

Santé primaire en Guinée (1984-2021), de l'urgence au renforcement de l'accès aux soins des populations.

Arsène CAMARA

*Université Général Lansana Conté de Sonfonia-Conakry/Guinée
arsenetofandet@gmail.com ; Portable : (+224)622.50.89.52*

Résumé :

Entre 1984 et 2021, le système de santé guinéen a connu une évolution marquée par des réformes d'urgence puis par des efforts d'élargissement de l'accès aux soins, en lien avec la Déclaration d'Alma-Ata. L'étude analysée s'intéresse à la manière dont le pays a réagi aux crises sanitaires récurrentes et met en lumière les facteurs ayant favorisé ou freiné le développement des soins primaires. La recherche repose sur une approche qualitative et documentaire, mobilisant l'analyse des politiques publiques, les données institutionnelles et des entretiens avec des professionnels de santé et des usagers.

Les résultats montrent des avancées notables en termes de couverture et d'infrastructures, mais révèlent aussi des limites persistantes. L'équité d'accès et la durabilité des soins restent compromises par des obstacles structurels : le financement public insuffisant, la pénurie de personnel qualifié et la gouvernance fragmentée. En conclusion, l'article souligne que la consolidation des soins de santé primaires en Guinée dépend d'un financement renforcé, d'une meilleure régulation des politiques publiques et d'une gouvernance plus cohérente et efficace.

Mots-clés : Soins de santé primaires, Accès aux services de santé, Guinée, Politiques de santé publique.

Abstract:

Between 1984 and 2021, Guinea's health system underwent significant changes, initially through emergency reforms and subsequently through efforts to expand access to care in alignment with the principles of the Alma-

Ata Declaration. The study under review examines how the country responded to recurrent health crises and highlights the structural factors that either facilitated or constrained the development of primary health care. The research employs a qualitative and documentary approach, combining the analysis of public health policies, the review of institutional data, and interviews with both health professionals and service users.

Findings indicate notable progress in terms of coverage and infrastructure development. However, persistent challenges remain. Equitable and sustainable access to care continues to be undermined by structural barriers, including insufficient public financing, a shortage of qualified health personnel, and fragmented governance. In conclusion, the article underscores that the consolidation of primary health care in Guinea requires strengthened financing mechanisms, more effective regulation of public health policies, and a more coherent and efficient governance framework.

Keywords: Primary health care, Access to health services, Guinea, Public health policies.

Introduction Générale:

1. Problématique de recherche :

La santé primaire constitue un fondement essentiel du développement socio-économique dans la mesure où elle vise à garantir à chaque individu un accès équitable aux soins essentiels, réduisant ainsi les inégalités sanitaires et renforçant le capital humain (Cueto, 2004, p. 1864-1867). Le modèle promu par la Déclaration d'Alma-Ata (OMS, 1978), centré sur la prévention, la participation communautaire et la proximité des services, a inspiré les grandes réformes sanitaires lancées en Guinée en 1984. Celles-ci avaient pour ambition de mettre en place un système de soins décentralisé et universel, capable d'assurer à toutes les populations un accès aux soins primaires. Cependant, malgré des avancées notables, le système de santé guinéen est resté marqué par de profondes fragilités : déficit

chronique en infrastructures et en ressources humaines, forte dépendance aux soins curatifs, inégalités persistantes entre zones urbaines et rurales, et vulnérabilité face aux crises sanitaires. L'épidémie d'Ebola (2014-2016) et la pandémie de COVID-19 (2020-2021) ont révélé de manière aiguë ces insuffisances, mettant à l'épreuve la résilience du système et soulignant l'écart entre la couverture théorique et l'accès réel aux services (Keita et al., 2017, p. 123-130).

