

NIVEAUX DE CONNAISSANCES ET PERCEPTIONS DES POPULATIONS DE LA PREFECTURE DE KANKAN RELATIFS AUX PLANS DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE ET DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME EN GUINEE

CONDE Karamo

*Sociologue, Université Julius NYERERE de Kankan,
BP 209 République de Guinée,
condekaramo@gmail.com*

Résumé

L'unité chargée de la question des déterminants sociaux de la santé à l'Organisation mondiale de la santé (OMS) centre son activité sur trois domaines, dont celui de l'amélioration des capacités des pays à réaliser des politiques nationales fondées sur des actions intersectorielles. Les politiques publiques de santé, en tant qu'ensemble de stratégies et d'actions mises en œuvre pour préserver ou améliorer la santé des populations et pour lutter contre les maladies accompagnent les actions stratégiques des Etats en voie de développement. En effet, l'étude montre qu'en Guinée et précisément dans la Préfecture de Kankan, une frange importante des agents de santé intervenant dans les structures officielles de santé méconnait les contenus de ces documents stratégiques. Majoritairement analphabètes, les usagers des structures sanitaires ne sont quant à eux pas suffisamment informés des contenus de ces textes. En réalité, les textes sont conçus là-haut et exécutés en bas. Ils ne sont pas le produit de la réflexion collective et n'ont pas été préparés sur la base de données de recherches scientifiquement élaborées. Dans l'univers de l'étude, on constate la non vulgarisation de ces documents au niveau des structures sanitaires de base. Cet état de fait est la source de plusieurs dysfonctionnements dans les structures sanitaires. Ce qui implique que l'hypothèse de départ a été effectivement confirmée par les données recueillies lors de l'étude. L'étude a associé les avantages des enquêtes qualitative et quantitative afin de mieux cerner le problème. L'échantillon total ayant participé au processus de collecte des données est de 90 enquêtés.

Mots clés : *niveaux de connaissance, perception, politique publique, population.*

Abstract

The Social Determinants of Health Unit at the World Health Organization (WHO) focuses its activities on three areas, one of which is improving countries' ability to implement national policies based on intersectional action. Public health policies, as a set of strategies and actions implemented to preserve or improve the health of populations and to combat disease, accompany the strategic actions of developing countries. The study reveals that in Guinea, specifically in the Prefecture of Kankan, many health workers in official health structures are not familiar with these strategic documents' contents. Health facility users, who are mostly illiterate, are not sufficiently informed about the content of these texts. In reality, the texts are conceived up there and executed down below. They are not the product of collective reflection, nor have they been prepared on the basis of scientifically elaborated research data. In the study universe, these documents have not been disseminated at the level of basic health structures. This state of affairs is the source of many malfunctions in health facilities. This implies that the initial hypothesis was effectively confirmed by the data collected during the study. The study combined the advantages of qualitative and quantitative surveys to better define the problem. A total of 90 people took part in the data collection process

Key words: knowledge levels, perception, public policy, population.

Introduction

Les politiques publiques de santé sont fortement inspirées par une doctrine élaborée par l'Organisation Mondiale de la Santé, dont l'assemblée générale est composée des ministres de la santé des Etats membres et respecte la règle « un Etat, une voix », mais qui s'est au fil des décennies bâti la réputation d'identifier les meilleures solutions techniques aux problèmes de santé publique.

Ces politiques sont considérées comme des « tentatives de régulation de situations présentant un problème public, dans une collectivité ou entre des collectivités » Lemieux, 1992, Dans le domaine de la santé, ces politiques conduisent à des

changements dans l'organisation des différentes fonctions du système, Walt, 1994 ; Janovsky et Cassells, 1996) que sont l'administration générale, le financement, la prestation de services et la génération de ressources (OMS, 2000). Ajoutons que ces politiques ne sont ni monolithiques ni linéaires Grindle et Thomas, 1991: le choix des solutions à mettre en œuvre n'est pas toujours rationnel et leur réalisation ne correspond pas toujours à ce qui a été prévu initialement. En effet, de nombreux facteurs peuvent influer sur la mise en place du processus Walt et Gilson, 1994.

En effet, les conférences d'Alma Ata (1978), de Bamako (1987) et d'Harare (1987) ont conduit à la mise en place de modèles d'organisation applicables à l'ensemble de l'Afrique, mais correspondant à des logiques qui lui sont extérieures. Négligeant ainsi les contextes divers (économiques, politiques, sociaux...) spécifiques à chaque pays et/ou région ainsi que les dynamiques sociales en découlant, les programmes et projets élaborés dans le cadre de ces modèles ont en grande partie échoué.

Par ailleurs, dans de nombreux pays à faible revenu, une myriade de politiques publiques de santé a été formulée ces dernières décennies dans le but équitable d'améliorer l'accès aux soins des plus pauvres.

Le Burkina Faso, le Mali et le Niger connaissent une situation générale similaire au niveau des politiques publiques, que ce soit dans le secteur de la santé ou dans les autres domaines. Une même insuffisance des rentrées fiscales les rend dépendants de l'aide au développement (de 30 à 50 % des budgets nationaux proviennent de financements extérieurs). Les principales politiques publiques sont en conséquence largement induites par les institutions internationales et les agences de développement : on constate, de ce fait, qu'elles sont très similaires d'un pays à l'autre, les « transferts » de politiques clefs en main se multipliant au détriment de leur adaptation aux contextes

nationaux (Walt, Lush et Ogden 2004 ; Naudet 1999, 2000 ; Darbon 2009 ; Lavigne Delville et Abdelkader 2010).

Dans le contexte africain, les politiques d'ajustement structurel des années 1980 ont considérablement fragilisé les administrations et les services publics, la corruption y est devenue largement répandue, les agents de l'État sont souvent démotivés. Les normes, pratiques et les cultures professionnelles qui régulent *de facto* le comportement de ces derniers sont assez éloignées des normes officielles. Olivier de Sardan 2001, 2013. L'analyse des politiques publiques est devenue progressivement un vaste champ autonome, aux paysages multiples, qui se compose d'axes de recherches, voire de paradigmes, variés. Le plus connu est sans doute l'*analyse séquentielle* avec la distinction des phases devenues classiques du « cycle des politiques publiques » : mise sur agenda, formulation, décision, mise en œuvre, et évaluation...

