

## LA SANTE EN GUINEE : UN MODELE DE SYSTEME DE SOINS DE SANTE PRIMAIRES A REVISITER

T. COMOLET

• Travail du *Projet de Santé Urbaine (T.C., Médecin Inspecteur-Chef de Santé Publique, Chef du Projet)*, Service de Coopération et d'Action Culturelle, Ambassade de France, BP 570 Conakry, République de Guinée. • Fax : 00 224 46 27 56 • e-mail : pasu@leland-gn.org •

Med. Trop. • 2000 • 60 • 25-28

### Un pays et des hommes

Grande comme la moitié de la France (248 857 km<sup>2</sup>), la Guinée regroupe depuis son accession à l'indépendance en septembre 1958, des régions très contrastées sur le plan humain et écologique (Fig. 1).

- La Haute Guinée est proche du Mali sur bien des plans et est le fief historique des ethnies Malinké. Zone de savane au climat soudanien, avec une pluviosité annuelle de 1 500 mm, elle couvre 40 p. 100 du territoire de la Guinée.

- Toute autre est la bande côtière bordée de mangrove qui constitue la Guinée Maritime où se trouve la capitale cosmopolite Conakry. Considérablement arrosée par une généreuse saison des pluies qui déverse quelques 4 300 mm d'eau par an, cette région est peuplée par les ethnies Soussous, Bagas et Mikiforés.

- La zone sud-est mérite bien son nom de Guinée Forestière : enclavée entre la Côte d'Ivoire et le Liberia, elle abrite plusieurs groupes ethniques différents, chrétiens ou animistes, Toma, Guerzé, Mano et Kissi.

- Enfin, la Moyenne Guinée est en partie constituée d'un massif montagneux relativement arrosé, le Fouta Djallon, baptisé le château d'eau de l'Afrique de l'ouest, où se sont sédentarisés de nombreux groupes Peuhls.

Avec une population de 7 300 000 habitants, la Guinée est un pays peu densément peuplé (29 habitants/km<sup>2</sup>), même si sa population croît en moyenne de 2,8 p. 100 par an et que, en raison des conflits prolongés ayant sévi chez ses voisins du sud et de l'ouest, elle héberge actuellement environ 600 000 réfugiés.

Sur le plan de l'administration sanitaire, le pays est divisé en 7 grandes régions, elles-mêmes subdivisées en 33 préfectures qui

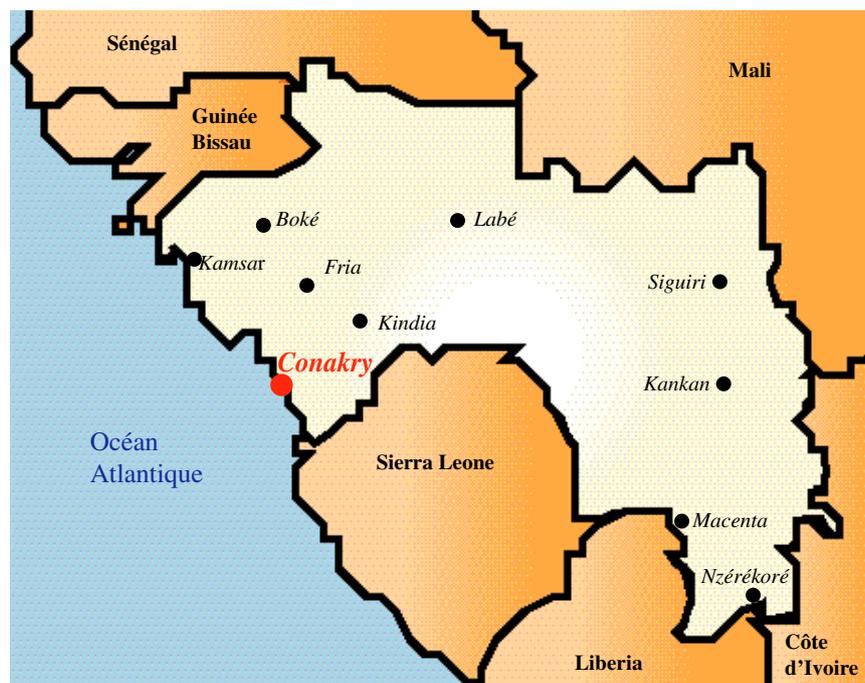


Figure 1 - La Guinée.

correspondent au niveau de ce que l'on entend généralement par district de santé.