Nos travaux visent à analyser l'évolution de la santé primaire et des politiques d'accès aux soins en Guinée de 1984 à nos jours, afin d'évaluer la transition entre la gestion des urgences sanitaires et le renforcement durable de l'accès aux soins. Cependant, les écarts persistants entre la couverture sanitaire théorique et l'accès réel aux services soulèvent la question centrale : *Dans quelle mesure les politiques et stratégies mises en œuvre depuis 1984 ont-elles permis de passer d'une situation d'urgence sanitaire à un renforcement effectif et durable de l'accès aux soins pour l'ensemble des populations ?* Partant, notre hypothèse de recherche soutient que depuis 1984, les politiques sanitaires en Guinée ont contribué à une amélioration mesurable de l'accès aux soins primaires, mais cette progression demeure freinée par des insuffisances structurelles et une faible résilience face aux crises sanitaires. Depuis 1984, les politiques sanitaires mises en œuvre en Guinée ont permis des avancées tangibles dans l'organisation et la diffusion des soins primaires, en renforçant la décentralisation et en multipliant les initiatives nationales et internationales en faveur de l'accès aux services essentiels (Barry et al., 2021, p. 45-59). Toutefois, ces progrès restent limités par des insuffisances structurelles persistantes (infrastructures, ressources humaines, financement), par de fortes inégalités territoriales et sociales dans l'accès aux soins,

ainsi que par une résilience insuffisante face aux crises sanitaires majeures. Dès lors, si la Guinée a engagé une transition du paradigme de l'urgence sanitaire vers celui du renforcement durable de l'accès aux soins, cette transition demeure inachevée et inégalement répartie entre les populations. L'enjeu dépasse ici la santé en tant qu'indicateur de développement, il s'agit d'évaluer son rôle de levier dans le développement socio-économique du pays. En interrogeant cette transition « de l'urgence sanitaire vers un accès élargi et durable aux soins » notre étude se situe au croisement des réformes nationales, des contraintes structurelles, des crises sanitaires récentes et des engagements internationaux, notamment l'objectif 3 des ODD (Objectifs de Développement Durable) relatif à la santé et au bien-être.

La borne chronologique couvre la période allant de 1984 (année marquant le début des réformes sanitaires décentralisées en Guinée) jusqu'à 2021 (intégrant les développements récents dans le cadre post-COVID-19 et des engagements ODD). Le développement de notre article s'organise en trois parties complémentaires. La première partie s'attachera à dresser un tableau sur le contexte et l'évolution historique de la santé primaire en Guinée (de 1984 à 2021), tout en présentant les réformes, les programmes et les acteurs impliqués. La deuxième partie analysera les contraintes et les déterminants de l'accès aux soins, tout en mettant l'accès sur les obstacles structurels, socio-économiques et institutionnels de la réforme sanitaire. Enfin, la troisième partie explorera les perspectives, les stratégies de renforcement durable avec identification des leviers d'action, et les recommandations politiques nationales tout en les intégrant dans les cadres de coopération régionale et internationale.

2. Méthodologie de recherche :

Cette recherche adopte une démarche qualitative et diachronique, fondée sur la revue documentaire (des rapports ministériels, des données de l'OMS, des études académiques), l'analyse des statistiques sanitaires nationales et internationales, ainsi que sur des entretiens semi-directifs avec des acteurs clés du système de santé (décideurs, professionnels de santé, représentants communautaires, etc.). Ce choix méthodologique permet de croiser les sources et à rendre compte avec précision les données institutionnelles, les perceptions des usagers et les analyses expertes, avec une approche visant à analyser l'évolution de la santé primaire et de l'accès aux soins en Guinée depuis 1984. Pour mener à terme une étude d'une telle envergure, nous avons été confrontés à des défis importants (accessibilité aux archives et à certaines zones rurales isolées ; méfiance des communautés locales face aux chercheurs) que nous avons pu surmonter grâce à des stratégies d'atténuation : collaboration avec des acteurs locaux (chefs traditionnels, ONG), et approche participative pour renforcer la confiance et l'engagement des communautés.

2-1. Etude documentaire et enquêtes de terrain :

La phase documentaire de notre recherche a consisté en un dépouillement systématique de la littérature existante portant sur les sources primaires (textes législatifs et réglementaires en matière de santé, plans nationaux et programmes sectoriels, rapports annuels du ministère de la Santé et de ses directions techniques, documents de planification sanitaire régionale) et les sources secondaires (des publications scientifiques, des rapports d'agences internationales dont l'OMS, l'UNICEF, la

Banque mondiale, des enquêtes démographiques et de santé, des données statistiques de l’Institut National de la Statistique). Notre analyse documentaire s'est focalisée sur un éventail très varié de bases de données que nous avons pu collecter sur des plateformes académiques en ligne (PubMed, Scopus, Google Scholar, JSTOR, Persée, etc.), ainsi que des archives institutionnelles nationales et onusiennes afin d'accéder à des documents pertinents.