En Guinée, la santé publique est une préoccupation au cœur des pouvoirs publics. La structure organisationnelle et fonctionnelle du Ministère de la Santé est définie par le Décret n°D/2012/061/PRG/SGG du 2 mars 2011 portant organisation et attribution du Ministère de la Santé. Cette structure comprend 3 niveaux : central, intermédiaire (régional) et périphérique (préfectoral), auxquels vient s'ajouter le niveau communautaire. Pour relever ce défi de l'accès équitable des populations aux soins de santé, diverses politiques sont conçues. Dans cette perspective, la recherche des causes du dysfonctionnement et de la faible performance du système de santé a conduit le Ministère de la Santé, en collaboration avec ses partenaires, à l'organisation des Etats Généraux de la Santé (EGS). Ces rencontres, tenues en juin 2014, ont permis à l'ensemble des parties prenantes de mener des réflexions approfondies sur les problèmes majeurs de santé et du système de santé en vue de dégager de manière consensuelle une vision, des orientations stratégiques et des priorités d'action.

Ainsi, dans le but d'améliorer l'état de santé des populations, le gouvernement guinéen a révisé sa Politique Nationale de Santé de laquelle sera élaboré le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) pour la période 2015-2024.

Le PNDS 2015-2024 fournit des orientations stratégiques claires pertinentes et consensuelles tenant compte des opportunités nationales et internationales pour le développement d'une action sectorielle, mieux ciblée sur les problèmes prioritaires du pays. Il constitue le cadre unique de mise en œuvre de la politique nationale de santé.

Quant au Plan Stratégique National de Lutte Contre le Paludisme, il a pour but d'amener le pays d'ici la fin 2022 vers la pré-élimination en réduisant la morbidité et la mortalité liées au paludisme de 75 % par rapport à 2016. Les objectifs sont les suivants : assurer la protection d'au moins 90 % de la population avec des mesures de préventions efficaces contre le paludisme, assurer une prise en charge correcte et précoce d'au moins 90% des cas de paludisme, renforcer les capacités de gestion, de partenariat, de coordination, de communication et de SE du Programme de lutte contre le paludisme à tous les niveaux. Généralement en Guinée, les textes administratifs ou sectoriels sont souvent très bien conçus. Ils sont cependant peu accessibles, moins vulgarisés et leur application est un véritable problème. Ainsi, le plan national de développement sanitaire 2015-2024 et le plan national de lutte contre le paludisme 2018-2022 de la République de Guinée n'échappent pas à cette situation. Mieux, une frange importante des agents de santé intervenant dans les structures officielles de santé méconnaît les contenus de ces documents stratégiques. Majoritairement analphabètes, les usagers des structures sanitaires ne sont quant à eux, pas suffisamment informés des contenus de ces textes officiels. Cet état de fait est la source de plusieurs dysfonctionnements observés dans les formations sanitaires publiques de la Guinée en général et de la Région Préfecture de

Kankan en particulier. C'est pourquoi, il apparaît opportun d'étudier les niveaux de connaissances et perceptions des acteurs face à ces textes.

La pertinence scientifique de ce sujet s'explique par l'insuffisance des données qualitatives et quantitatives sur la problématique des perceptions et niveaux de connaissances des acteurs sanitaires sur ces textes officiels. De cette lacune au niveau de la littérature, découle la nécessité de production de connaissances scientifiques sur ce sujet. Son originalité part du fait que les aspects spécifiques relatifs aux politiques publiques de santé n'ont pas encore fait objet d'étude systématique au niveau dans cette zone.

Enfin, la pertinence socio-économique de cette étude se traduit par le fait qu'une meilleure compréhension de ces textes officiels par les acteurs sanitaires de la région contribuerait à réduire considérablement certains dysfonctionnements dans les interactions traitants-patients dans la préfecture. Chaque acteur aura une vision claire de ses obligations et engagements dans le cadre des recours thérapeutiques. En outre, cela permettra de mettre les usagers à l'abri des tarifications fantaisistes et irrationnelles de certaines structures sanitaires, dans une localité caractérisée par la pauvreté.

Au regard de cette situation, émerge une question de recherche : *quels sont les niveaux de connaissances et perceptions des agents de santé et des usagers des structures sanitaires de la préfecture de Kankan face PNDS et le PNLCp ?*

La recherche vise à décrire et à analyser les perceptions et niveaux de connaissances ainsi que perceptions des agents de santé et des usagers des structures sanitaires de la préfecture de Kankan face PNDS et le PNLCp.

Spécifiquement, il s'est agi de :

- présenter de façon sommaire le plan national de développement sanitaire 2015-2024 et le plan national de lutte contre le paludisme 2018-2022 ;
- décrire et analyser les perceptions et niveaux de connaissances des agents de santé et des usagers des structures sanitaires de la région administratives de Kankan face à ces textes officiels ;
- décrire l'incohérence entre discours, politiques publiques de santé et réalités.

L'étude est partie de l'hypothèse selon laquelle les politiques publiques de santé sont peu connues des parties prenantes du système de santé dans la préfecture de Kankan. Pour confronter cette hypothèse aux faits sur le terrain, une méthodologie en cohérence avec les objectifs a été adoptée.

I. Méthodologie

L'étude des perceptions et niveaux de connaissances des agents de santé et des usagers des structures sanitaires nécessite la combinaison des avantages des enquêtes qualitative et quantitative afin de mieux cerner le problème dans sa complexité et dans ses dimensions. A toutes les étapes du travail, nous avons utilisé la recherche documentaire comme moyen nous permettant de faire l'état des connaissances sur le sujet à l'étude. Les opérations de collecte des données se sont déroulées dans la préfecture de Kankan.