Riches en ethnies, la Guinée est également un pays très privilégié sur le plan des ressources naturelles. Jadis très grande nation agricole exportatrice, elle tire actuellement plutôt profit de ses ressources considérables en bauxite, dont elle est le deuxième exportateur mondial, avec 40 à 60 p. 100 des réserves mondiales, ainsi que de ses importantes richesses en or et en diamants moins bien formellement documentées. Les réserves en minerai de fer exploitable se monteraient à 2 milliards de tonnes.

C'est en Guinée que naissent les fleuves Sénégal, Gambie et Niger et, bien qu'un grand barrage vienne d'être inauguré à Garafiri, on y exploite seulement 1 p. 100

du potentiel hydro-électrique du pays, qui serait de 26 000 gigawatts/heure.

Si la richesse nationale comptabilisée était uniformément répartie, on trouverait selon les taux de change courants un revenu moyen de près de 550 dollars par habitant, qui correspond après ajustement sur le pouvoir d'achat à un PIB de 1 880 dollars, c'est-à-dire davantage que celui de ses voisins, Côte d'Ivoire exclue. Ce PIB par habitant stagne depuis dix ans car la croissance du PIB national (4,3 p. 100 annuel sur la décennie) est presque absorbée par la croissance démographique.

La dette extérieure, de plus de 3 milliards de dollars, pèse d'un poids particulièrement écrasant, absorbant 61 p. 100 des dépenses de l'Etat et 20 p. 100 des exportations.

Sur le plan démographique, la population est très jeune : la moitié d'entre elle a moins de 15 ans. Le taux de natalité est estimé à 45 pour mille, avec un indice synthétique de fécondité à 5,5 enfants par femme.

Les indicateurs de développement humain sont en revanche médiocres (Tableau I) : avec un taux d'analphabétisme de 78 p. 100 et une mortalité maternelle de 9 p. 100, la situation des femmes y apparaît précaire. La Guinée occupe le 161<sup>e</sup> rang mondial sur les 174 pays classés dans le Rapport Mondial du Développement Humain du Programme des Nations-Unies pour le Développement en 1999. Les projections les plus récentes font état pour la Guinée d'une espérance de vie à la naissance un peu meilleure que celle donnée dans le tableau I, de 46 ans pour les hommes et de 47 ans pour les femmes.

Les indicateurs d'assainissement sont en progression constante, mais ils montrent que le quart de la population guinéenne utilise encore un cours d'eau comme source d'eau potable. En outre, si 80 p. 100 des citoyens utilisent des toilettes pour l'évacuation des excréta, principalement des latrines, ils ne sont plus que 40 p. 100 en milieu rural.

## Le système de santé

Le système de santé guinéen a été profondément remanié à partir de 1988 car il se trouvait dans une situation de marasme, comme l'ensemble du pays. Dans un premier temps, les structures et l'organisation des soins publics ont fait l'objet d'une réforme énergique, mûrement planifiée, inspirée des principes des soins de santé primaires et de l'initiative de Bamako, et ces réalisations ont été bien documentées. Sans ambiguïté, il existe un système de santé public fort cohérent en Guinée, ce qui n'est pas forcément le cas de tous ses voisins.

### Les structures.

Au total, 349 centres de santé ont été bâtis, dotés en personnel formé, équipés, encadrés (on parle ici de monitoring), rendus fonctionnels, évalués. Chaque centre de

**Le modèle guinéen de recouvrement des coûts**

**U**n programme national vertical spécifique (PEV/SSP/ME) appuie le lancement de chaque Centre de Santé, en assurant la logistique, la formation initiale du personnel aux procédures nouvelles et en dotant le centre de médicaments et d'équipements suffisants pour 1 250 habitants durant un ou deux ans. Les bailleurs de fonds, bien coordonnés pour une fois, ont alimenté les investissements et consommables de ce programme, l'état guinéen assurant de son côté les salaires du personnel titulaire. Pour chaque centre, un Comité de Gestion est mis en place par la communauté utilisatrice, comité qui participe à la gestion des fonds recouverts ainsi qu'à l'orientation de l'utilisation des excédents, tout en constituant un relais pour les activités de santé communautaires.