Dans la seconde phase de notre recherche, un travail empirique a été mené *in situ* sur trois régions administratives (Basse Guinée, Moyenne Guinée et Haute Guinée) et dans la zone spéciale de Conakry. Les enquêtes réalisées combinent des entretiens semi-directifs auprès de 35 acteurs clés (des responsables institutionnels, des directeurs d'hôpitaux, des personnels de santé, des représentants sanitaires communautaires) ; des focus groups avec des usagers de services de santé, afin de recueillir les perceptions sur l'accessibilité, la qualité et le coût des soins ; et l'observation non participante dans 12 structures de santé (centres de santé, hôpitaux préfectoraux et régionaux) permettant de documenter les conditions d'accueil, la disponibilité des services, et les pratiques de prise en charge.

2-2. Analyse des données, limites et biais de l'étude :

L'analyse documentaire de notre étude a été conduite selon une approche thématique inductive, permettant de faire émerger les tendances, les ruptures et les continuités, d'une part, et selon une analyse comparative des documents légaux, statistiques et stratégiques. Les données qualitatives issues des entretiens de terrain ont été codées et interprétées à l'aide des logiciels NVivo et Atlas.ti en appliquant une grille de codage mixte (catégories issues du cadre conceptuel et thèmes

émergents), afin de mettre en évidence les interactions entre les politiques publiques, les pratiques professionnelles et les expériences des usagers. Nous avons également effectué cette analyse par triangulation, à travers le croisement des données documentaires, statistiques et qualitatives pour assurer la validité interne des résultats. Les principales limites concernent l'hétérogénéité et l'accessibilité des données statistiques, ainsi que les contraintes temporelles ayant limité le nombre d'entretiens en zones éloignées. Ces limites sont compensées par la triangulation systématique des sources et par la diversité des profils d'acteurs interrogés. Les difficultés d'accès à certaines données statistiques récentes et la disparité de qualité des archives régionales constituent des limites. De plus, certaines zones rurales éloignées n'ont pu être couvertes pour des raisons logistiques. Ces contraintes ont été compensées par la diversification des sources et des profils d'informateurs. Bref, l'analyse de la santé primaire et de l'accès aux soins en Guinée s'inscrit dans un vaste champ de recherches portant sur les politiques de santé publique, les déterminants socio-économiques de l'accès aux soins et les dynamiques de couverture sanitaire universelle en Afrique subsaharienne.

3. Approche théorique et Cadre conceptuel :

Notre étude s'inscrit dans une approche théorique combinant deux référentiels complémentaires. D'une part, nous mobilisons l'approche systémique de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), qui considère le système de santé comme un ensemble d'éléments interconnectés : infrastructures, ressources humaines, financement, gouvernance et services, dont la performance dépend de leur interaction et de leur cohérence. Cette approche permet d'appréhender la santé

primaire en Guinée non pas comme une série d'actions ponctuelles, mais comme un processus complexe influencé par des facteurs politiques, économiques et sociaux.

D'autre part, nous nous appuyons sur le modèle de l'accès aux soins développé par Penchansky et Thomas (1981, p. 127-140), qui identifie cinq dimensions déterminantes : la disponibilité des services (présence d'infrastructures et de personnel), l'accessibilité géographique et financière, l'acceptabilité socioculturelle, la qualité perçue et réelle des soins, ainsi que leur coût pour les usagers et le système. Ce cadre est particulièrement pertinent dans le cas guinéen, où l'offre de soins reste marquée par d'importantes disparités territoriales et sociales. La mise en œuvre de ce double cadre analytique permet d'articuler deux niveaux d'analyse complémentaires :

- *Institutionnel et structurel* : évaluer la cohérence des politiques sanitaires mises en place depuis 1984, leur alignement sur le modèle de la santé primaire et leur adaptation aux crises successives (Ebola, COVID-19).
- *Expérientiel et social* : examiner comment les populations vivent et perçoivent l'accès aux soins, notamment en termes d'inégalités entre zones urbaines et rurales, entre groupes sociaux, et entre centres de santé bien équipés et périphéries sous-dotées.