Les données ont été collectées auprès des acteurs qui sont en interaction au niveau du système de santé de la préfecture. Pour cela, nous avons sélectionné 30 agents de santé et 60 personnes dans les structures sanitaires publics venues pour des fins de

consultation ou de traitement pour recueillir leurs perceptions et niveaux de connaissances par rapport à ces deux textes officiels. Les outils de collecte étaient organisés autour de thématiques conformes aux objectifs de la recherche. Nous avons à cet effet conçu des guides d’entretien contenant des questions relativement ouvertes afférentes aux différentes thématiques étudiées.

C'est ce qui nous a servi d'instrument de collecte des données auprès des enquêtés. Pour réussir les entretiens sur le terrain, nous avons toujours commencé par la négociation de la porte d'entrée en se fondant sur les codes culturels, les réseaux de parenté et le cousinage à plaisanterie afin d'obtenir l'accord et l'autorisation des participants. Nous avons utilisé la méthode de boule de pour rencontrer les enquêtés, les uns après les autres. A tous les niveaux, nous prenions soins d'expliquer clairement en amont, les objectifs de l'étude, les raisons pour lesquelles le choix a porté sur eux et enfin le déroulement des entretiens. Nous avons expliqué à chaque enquêté ce que l'équipe de collecte des données attendait de lui.

Parallèlement à la collecte des données qualitatives, des entretiens dirigés ont été organisés sur les mêmes sites. Là, les caractéristiques sociodémographiques des enquêtés étaient au centre de nos préoccupations. Ils ont consisté à poser par écrit des questions fermées, dans le même ordre à tous les enquêtés pour susciter des discours individuels en vue de les interpréter et de les généraliser.

Durant tout le processus de conception et de mise en œuvre de cette étude, les considérations éthiques ont été au centre de nos préoccupations. L'étude a été menée conformément aux standards de conduite adoptés notamment : le respect de la dignité des participants, la confidentialité, la justice, la bienfaisance, le consentement éclairé volontaire en amont.

II. Résultats

2.1. Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés

2.1.1. Niveau d'instruction des enquêtés

Tableau 1 : répartition des enquêtés suivant le niveau d'instruction

Niveaux d'instruction	Agents de santé	Usagers des structures de soins	Pourcentage
Analphabètes	0	48	53,33
Primaire	0	8	8,88
Collège	10	0	11,11
Lycée	7	0	7,77
Supérieur	5	0	5,55
Professionnel	8	4	13,33
Total	30	60	90

Source : Enquête de terrain, CONDE K, 2025

2.1.2. Statut matrimonial des enquêtés

Tableau 2 : Répartition des enquêtés selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Agents de santé	Usagers des structures de soins	Pourcentage
Célibataire	8	15	25,55
Mariée	12	25	41,13
Veuve	3	10	14,44
Divorcée	6	7	14,44
Séparée	1	3	4,44
Total	30	60	100

Source : Enquête de terrain, CONDE K, 2025

2.2. Les politiques publiques de santé au prisme des perceptions du personnel sanitaire et des usagers

2.2.1. Présentation sommaire des textes officiels

Ici, deux textes intéressent essentiellement l'étude en raison de leur poids dans la conduite des activités sanitaires dans la zone d'étude. Il s'agit du plan national de développement sanitaire et la politique nationale de lutte contre le paludisme. Le niveau d'appréhension et d'application de ces textes détermine, dans une plus grande mesure, les succès dans la lutte contre les maladies.

2.2.1.1. Présentation sommaire du plan national du développement sanitaire 2015-2024

La Guinée s'est dotée d'une Politique Nationale de Santé (PNDS) qui est l'instrument de la mise en œuvre d'une obligation constitutionnelle et qui s'intègre dans la politique globale de développement du pays. Cette nouvelle Politique repose sur les soins de santé primaires et le renforcement du système de santé qui visent l'accès universel aux services et soins essentiels de santé. Pour la mise en œuvre de cette politique, le Ministère de la Santé devra aligner ses futures interventions sur les actions que le Gouvernement envisage mener pour atteindre son objectif de développement et de faire de la Guinée un pays émergent à l'horizon 2035.

L'instrument de mise en œuvre de cette Politique Nationale de Santé à l'horizon 2024, est le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS), 2015-2024. Ce plan stratégique de Développement Sanitaire (PNDS 2015-2021) est un document de 177 pages qui vise à contribuer à l'amélioration du bien-être de la population à travers des actions de promotion de la santé de la mère et l'enfant, la prévention et la lutte contre la maladie et le renforcement du système de santé.

Depuis une trentaine d'année, la Guinée a une tradition d'organisation de son système de santé basé sur les soins de

santé primaires et le district de santé. Ce système a amélioré la disponibilité et l'accessibilité des prestations essentielles de santé à un moment donné. Malgré ces acquis, l'analyse récente de la situation du secteur a montré des contre-performances.

Un affaissement de la gouvernance du système de santé et un cadre macro-économique timide frappé de plein fouet par l'épidémie de la maladie à virus Ebola (MVE) qui sévit dans le pays depuis décembre 2013 et la COVOD-19 sont venus alourdir cet état de fait.

La recherche des causes du dysfonctionnement et de la faible performance du système de santé a conduit le Gouvernement en collaboration avec ses partenaires à l'organisation des Etats Généraux de la Santé (EGS) tenus en juin 2014 en exécution des directives du Président de la République, chef de l'Etat. Ces assises ont permis à l'ensemble des parties prenantes de mener des réflexions approfondies sur les problèmes majeurs de santé et du système de santé qui ont conduit de manière consensuelle à la définition d'une vision, des orientations stratégiques et des priorités d'action pour une nouvelle Politique Nationale de Santé. De cette politique est décliné par le présent Plan National de Développement Sanitaire 2015-2024.