Un tarif a été établi par grand groupe d'actes de soins et d'utilisateurs (enfants/adulte, urbain/rural). Les clients paient un forfait clairement établi, affiché et accessible au niveau de vie local. Ce forfait est calculé pour générer des excédents qui seront ventilés en dépenses incompressibles (achat de médicaments, petit matériel, outils de gestion) et en dépenses variables de fonctionnement (produit d'entretien, personnel contractuel, primes de motivation des agents de santé) dans un cadrage gestionnaire assez prudent impliquant le chef du Centre et le Comité de Gestion.

La vente du stock initial rend possible la constitution d'un fonds de réserve qui permet le rachat de médicaments et la pérennisation du système. Les comptes et les stocks sont contrôlés par l'équipe de santé publique du District (Préfecture) qui assure également le suivi dynamique des indicateurs de fonctionnement et de performance.

santé a été construit avec une participation des utilisateurs et selon un certain nombre de plans type, en fonction de la population desservie et de l'existence d'une maternité. Ils sont dotés d'équipement et de personnel selon des normes par niveau. Pour desservir les petits hameaux, 298 postes de santé ont également été créés.

Au sein d'une pyramide sanitaire bien individualisée, des activités standardisées par niveau (paquets minimum d'activités de soins, de prévention, de gestion) ont été établies, couplées à une standardisation rigoureuse des prises en charge et à l'instauration d'un approvisionnement en médicaments essentiels. Ceux-ci ont été importés sous forme de génériques, dans un premier temps par les agences des bailleurs de fonds, ensuite par une Pharmacie Centrale de Guinée, ancienne agence étatique rénovée.

Progressivement, les hôpitaux secondaires, préfectoraux (n = 26) et régionaux (n = 7) ont été réanimés et articulés au dispositif des soins primaires. Il existe deux hôpitaux nationaux assurant l'ultime référence à Conakry : Donka et Ignace Deen. Cependant, il faut noter que le taux d'équipement hospitalier de la Guinée (0,4 lit p. 1000 habitants) reste beaucoup plus

faible que celui de ses voisins. Un recouvrement des coûts y a été mis en place : il assure environ 30 p. 100 du budget des hôpitaux (voir encadré).

### Les personnels.

Le personnel de santé publique, relativement nombreux pour la sous-région, n'est pas réparti de manière uniforme dans le pays. Le tableau II illustre le fait qu'il existe un déficit sectoriel au profit des hôpitaux et un déficit géographique au profit de la capitale. L'embauche récente de 700 agents devrait quelque peu atténuer ces distorsions.

### Les actions.

Les équipes de santé publique de district, dotées de véhicules et de carburant à cet effet, suivent et analysent très régulièrement les activités et la gestion de chaque centre de santé et de chaque hôpital préfectoral, puis en réalisent une synthèse formelle pour le district (comité technique préfectoral de santé). Le même exercice semestriel de synthèse est ensuite effectué sans faille par le niveau régional (comité technique régional de santé) et national (comité technique national de santé). Une fois par an, une revue nationale du programme, réunissant un grand nombre d'acteurs et de partenaires, permet d'établir un bilan des actions menées et de choisir des orientations pour la poursuite du programme.

Les réalisations guinéennes en matière de supervision/monitoring, d'approvisionnement en médicaments essentiels et de pratique de recouvrement des coûts ont été largement présentées en modèle durant les années quatre-vingt-dix, avec des indi-

Tableau I - Indicateurs de développement humain en 1997 pour la Guinée comparés à ceux de l'ensemble de l'Afrique subsaharienne.

	Guinée	Afrique subsaharienne
Espérance de vie à la naissance (années)	44,5	51,3
Mortalité infantile (p. 1 000 naissances vivantes)	124-134	97
Insuffisance pondérale des enfants âgés de moins de 5 ans (p. 100)	24	30
Taux d'alphabétisation des adultes (p. 100)	33	54
Taux de scolarisation tous niveaux (p. 100)	22	36
PIB réel par habitant (US dollars)	1 592	1 346

Tableau II - Répartition des personnels de santé en Guinée.