Ainsi, notre recherche ne se limite pas à mesurer les réformes sur un plan théorique, elle interroge la réalité de leur application et leur impact concret sur les populations. Ce choix théorique renforce la pertinence académique de l'étude, car il permet de mettre en évidence la tension entre l'ambition universelle de la santé primaire et les obstacles structurels et contextuels qui en freinent la réalisation en Guinée.

3-1. Santé primaire :

Le concept de Santé primaire, défini par la Déclaration d'Alma-Ata (OMS, 1978) et réaffirmé dans la Déclaration d' Astana (OMS, 2018), se décline comme « des soins de santé essentiels, universellement accessibles à tous les individus et familles de la communauté, par des moyens acceptables pour eux, avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent supporter ». Théoriquement, la santé primaire s'appuie sur le modèle des « soins centrés sur la personne » et sur l'approche de santé communautaire, qui reconnaissent l'importance de la prévention, de la promotion de la santé et de l'équité dans l'offre de services. Autrement dit, la santé primaire repose sur l'accès universel à des soins essentiels, intégrés, abordables et culturellement acceptables, avec une participation active des communautés.

Dans le contexte guinéen, ce cadre a été opérationnalisé à partir de la réforme sanitaire de 1984, qui a introduit la décentralisation et la participation communautaire via la création des structures de santé de proximité (notamment les Centres et Postes de santé), mais dont la mise en œuvre a été freinée par des contraintes économiques et structurelles. La santé primaire se veut globale, intégrant la prévention, la promotion de la santé, le traitement des maladies courantes et la réhabilitation. Elle repose sur les principes d'universalité, de prévention, de participation communautaire, de coordination intersectorielle et d'équité (Kéïta, 2019, p. 5-9). Cependant, la mise en œuvre de ce paradigme reste conditionnée par des facteurs tels que la disponibilité des ressources humaines qualifiées, la pérennité du financement, et la capacité institutionnelle à garantir un service continu, y compris en période de crise.

3-2. Urgences sanitaires :

Les urgences sanitaires désignent toute situation, épidémique ou environnementale, susceptible de causer une morbidité et une mortalité importantes, nécessitant une intervention rapide pour limiter les impacts sur la santé publique. Elles peuvent être d'origine infectieuse (Ebola, COVID-19, rougeole, etc.), environnementale (les inondations, les sécheresses) ou technologique (les accidents industriels). Ainsi, les urgences sanitaires, qu'elles soient épidémiques ou liées à des catastrophes environnementales, constituent des situations critiques qui mettent à l'épreuve la capacité de réponse rapide et coordonnée du système de santé. Le cadre théorique mobilisé ici analyse les travaux sur la résilience des systèmes de santé (Kruk et al., 2015, p. 1910-1912), selon lesquels les crises, bien qu'elles fragilisent les structures existantes, peuvent aussi accélérer des réformes et favoriser l'innovation dans l'organisation des services. En Guinée, les crises sanitaires récentes d'Ebola (2014-2016) et de COVID-19 ont mis en évidence la fragilité des infrastructures, le manque de ressources humaines spécialisées, la rupture d'approvisionnement en médicaments, mais elles ont aussi joué un rôle de catalyseur pour des réformes institutionnelles à travers le renforcement de la surveillance épidémiologique communautaire, le développement de plans d'urgence, l'amélioration de la coordination intersectorielle.