La démarche d'élaboration de ce PNDS a été un processus inclusif, participatif et consensuel de l'ensemble des parties prenantes et a connu les étapes suivantes : (i) l'analyse de la situation sanitaire nationale, (ii) la définition des orientations stratégiques ; (iii) la définition des axes d'intervention et des priorités d'actions ; (iv) l'élaboration du cadre de mise en œuvre et du cadre de suivi-évaluation ; (v) la planification et la budgétisation axée sur les résultats avec l'outil OneHealth.

L'analyse de la situation sanitaire nationale a permis de mettre en exergue les principaux problèmes suivants :

- mortalité maternelle, néonatale et infanto juvénile élevée ;

- prévalence élevée des maladies transmissibles, des maladies à potentiel épidémique (Ebola, méningite, choléra, rougeole, etc.) et des maladies non transmissibles ;
- Faible performance du système de santé dans ses six piliers fondamentaux.

Les résultats de la mise en œuvre de ce nouveau plan permettront d’atteindre les impacts ci-après : (i) une réduction du taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans de 123 pour 1000 naissances vivantes à 47 pour 1000 en 2024 ; (ii) une réduction du ratio de mortalité maternelle de 724 pour 100 000 NV à 349 pour 100 000 NV en 2024 ; (iii) une réduction du taux de mortalité néonatale de 33 pour 1000 à 12,5 pour 1000 en 2024 (iv) une réduction de la mortalité infantile de 67 pour 1000 à 26 pour 1000, (v) une réduction de la mortalité des enfants de moins de 5 ans de 123 pour 1000 à 47 pour 1000; (vi) les létalités liées aux maladies telles que le paludisme, la tuberculose et le VIH/SIDA seront réduites par rapport à leur niveau de 2015; (vii) le taux de malnutrition chronique chez les enfants de moins de 5 ans passerait de 31% en 2015 à 21% en 2024 et (viii) le taux de malnutrition aiguë de 9% en 2015 à 4% en 2024.

Ce PNDS dont l’objectif général est d’améliorer l’état de santé de la population guinéenne, est bâti autour de trois orientations stratégiques et six sous stratégies qui sont déclinées en stratégies d’intervention. Ces orientations stratégiques sont : Orientation stratégique 1 : Renforcement de la prévention et de la prise en charge des maladies et des situations d’urgence ; Orientation stratégique 2 : Promotion de la santé de la mère, de l’enfant, de l’adolescent et des personnes âgées ; Orientation stratégique 3 : Renforcement du système national de santé.

2.2.1.2. Présentation du plan national de lutte contre le paludisme 2018-2022

Le plan stratégique national de lutte contre le paludisme est un outil d'aide à la décision, un cadre de référence pour tous les acteurs de la lutte contre le paludisme en Guinée, élaboré par le Ministère de la santé et d'autres Ministères concernés, ainsi que les partenaires techniques et financiers intervenant dans le domaine de la santé, en République de Guinée.

Ce Plan Stratégique quinquennal 2018-2022, est un document de 73 pages, publié en février 2017 à la suite de l'échéance du Plan Stratégique de 3ème génération (2013-2017) et d'une série de rencontres, notamment Revue de Performances du Programme de lutte contre le paludisme. Il s'agit d'un document développé sur la base des leçons apprises de la mise en œuvre et des orientations stratégiques issues de cette revue. Ses objectifs sont en adéquation avec la Politique Nationale de Santé, les axes stratégiques du Plan de Développement Sanitaire 2015-2024, les Objectifs de Développement Durable (2030) des Nations Unies et les objectifs du Plan Mondiale d'Élimination du Paludisme de l'OMS/RBM 2016-2030.

Le PSN 2018-2022 entre dans le cadre de la vision du pays, "*Une Guinée sans paludisme pour un développement socio-économique durable*". Les interventions prévues permettront la réalisation de la mission du Programme qui est d'assurer à toute la population un accès universel à des services de prévention et de prise en charge du paludisme de qualité conformément à la politique nationale de santé.

La mise en œuvre de ce plan devrait se faire dans le respect des principes et des valeurs universels, à savoir la justice sociale, la solidarité, l'équité, l'éthique, la probité et la qualité. Il en est de même des principes directeurs basés sur la bonne gouvernance, l'approche genre, le respect des évidences scientifiques et des

recommandations internationales dans le choix des interventions de lutte contre le paludisme.

Le but du Plan Stratégique est d'amener le pays d'ici la fin 2022 vers la pré-élimination en réduisant la morbidité et la mortalité liées au paludisme de 75 % par rapport à 2016. Les objectifs sont les suivants : assurer la protection d'au moins 90 % de la population avec des mesures de préventions efficaces contre le paludisme, assurer une prise en charge correcte et précoce d'au moins 90% des cas de paludisme, renforcer les capacités de gestion, de partenariat, de coordination, de communication et de SE du Programme de lutte contre le paludisme à tous les niveaux.

Pour atteindre les objectifs fixés, le plan vise la couverture universelle dans tous les domaines de la prévention et de la prise en charge du paludisme. Ces domaines se résument comme suit : Pour la prévention du paludisme, les interventions suivantes seront développées :

- Lutte Antivectorielle Vectorielle (LAV) : pour assurer la couverture universelle en MILDA, le PNLP organisera deux campagnes de distribution de masse des MILDA (2019 et 2022) et poursuivra la distribution de routine ciblant les enfants de moins d'un an et les femmes enceintes dans les services de vaccination et de consultation prénatale ainsi que les canaux scolaires et ménages.
- La Chimioprévention du paludisme saisonnier : déployée en 2015 et 2016 dans 8 districts, sera poursuivie et mise à échelle dans les zones éligibles conformément aux recommandations de l'OMS.
- Le Traitement Préventif Intermittent à la SP chez la femme enceinte sera renforcé à travers une meilleure collaboration avec les services de la Santé de la

reproduction et avec l’implication accrue des acteurs communautaires.

Pour la prise en charge des cas de paludisme, le PNLP développera des mécanismes de renforcement de la qualité de la prise des cas dans toutes les structures, publiques, parapubliques.