	Médecins	Pharmaciens	Infirmiers et auxiliaires	Sage-femmes	Contractuels
Dans les hôpitaux	489	138	1 637	118	270
A Conakry (capitale)	447	53	973	225	357
Dans l'ensemble du pays	915	224	4 385	382	688

cteurs de couverture (en vaccinations et en consultations curatives ou préventives) en croissance continue.

Le secteur privé, libéralisé progressivement depuis l'avènement de la Deuxième République est également en plein essor dans les grandes villes (181 pharmacies d'officine et 142 médecins libéraux déclarés) ainsi que dans les secteurs miniers où les hôpitaux de Kamsar et de Fria comptent parmi les meilleurs du pays. D'autres acteurs du monde associatif ou caritatif se sont également déployés en ouvrant des dispensaires dans les zones rurales, et les différentes formes d'exercice informel, omniprésentes dans les villes où ils posent de véritables défis à la rationalité des soins.

## La pathologie rencontrée

Les causes de mortalité en population générale ne sont pas bien connues car il n'existe pas encore d'enregistrement systématique des décès, ni même des naissances. En l'absence quasi complète d'état civil, les grands indicateurs sont en fait des estimations.

En ce qui concerne les décès observés à l'hôpital (n = 2 554, soit une minorité), les cinq premières causes déclarées sont, dans l'ordre, les anémies, le paludisme, les insuffisances respiratoires aiguës, les maladies cardiovasculaires et les méningites.

Le système d'information sanitaire rend assez bien compte des maladies observées et traitées dans les dispensaires et les hôpitaux publics et s'appuie en pra-

tique sur environ deux millions de consultations enregistrées chaque année, soit un peu plus d'une consultation par an pour quatre habitants. De nombreux centres privés collaborent désormais à ce système qui permet de suivre les diagnostics présumés et les tendances évolutives, à défaut d'attester de la morbidité réelle ou de l'incidence en population générale.

On apprend par ce système d'information que les dix premières causes de consultation sont celles d'un pays en développement dans un environnement tropical, avec une prédominance écrasante des maladies transmissibles. Dans l'ordre décroissant de fréquence, ce sont le paludisme (40 p. 100 des consultations), les infections respiratoires aiguës (23 p. 100), les helminthiases (17 p. 100), les diarrhées (12 p. 100 et 4,3 p. 100 de diarrhées sanglantes), les maladies génito-urinaires (4,6 p. 100), les affections dermatologiques hormis la gale, les traumatismes, les anémies, les maladies à transmission sexuelle et les infections oculaires.

### • Le paludisme

Le paludisme est présent dans tout le pays et la longue saison sèche, de novembre à mai, ne parvient pas à rompre sa transmission. Sur un fond d'endémicité stable, avec des accès diagnostiqués toute l'année, on observe toujours un pic de recrudescence des cas au troisième trimestre, lors de l'intense saison des pluies. Malgré cette transmission pérenne, la mortalité chez les adultes n'est pas négligeable (65 décès notés en 1997 chez les sujets âgés de plus de cinq ans contre plus de 200 chez les enfants âgés de moins de cinq ans). En fait, il y a certainement beaucoup plus de décès par paludisme grave ou compliqué, comme on l'a montré récemment à Conakry.

### • Les maladies épidémiques évitables par la vaccination

La rougeole pose d'importants problèmes. Au moins 12 000 cas sont recensés chaque année (incidence de 1,7 p. 1 000), avec de véritables flambées épidémiques avant et au début des pluies, alors que la vaccination serait effective pour 77 p. 100 des enfants. On observe des formes létales et aussi de nombreuses rougeoles atténuées chez des sujets vaccinés.

Le tétanos néonatal se maintient hélas avec 250 à 300 cas chaque année, 257 en 1998, soit un cas pour 1 000 naissances.