3-3. Accès aux soins :

L'accès aux soins est appréhendé ici selon le modèle multidimensionnel de Penchansky et Thomas (1981), enrichi par l'approche de Levesque et al. (2013, p. 55-67), qui distingue cinq dimensions fondamentales : la disponibilité (existence d'infrastructures et de services adaptés aux besoins) ;

l'accessibilité géographique (proximité et desserte des services) ; l'accessibilité économique (capacité des populations à supporter le coût des soins) ; l'acceptabilité (adéquation entre les services offerts et les valeurs socioculturelles des usagers) ; la qualité (efficacité, sécurité et pertinence des soins fournis). Ces dimensions sont influencées par des déterminants macro (politiques publiques, financement, gouvernance), méso (organisation des structures sanitaires) et micro (comportements et perceptions des usagers). Ainsi, l'accès aux soins est un concept multidimensionnel qui dépasse la simple présence de services de santé. En Guinée, malgré les efforts de décentralisation et l'existence d'un maillage sanitaire, l'accès aux soins demeure inégal, surtout dans les zones rurales enclavées. Les déterminants de ces inégalités incluent l'insuffisance des ressources humaines qualifiées, les ruptures fréquentes de stocks de médicaments, la faible couverture en assurance maladie, ainsi que des facteurs socioculturels influençant le recours aux soins modernes.

Dans le contexte guinéen depuis 1984, la santé primaire représente l'architecture normative du système de soins, les urgences sanitaires constituent des facteurs déclencheurs ou révélateurs de dysfonctionnements, et l'accès aux soins incarne l'objectif ultime des politiques publiques. Le cadre conceptuel adopté postule que la durabilité et l'efficacité de la santé primaire dépendent de la capacité du système à : maintenir des services essentiels en période de crise ; réduire les inégalités d'accès par des réformes inclusives ; renforcer la participation communautaire comme levier d'appropriation et de pérennisation des interventions. Ainsi, notre analyse articule une perspective historique, sous-tendue par la borne « de 1984 à nos jours », avec une lecture systémique et multidimensionnelle de la santé primaire et de l'accès aux

soins, permettant d'évaluer non seulement les effets des réformes mais aussi les trajectoires d'adaptation face aux crises sanitaires répétées.

4. Revue de la littérature :

La notion de Santé primaire s'est imposée à la suite de la Déclaration d'Alma Ata (OMS, 1978), définissant un ensemble d'interventions essentielles, accessibles, universelles et participatives visant à répondre aux besoins prioritaires de santé des populations. Les travaux de Rifkin (2009, p. 31-36) et Cueto (2004, p. 1864-1874) soulignent que la santé primaire est indissociable d'une approche intégrée combinant les soins préventifs et curatifs, et la promotion de la santé, avec un fort ancrage communautaire. Les dimensions et les déterminants de l'accès aux soins incluent la disponibilité, l'accessibilité géographique, l'accessibilité économique, l'acceptabilité et la qualité des services (Penchansky & Thomas, 1981 ; Levesque et al., 2013). En Afrique de l'Ouest, plusieurs études (Dugas et al., 2010, p. 431-441 ; Ridde et al., 2012, p. 873-883) mettent en évidence le rôle central des inégalités socio-économiques, de la répartition inégale des infrastructures, et des barrières culturelles dans la limitation de cet accès. S'agissant des spécificités du contexte guinéen, la réforme sanitaire engagée à partir de 1984 a introduit le système de recouvrement des coûts (initiative de Bamako) et la décentralisation des services de santé. Ainsi, les travaux de Baldé (2005, p. 23-27), de Diallo (2014, p. 11-17) et de l'OMS-Guinée (2020) montrent que, malgré une extension du réseau des structures sanitaires, l'accessibilité effective reste limitée par la pauvreté, l'insuffisance de personnels qualifiés, et la dégradation des plateaux techniques.

Les récentes crises sanitaires, notamment l'épidémie d'Ebola (2014-2016) et la pandémie de COVID-19 (2020-2022), ont mis en lumière la vulnérabilité du système, mais ont aussi catalysé des réformes en matière de surveillance épidémiologique et de renforcement de la résilience sanitaire (Keita et al., 2017, p. 123-130 ; Barry et al., 2021, p. 45-59). Parlant des enjeux actuels et des perspectives du système sanitaire, la littérature récente insiste sur l'importance de la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) comme levier pour améliorer l'accès équitable aux soins. Selon l'OMS (2021) et la Banque mondiale (2022), la réussite de la CSU en Guinée suppose des réformes structurelles : l'amélioration du financement public de la santé, le renforcement de la gouvernance, et l'intégration des soins de santé primaire dans un cadre plus large de développement communautaire. En résumé, la littérature montre que la Guinée a connu depuis 1984 un processus continu d'expansion des services de santé, mais que des défis persistants (économiques, logistiques et institutionnels) limitent encore l'accès universel aux soins. Ces constats fondent la pertinence d'une analyse approfondie des transformations et des stratégies de renforcement de la santé primaire dans le pays.