Pour l’IEC/CCC/Mobilisation sociale, le Programme, en collaboration avec les partenaires va renforcer les activités de communication de proximité avec les ACS/ONG/OBC et à travers les mass médias (radios communautaires et privées).

Pour la suivi-évaluation, conformément aux orientations du Ministère de la Santé, la collecte des données de routine sera intégrée dans le nouveau système de gestion des données du SNIS (DHIS2).

Pour la gestion des achats et des stocks (GAS), le PNLP en collaboration avec la PCG et les partenaires apportera des améliorations sur la chaîne d’approvisionnement.

Pour la gestion du programme, à travers ce nouveau plan stratégique, le PNLP va intensifier la coordination, la planification, le partenariat, la gestion des ressources, le plaidoyer pour la mobilisation des ressources et la gouvernance. Toutes ces interventions seront adossées sur les plans de mobilisation des ressources, de renforcement des capacités et d’assistance technique budgétisés.

2.3. Examen critique des deux textes

2.3.1. La non-exclusivité de l’élaboration des textes

Les textes sont conçus là-haut et exécutés en bas. Ils ne sont pas le produit de la réflexion collective et n’ont pas été préparés sur la base de données de recherches scientifiquement élaborées. On s’est surtout contenté des connaissances et expériences de prestataires sanitaires et de certains hommes de lois pour produire des textes régissant le domaine de la santé et la lutte

contre le paludisme sans prendre les avis des populations à la base. Si par endroits, on peut lire que le texte régissant le système de santé a été élaboré suivant un processus inclusif, participatif et consensuel de l'ensemble des parties prenantes ». Ce caractère inclusif concerne les acteurs du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique et les partenaires techniques et financiers.

L'élaboration de la politique sanitaire et de lutte contre le paludisme devrait tenir compte de plusieurs acteurs :

- les offreurs de soins ;
- les producteurs de biens et services en santé ;
- des institutions publiques ;
- des financeurs ;
- les bénéficiaires (patients, proches aidants), qui font vivre la démocratie sanitaire.

Tel n'a pas été le cas dans l'élaboration de ces deux textes soumis à l'analyse critique. Il n'est pas sûr que les cinq composantes du système de santé aient pris effectivement part à sa conception ; il s'agit de :

- la santé publique ;
- les soins ambulatoires ;
- les soins hospitaliers ;
- les soins d'urgence ;
- les soins de longue durée ;
- les pharmacies.

2.3.2. La non-vulgarisation des textes

La séance de validation des textes officiels donne lieu à de grandes rencontres des acteurs du ministère de la santé et des partenaires techniques et financiers. Ensuite, ils sont distribués

dans les Directions régionales et préfectorales de la santé. On se demande, si les structures de soins tels les centres et postes de santé ont été concernés par la vulgarisation de ces textes.

Les avidités de restitution du contenu de ces documents aux structures sanitaires publiques ou privées n'ont pas été signalées lors du passage des enquêteurs qui, pourtant avaient demandé l'existence de ces textes dans 03 hôpitaux préfectoraux, 06 centres de santé, et dans 04 cliniques privées. Il est apparu que seulement 01 hôpital, 02 centres de santé et 01 structure sanitaire privée disposaient des textes officiels sur le système de santé et la politique de lutte contre le paludisme. Un chef de centre de santé de santé public souligne :

« Dans le secteur de la santé, il existe de nombreuses sessions de formation pour le renforcement de capacité du personnel de la santé. Mais, les textes qui régissent ce secteur et surtout la lutte contre le paludisme ne sont pas disponibles dans les postes de santé. Or ce sont ces documents qui constituent le fil conducteur de nos activités de tous les jours. Nombreux sont les prestataires sanitaires surtout en milieu rural qui ignorent l'existence de ces textes. »

Les Directions régionale et préfectorale ont l'obligation de vulgariser ces documents au niveau de toutes les structures sanitaires de sorte que les acteurs du secteur soient au même niveau d'information. C'est seulement à ce prix que l'on pourra assister à une mise en œuvre adéquate de la politique sanitaire et de celle de la lutte contre le paludisme. Aussi, la vulgarisation des textes officiels entraînera des interactions multiples entre la base et le sommet permettant ainsi de surmonter les difficultés liées à la compréhension et à la mise en œuvre adéquate des politiques sur la santé.

2.3.3. La non traduction en langues locales et l'application partielle des textes

Selon l'INS, entre 2016 et 2023, le taux de l'analphabétisme au niveau national est passé à 68 %. En Guinée. Ce taux est encore plus élevé chez les femmes à 75 %, et la majorité de cette population se trouve en zone rurale. C'est l'un des plus élevés de la sous-région Ouest africaine. Il apparaît que plus de la moitié de la population guinéenne ne sait ni lire ni écrire. L'analphabétisme qui frappé les vieilles générations risquent d'être le handicap majeur dans la lutte contre le paludisme.

La Haute Guinée (67,5%) à laquelle appartient la région administrative de Kankan et la Moyenne Guinée (55,4%), dans un passé récent, étaient les régions les plus pauvres du pays (Source : EIBEP (2002-2003) cité dans le DSRP II : 14). Le rapport final triennal 2014 - 2016 du projet PAFI confirme à peu près les mêmes statistiques en ces termes : « *Avec une population estimée à 412 683 habitants dont 214 595 femmes, 62% de celle-ci vivent en dessous du seuil de pauvreté absolue.* » (AJP, 2016 : 4).

L'analyse des affirmations sus mentionnées montre que les textes écrits dans la langue française ne sont pas du tout compréhensibles par les populations. Or, ces textes ne sont pas traduits dans la langue maninka. La vulgarisation de l'écriture N'Ko dans la région pourrait être une opportunité pour transcrire les textes en *maninkakan*. Si le nombre de personnes sachant lire et écrire le N'Ko avaient accès à la traduction de ces textes, les activités de vulgarisation et de sensibilisation seraient facilitées à l'échelle régionale.