La poliomyélite pose d'autres défis puisque, parmi les rares cas retrouvés (12 cas suspects), aucune confirmation n'a été apportée par le laboratoire avant un premier cas à Faranah en 1999. Tout le système de surveillance et de tri des paralysies flasques du pays est donc en train d'être renforcé pour appréhender la réalité épidémiologique avec davantage de rigueur, dans l'optique d'une éradication de cette maladie. De plus, depuis trois ans, des journées nationales de vaccination contre la poliomyélite, accompagnées de distribution de vitamine A, paraissent donner d'excellents résultats en terme, de couverture et de mobilisation.

Le nord sahélien du pays est le siège de petites épidémies de méningite cérébrospinale, fort représentées dans les décès hospitaliers. Le nombre de cas déclarés en 1998 a été de 957.

Il n'y a pas de fièvre jaune actuellement dans ce pays qui requiert la vaccination pour tout nouvel arrivant.

### • Le choléra

Il est très présent depuis deux ans, principalement à Conakry où 600 cas ont été enregistrés en deux mois en 1999. En

Tableau III - Cas de trypanosomiase humaine africaine dépistés en Guinée de 1991 à 1999.

Année	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999*
Cas passifs	29	24	27	26	33	47	92	102	59
Cas actifs	-	-	-	-	-	-	56	59	3
Total	29	24	27	26	33	47	148	161	62

\* Neuf premiers mois de l'année.

1998, 1 196 cas dont 76 décès avaient été notifiés. Cette maladie semble changer de rythme évolutif : elle a abandonné ses pics épidémiques espacés de huit ans pour évoluer sous forme de poussées plus rapprochées (1995, 1998, 1999) débutant lors de la pleine saison des pluies, puis tañnant plusieurs mois avec une persistance durable d'une transmission moins intense, se traduisant par une prédominance de cas sporadiques et très peu de cas familiaux.

#### • *La trypanosomiase humaine africaine*

Elle redevient un problème. Le nombre de cas vus à l'hypnosserie-léproserie de Dubréka, à côté de Conakry, est indiqué dans le tableau III. Parmi ces malades, 99 p. 100 sont venus spontanément et 85 p. 100 étaient en phase neurologique. Depuis janvier 1998, les 161 malades hospitalisés venaient des préfectures de Dubréka (n = 84), de Boffa (n = 43), de Boké (n = 4), de Conakry (n = 7), de Forcariah (n = 18), de Coyah (n = 4) et de Mamou (n = 1). Ceci rend compte de deux ordres de faits. D'une part, l'hypnosserie-léproserie de Dubréka est connue des Guinéens comme le centre de diagnostic et de traitement des sommeilleux et les malades s'y rendent spontanément. D'autre part, si 52 p. 100 des malades viennent essentiellement de Dubréka et de sa région, on recense en fait des patients qui viennent de toute la côte, y compris de Conakry, ce qui semble indiquer que ce foyer de mangrove a une très grande extension, mais aussi de l'intérieur du pays, le faible nombre de malades enregistrés pouvant s'expliquer par la distance à parcourir pour rejoindre Dubréka. Il y aurait donc un foyer très actif dans toute la zone de mangrove et des cas sporadiques à l'intérieur du pays où la situation de la trypanosomiase humaine africaine reste actuellement totalement inconnue.

Deux enquêtes prospectives ont été réalisées : la première, du 27 mai au 6 juin 1997, a couvert 30 villages de la région de Dubréka : sur 8 041 habitants examinés et prélevés, 99 ont été trouvés séropositifs dont 56 porteurs de trypanosomes (0,70 p. 100) ; la seconde, du 2 au 19 novembre 1998, a couvert 17 villages de la même région : sur 7 376 habitants examinés et prélevés, 136 ont été trouvés séropositifs dont 59 porteurs de trypanosomes (0,80 p. 100 ; extrêmes : 0 et 1,8 p. 100).

En 1999, aucune enquête n'a pu être faite, faute de moyens. Néanmoins, 63 malades hospitalisés à Conakry en psychiatrie ont été examinés, ce qui a permis le dépistage de 3 sommeilleux hospitalisés à tort dans ce service hospitalier.

