ML, Bah MC, Diallo MB, Barrere B (1994). Enquête démographique et de santé Guinée-1992. Conakry, Guinée, et Calverton, Maryland, USA: Direction nationale de la statistique et de l'information.

Konde MK, Drame K, Barry SP, Dieng B, Lamarque JP (1992). Initiative de Bamako en Guinée. Ministère de la Santé publique et des affaires sociales, République de Guinée.

Leighton C, Diop F, Abt Associates (1995). Protecting the poor in Africa: impact of means testing on equity in the health sector in Burkina Faso, Niger and Senegal. Health Financing and Sustainability Project, Maryland, USA.

Proposition d'étude sur l'impact de la tarification actuelle sur l'utilisation des services de santé par les groupes les plus défavorisés; mesures d'exemption. Bureau Afrique de l'USAID.

Rocque M, Galland B (1995). Le problème de l'équité et de l'accès à la santé pour tous: étude sur l'identification et la prise en charge des situations de grande précarité en Guinée (Préfecture de Kissidougou). UNICEF-Centre international de développement et de recherche.

UNPD Series on Sustainable Human Development. Country strategies for social development. The experience of Guinea, PNUD.

UNICEF, PEV-SSE (1994). Etude de préfaisabilité pour la création de systèmes de prépaiements mutualisés dans les districts sanitaires des préfectures de Kissidougou et de Guéckédou.

Willis CY (1993). Means testing recovery of health services in developing countries. Health financing and sustainability Project, Maryland, USA.