Il est apparu également que le niveau d'application des textes est faible. Divers facteurs limitants sont signalés :

- la faiblesse des infrastructures sanitaires ;

- l’insuffisance et la vétusté des équipements sanitaires ;
- l’éloignement de certaines localités des structures de soins traduisant une faible accessibilité ;
- la pauvreté des ménages surtout en milieu rural ;
- l’épineux problème de la qualification des prestataires sanitaires affectant la qualité des offres de soins ;
- la faiblesse numérique du personnel soignant par rapport à la demande global de la population qui a connu ces dernières années une forte croissance.

Un agent de santé (52 ans) de résidant au quartier Korialen, raconte :

« Il a été rapporté dans les années 80 que la Haute Guinée à laquelle appartient la région de Kankan comportait les poches de pauvreté les plus remarquables en Guinée. Certaines localités ne disposent pas de structures sanitaires officielles et sont, en plus, très éloignées des postes de santé ou des centres de santé. Un jour, un père de famille transportait son enfant malade de paludisme pour lui administrer des soins dans un poste de santé situé 65 km du village d’origine. Mais avant d’y arriver, l’enfant succomba à son mal. Ne disposant d’aucun autre moyen pour transporter le macchabée, le pauvre homme dut l’attacher à son dos. Coïncidant au passage d’une équipe de recherche sur la pauvreté, celle-ci abasourdie et apitoyée par l’évènement, en fit un titre dans son rapport : Avez-vous jamais vu un cadavre au dos ? »

2.4. Niveau de connaissance et de conscience des acteurs relatif aux textes officiels

2.4.1. Regard des populations sur les textes officiels

Les populations sont mal informées sur le système de santé et la politique de lutte contre le paludisme. Dans l'univers de l'étude, certains hommes disaient avoir entendu parler de ces textes. Qu'ils soient intellectuels ou analphabètes, ces hommes n'avaient qu'un vague soupçon de ces documents. Pour les lettrés, les textes constituaient des documents d'orientation des prestataires sanitaires. Ils définissaient les devoirs de ceux-ci dans le domaine médical. En outre, ils pensaient que ces textes étaient utiles dans le système de soins.

Pour les analphabètes, seulement quelques-uns savaient l'existence de ces textes mais n'en demeuraient pas moins inconscients quant à leurs contenus. Ils déclaraient avoir entendu parler de ces textes lors d'une causerie informelle avec un agent de santé ou dans une session de sensibilisation contre le paludisme. Un usager de l'hôpital régional de Kankan déclare :

« Le plus souvent, nous partageons la table avec un médecin à la retraite dans un café situé au quartier. Un jour, dans les causeries, c'est lui qui nous a dit les activités et le fonctionnement des structures sanitaires sont régis par des textes. Et c'était notre première nouvelle. Sinon, nous pensions que le Directeur de l'hôpital est libre de toutes décisions relatives au fonctionnement de l'hôpital. Nous ne savions pas que les demandeurs de soins avaient aussi des droits et facilités garantis par la loi »

Dans l'ensemble, il est apparu que les populations sont caractérisées par le manque d'informations sur les textes qui régissaient la santé et la lutte contre le paludisme dans leur

région. Cette situation a une certaine incidence sur les efforts de sensibilisation relatifs à la prévention et au traitement des cas de paludisme.

2.4.2. Regard du personnel de la santé sur les textes officiels

Le personnel de la santé a été impliqué suivant deux catégories essentielles : les agents travaillant dans des structures sanitaires (publiques / privées) et ceux de la santé publique (DRS et DPS). On s'aperçoit que les textes sont beaucoup plus vulgarisés au niveau de la santé publique que dans des structures de soins. Les informations fournies par les agents de la santé publique sur les textes officiels sont plus importantes que celles détenues par les cliniciens. Les entretiens ont révélé qu'il existe encore un déficit d'information ayant trait aux textes régissant le système de santé et le plan national de lutte contre le paludisme. Il apparaît que responsables de structures de santé (hôpitaux et centres de santé) qui prennent part souvent aux ateliers de formation au niveau national ou régional, dans la plupart des cas, ne font pas de restitution pour les acteurs à la base. Aussi, les acteurs lisent moins car les supports ou documents officiels distribués sont logés dans les tiroirs des bureaux. Il n'existe non plus aucun dispositif efficace de suivi du niveau de vulgarisation ou d'application des contenus de ces documents.

2.5. Incohérence entre discours, politiques publiques de santé et réalités

2.5.1. Gratuité du traitement du paludisme et le dilemme de la gratuité des MILDA

Les discours populaires stipulant la gratuité du traitement du paludisme aux enfants de 0 à 05 ans, fustige également l'appropriation et la mise en pratique de tout ce qui parle, ou se rapporte au paludisme. Les populations se trouvant en train de payer les frais dus au paludisme à l'hôpital dont la gratuité avec

été annoncée, ne trouvent plus la nécessité de faire confiance aux discours des pouvoirs publics. En réalité, ces populations caractérisées par la pauvreté se retrouvent entrain de dépenser de l'argent dans ce qui avait été annoncé gratuit, à travers les médias locaux n'y trouvent plus l'intérêt de prêter une oreille attentive aux initiatives gouvernementales. Cette situation plonge les populations dans l'obligation de s'orienter vers l'automédication ou la médecine traditionnelle. Ce résultat avoisine celui de (Ela, 1998). Par conséquent, les populations ne peuvent que percevoir les messages de sensibilisation comme des constructions politiques visant à promouvoir la bonne marche de l'Etat.

D'autre part, le dilemme de la gratuité de la MILDA dans la région de Kankan est aussi un facteur qui obstrue le bon fonctionnement de cette politique de lutte. Parce que, dans l'univers social des communautés, les populations accordent l'importance aux éléments dont elles ont obtenu au prix de leurs propres efforts à la fois physiques et financiers. Sachant que cet outil a été offert gracieusement, une importance est très peu accordée voir-même pas. Et comme il n'y a pas de suivi afin de diagnostiquer les différentes trajectoires que ces outils empruntent, et en plus, ces outils étant « *gênant* » alors, ils peuvent être orientés par les populations vers d'autres destinations.