#### • *Les autres parasitoses*

L'onchocercose (4845 cas en 1998), les schistosomiasés urinaire (3444 cas) et intestinale (21 263 cas) sont également présentes en Guinée. L'incidence des schistosomiasés est principalement forte dans les préfectures situées à la frontière du Libéria : Yomou, Guéckédou, Kissidougou et à un moindre degré à Nzérékoré, Macenta et Dabola.

#### • *La tuberculose*

On dépiste annuellement plus de 4 000 nouveaux cas de tuberculose, 4362 en 1997, dont 3 000 à microscopie positive, la moitié de ces malades provenant de la capitale où les structures de prise en charge sont bien implantées. C'est dire qu'une proportion importante de cas échappe encore au système de lutte. Le taux global de guérison est de 75 p. 100 des tuberculeux mis sous traitement de huit mois selon le protocole national.

#### • *La lèpre*

La lutte contre la lèpre progresse bien et le contrôle de cette maladie n'est plus utopique depuis la mise en place de la polychimiothérapie. Environ 6 000 malades sont mis en traitement chaque année et 5 000 sortent du traitement dans le même laps de temps. La prévalence sur une année complète était de 9 849 cas en 1997.

#### • *Le sida*

Les cas déclarés de sida, 4085 en 1997, sont sans doute très en deçà de la réalité. De même, il ne semble pas exister de surveillance de la séroprévalence de manière systématique et transparente. Les données disponibles, déjà anciennes, font état d'une séroprévalence d'environ 2 p. 100 en population adulte générale.

#### • *La nutrition*

Certains problèmes de santé constituent ou constitueront à l'avenir des enjeux importants. La malnutrition, paradoxale pour un pays si propice à l'agriculture, reste très importante chez les enfants. Quel que soit l'indicateur retenu, on retrouve la présence de malnutrités durables dont souffrent les enfants, ce qui rend en grande partie compte de la mortalité infantile très élevée. Même dans la capitale, on retrouvait en 1992 une prévalence de 17,2 p. 100 de malnutrités chroniques, exprimées par le rapport taille/âge des enfants âgés de moins de cinq ans. La malnutrition aiguë, traduite par un rapport poids/taille insuffisant, concernait 11 p. 100 des enfants d'âge préscolaire, contre

9,4 p. 100 à Abidjan et 6, 5 p. 100 à Accra. Cette malnutrition est également notable chez les adultes, principalement chez les hommes.

Paradoxalement, l'obésité des citadins, et surtout des citadines, risque de poser de sérieux défis dans l'avenir. En 1997, cette obésité concernait en effet 15 p. 100 des femmes et 2 p. 100 des hommes à Conakry.

---

### La santé en Guinée ou la fin des modèles

---

Arrivé à maturité, le modèle de soins de santé primaires et de recouvrement des coûts mis en place en Guinée est aujourd'hui à la recherche d'un second souffle.

Les comités de gestion, peu impliqués de fait dans les décisions, se démobilitent largement. Les communautés paraissent de moins en moins concernées par la planification et l'exécution des activités et une certaine incompréhension grandit entre elles et le service de santé qui garde la maîtrise réelle de l'utilisation des fonds.

Le personnel de santé, sans doute motivé dans la dynamique initiale de sa revitalisation, a tendance aujourd'hui à laisser s'installer une routine passive et, peu motivé par des primes symboliques, pratique *largamano* une sur-tarifcation illicite.

La décentralisation annoncée, et même la déconcentration des niveaux de décision et de gestion, n'ont pas réellement pris de l'ampleur.

Le système d'approvisionnement en médicaments mérite d'être réformé pour gagner en rentabilité et en continuité. Les instruments de suivi, de supervision, de monitoring, ne remplissent plus souvent leur rôle de régulation et d'auto-perfectionnement, et sont largement devenus des exercices formels sans guère d'impact, manipulant des données de fiabilité incertaine.

L'adaptation du système, des algorithmes de prise en charge par exemple, ou des tarifs et des services proposés, souffre de certaines rigidités.

La Guinée va désormais devoir s'attaquer à maîtriser l'évolution du système qu'elle a mis en place avec vigueur et qui a, il faut absolument le rappeler, permis aux trois quarts de sa population, pratiquement exclue des soins modernes, d'avoir en dix ans accès à des soins de premier niveau acceptables. Ceci est en soi une performance.