Nonobstant le fait que les familles continuent d'être endeuillées suite aux dégâts dus au paludisme aussi bien en milieu urbain que rural, ou voient leurs portefeuilles maigrir à cause des dépenses imputables à cette maladie, ou alors voient leurs activités être freinées suite à l'infirmité de celle-ci, les populations n'acceptent pas facilement de s'approprier cet outil de prévention dans leurs pratiques sociales, dans leurs habitudes afin de barrer la route à cette maladie. Certainement parce que, ces populations connaissent bien cette maladie, la banalisent, et elles peuvent la traiter sans inquiétude. Il n'est donc pas difficile

de retrouver certaines MILDA dans les ménages abandonnés à leur propre sort. Cette gratuité légitime donc la possibilité de tout faire de cet outil, sauf de se prémunir, sans aucune inquiétude. Il convient également de signaler que les campagnes de sensibilisations adoptées dans le cadre de cette lutte ont atteint leurs apogées avec les messages de sensibilisation n'influencant pas significativement les populations.

III. Discussion

3.1. Une internationalisation des politiques de santé ne reflétant pas souvent les réalités communautaires des pays

Les politiques de santé, en tant qu'ensemble de stratégies et d'actions mises en œuvre pour préserver ou améliorer la santé des populations et pour lutter contre maladie accompagnent les actions stratégiques des Etats en voie de développement. Aujourd'hui, les institutions spécialisées dans la santé comme l'OMS ou l'UNICEF, ne sont plus les seules à donner des orientations sur les politiques sanitaires des Etats. Elles ont été rejoints sur ce terrain par les de Bretton Woods et les bailleurs de fonds internationaux. De plus en plus les Etats, et plus encore ceux dits en « développement », sont tenus de se conformer aux orientations de ses institutions pour prétendre bénéficier de leur assistance. Dans maints cas, ces consignes ne reflètent pas les représentations sociales endogènes des populations face à la santé publique. Dans la région administrative de Kankan comme ailleurs, les communautés ont leur croyance, leur mode de pensée, et leur vision de la santé qui déterminent leurs conditions d'existence. La Guinée ne fait pas exception à cette situation. On est donc passé d'une internationalisation de la santé qui se limitait à une entente mutuelle entre Etats sur la gestion des questions sanitaires à une internationalisation des politiques de santé qui devient une obligation faites aux Etats d'inclure dans leur politique sanitaire des orientations internationales. Ces

politiques sont essentiellement basées sur les principes de la pensée occidentale, sur l'approche occidentale de la santé qu'il s'agisse des valeurs à promouvoir ou des procédures à appliquer. Ce résultat avait déjà trouvé par Fassin, 1997.

3.2. Connaitre et comprendre les politiques publiques de santé pour mieux agir

Les politiques publiques de santé sont des documents stratégiques qui donnent des orientations relatives à la santé publique. Une meilleure compréhension de ces documents par les parties prenantes notamment les agents de santé, les usagers et les acteurs d'ONG qui interviennent dans le cadre de la santé permet d'assurer l'atteinte des objectifs fixés au Ministère de la Santé. Une bonne connaissance de ces politiques facilite aux différents acteurs de cerner leurs droits et devoirs dans le processus de dispensation ou de recherche de soins. Toutefois, il est évident que les populations de la région administrative de Kankan sont mal informées sur les politiques publiques de santé. Ce résultat confirme celui de Dioubaté, 2013, dans son étude quantitative sur l'hôpital régional de Kankan.

Par ailleurs, pour que l'action intersectorielle se déroule mieux au niveau politique, il s'avère primordial de comprendre au préalable comment les responsables politiques perçoivent les problèmes ainsi que leur rôle potentiel dans la formulation puis le soutien à la mise en œuvre des solutions. Il découle de l'analyse des données de cette étude que la quasi-totalité des responsables de la santé publique de la région administrative de Kankan ne mesurent pas les inconvénients du déficit d'informations chez les acteurs du système sanitaire vis-à-vis de ces textes officiels.

Le développement de la recherche sur ces questions de politiques publiques de santé est donc indispensable. Une meilleure vulgarisation des résultats de recherche sur cette problématique auprès des décideurs politiques pourra faciliter la

prise de décision en vue de combler ce déficit d'information des acteurs du système de santé. Ce résultat avoisine ceux de Bennett et al., 2011 ; E. Breton & De Leeuw, 2011 ; Clavier & De Leeuw, 2013.

3.3. Le rôle des acteurs dans la mise en œuvre des politiques de santé

A l'instar de nombreux auteurs Rathwell 1998 ; Walt et Gilson 1994, nous partons du principe que le rôle des acteurs est central dans la mise en œuvre et l'appropriation d'un changement. Il semble que cela soit d'autant plus le cas lorsqu' il s'agit d'analyser l'application d'une politique publique où des conflits liés aux valeurs peuvent amener les acteurs à tenter de bloquer ou d'entraver les réformes sanitaires. Ce résultat avait été trouvé par Gilson 1997.

L'évolution des connaissances dans le domaine durant la dernière décennie nous a permis de comprendre que le modèle classique du choix rationnel n'est plus le plus pertinent et qu'il faut reconnaître l'importance que jouent les acteurs sociaux dans la prise de décisions et la mise en œuvre des politiques. Ce résultat confirme ceux de Brugha et Varvasovszky 2000.

La conception de l'implantation d'une politique de santé peut être comprise diversement selon la perspective et les intentions des acteurs concernés Walt 1994. En ce qui concerne les politiques publiques de santé, notamment le plan national de développement sanitaire 2015-2024 et le plan national de lutte contre le paludisme 2018-2022 en prenant en compte les opinions des acteurs à la base et en accentuant le processus de décentralisation, la politique bouleverse complètement la distribution du pouvoir entre les acteurs locaux du système de santé ainsi qu'entre ces derniers et les acteurs centraux.

De l'analyse des données recueillies, il apparaît que les l'hypothèse a été confirmée. Au terme de l'investigation, cette

étude présente quelques limites : limite spatiale, limite méthodologique et limite technique.

Conclusion

Les politiques publiques de santé notamment : le plan national de développement sanitaire 2015-2024 et le plan national de lutte contre le paludisme 2018-2022 de la République de Guinée sont des modèles qui orientent la stratégie et l'action des pouvoirs publics dans le domaine de la santé. En effet, les conférences d'Alma Ata (1978), de Bamako (1987) et d'Harare (1987) ont conduit à la mise en place de modèles d'organisation applicables à l'ensemble de l'Afrique, mais correspondant à des logiques qui lui sont extérieures. Négligeant ainsi les contextes divers (économiques, politiques, sociaux...) spécifiques à chaque pays et/ou région ainsi que les dynamiques sociales en découlant, les programmes et projets élaborés dans le cadre de ces modèles ont en grande partie échoué. De cette situation, il apparaît opportun de se référer aux pratiques, aux logiques et aux dynamiques propres au milieu pour engager des actions, "partir des pratiques telles qu'elles existent, telles que les sociétés les produisent en fonction de situations historiques qui font que non seulement deux pays n'ont généralement pas les mêmes référents en matière d'organisation et d'action sociales, mais qu'il est souvent vérifié que deux villages voisins ou deux quartiers d'une même ville n'ont pas non plus les mêmes histoires et les mêmes structures" D. Fassin et E. Jeannée (1997). Una approche inclusive fondée sur la prise en compte des représentations et perceptions communautaires ainsi qu'une meilleure vulgarisation des documents stratégiques du secteur de la santé sont fondamentales pour la réussite de ces politiques. Les résultats de cette étude permettent de comprendre que les textes officiels du système de santé sont peu connus des acteurs, singulièrement les usagers. Il s'agit des populations qui sont

majoritairement analphabètes. L'étude montre la non traduction en langues locales et l'application partielle des textes en question. L'étude indique également la non exclusivité de l'élaboration de ces documents. De ce fait, il existe un déphasage entre les discours politiques et la réalité sanitaire la préfecture de Kankan.

De l'analyse des données recueillies, il apparait que les l'hypothèse a été confirmée. Au terme de l'investigation, cette étude présente quelques limites : limite spatiale, limite méthodologique et limite technique.

Références

- Abric Jean Claude** , 2016. Pratiques sociales et représentations, Collection Quadrige, Paris, PUF.
- Adam Philippe. et Herzlich claudine**, 1990. *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Collection, Paris, Nathan, 128p
- Aïach, P**, 2010. *Les inégalités sociales de santé*, Écrits, Paris : Economica. Anthropos, 95p
- A. Nougtara, et al**, 1995. Recherche sur les systèmes de santé : Le cas de la zone médicale de Solenzo, Burkina Faso, 187P
- Bagayogo**, 1991. Enquêtes socio-économiques sur les facteurs influençant la fréquentation des centres de santé. MSP, UNICEF, OMS, PEV-SSP-ME, 250p
- Durkheim Emile** , 1999. *Les règles de la méthode sociologique*, Paris, PUF, Collection Quadrige grands textes, 144p.
- Fassin Didier**, 1989. *Pouvoir et maladie en Afrique : anthropologie dans la banlieue de Dakar*. Paris, PUF, Collection les champs de la santé, 359p.
- Gilson, L. (Ed.)**, 2012. *Recherche sur les méthodologie et recherche sur politiques et les politiques et les systèmes de systèmes de santé et Manuel de Méthodologie. Manuel de méthodologie. Version abrégée*, 180p

- J. Ouedraogo, et al**, 2001. Évaluation des liens entre les programmes d'ajustement macro-économique, la réforme du secteur de la santé et l'accessibilité, l'utilisation et la qualité des services de santé, 85p
- Lemieux, V**, 2002. L'étude *des politiques publiques, les acteurs et leur pouvoir*, Québec, Les Presses de l'Université Laval, 200p
- Makoutode et al**, 2000. Equité dans l'application de l'Initiative de Bamako : situation de la prise en charge sanitaire des indigents au Bénin et approche de solution, 145p
- Maïga, Z, Traore et al**, 1999. *La réforme du secteur santé au Mali 1989-1996*, Antwerp, Belgium, ITG Press (« Studies in health services organisation & policy », 160p
- Olivier de Sardan, J.-P**, 1990. " Sociétés et développement », in D. FASSIN & Y. JAFFRE (dir.), *Sociétés, développement et santé*, Paris, Ellipses : 28-37.
- Palmer, N., Muelleur, D. H., Gilson et al**, 2004. " Health Financing to Promote Access in Low Income Setting : How Much do We Know ? », *The Lancet*, 364 : 1365-1370.
- Ridde, V. et Girard, J.-E**, 004 " Douze ans après l'initiative de Bamako : constats et implications politiques pour l' équité d' accès aux services de santé pour les indigents africains », *Santé publique*, 15 : 37-51.
- Walt, G. & Gilson, L**, 1994. " reforming the Health Sector in Developing Countries. The Central Role of Policy Analysis », *Health Policy and Planning*, 9 : 353-370.
- Winter, G. (dir.)** , 2001. "Inégalités et politiques publiques en Afrique : pluralités des normes et jeux d' acteurs », Paris, Karthala, IRD.
- Plan stratégique de développement sanitaire**, Guinée, 77p
- Politique nationale de santé de la République de Guinée, 2014), 80p
- Programme national de lutte contre le paludisme**, politique nationale de lutte contre le paludisme, République de Guinée, 2014. 75p

Rapport final de l'évaluation de l'opérationnalité des districts sanitaires en République de Guinée, 2014. 144p