I/. Les Résultats de la recherche :

L'analyse de la santé primaire et de l'accès aux soins en Guinée, de 1984 à nos jours, s'articule autour d'un cheminement logique qui relie le contexte historique, l'identification des contraintes actuelles et la formulation de stratégies prospectives. La première partie revient sur l'évolution du système de santé primaire, en mettant en lumière les réformes majeures, les programmes mis en œuvre et le rôle des différents acteurs institutionnels, communautaires et

internationaux. Cette contextualisation permet de comprendre les dynamiques structurelles et politiques ayant façonné l'offre et l'organisation des soins. La deuxième partie s'attache à analyser les contraintes multiformes qui limitent l'accès effectif aux services de santé, en examinant les déterminants structurels, socio-économiques et institutionnels qui creusent les inégalités et entravent l'atteinte des objectifs de couverture sanitaire universelle. Enfin, la troisième partie propose des perspectives de renforcement durable, en identifiant les leviers d'action prioritaires et en formulant des recommandations stratégiques intégrant à la fois les besoins locaux et les cadres de coopération régionale et internationale. L'articulation entre ces trois volets vise ainsi à passer d'un diagnostic historique et analytique à des orientations opérationnelles, tout en soulignant l'importance de la cohérence des politiques publiques et de la participation communautaire pour assurer une amélioration pérenne de l'accès aux soins en Guinée.

5. Première partie : Contexte et évolution historique de la santé primaire en Guinée (1984–2021) :

Cette première partie vise à explorer le contexte et l'évolution historique de la thématique cruciale de notre recherche, en fournissant un cadre d'analyse rigoureux et documenté. Il faut souligner que l'année 1984 marque un tournant majeur dans l'histoire du système de santé guinéen, avec la mise en place de la réforme sanitaire issue de l'adhésion aux principes de la santé primaire définis lors de la Conférence internationale d'Alma-Ata (1978), qui reconnaissait la santé comme un droit fondamental et prônait l'accès universel à des soins essentiels, équitables et participatifs. Cette réforme s'est traduite par la décentralisation des structures sanitaires, la création des

districts sanitaires, et la mise en œuvre de centres et postes de santé à l'échelle communautaire, c'est-à-dire plus proches, plus accessibles et mieux adaptés aux besoins de la population (Amat-Roze, 2010, p. 105-118). Au fil des décennies, plusieurs programmes nationaux et initiatives internationales sont venus appuyer cette dynamique, notamment :

- *Le Programme élargi de vaccination (PEV)*, garantissant l'accès progressif de la population, notamment des enfants, à un calendrier vaccinal complet ;
- *L'Initiative de Bamako (1990)*, instaurant la participation communautaire au financement et à la gestion des services de santé, dans un objectif d'appropriation locale et de durabilité ;
- *Les programmes de lutte contre le paludisme, la tuberculose et le VIH/SIDA*, soutenus par le Fonds mondial, ayant permis d'accroître la couverture thérapeutique et de renforcer la surveillance épidémiologique ;
- *Les réformes post-crises sanitaires*, consécutives à l'épidémie d'Ebola (2014-2016) puis à la pandémie de COVID-19 (2020-2021), qui ont conduit à renforcer les capacités de réponse aux urgences, à moderniser les systèmes de surveillance et à réhabiliter certaines infrastructures.

En 1984, la Guinée sortait d'une période de centralisation extrême et de gestion étatique, caractérisée par une faible performance du système de santé. Le pays venait de vivre un changement politique majeur avec l'arrivée au pouvoir de Lansana Conté, qui initia une série de réformes économiques et sociales. Le secteur de la santé primaire, jusqu'alors négligé, devint une priorité pour le gouvernement. Cette période fut marquée par une volonté de décentralisation et de renforcement des capacités locales (Maltais, 2019, p. 213-235).

Les réformes structurelles de 1984 ont reposé sur trois axes majeurs incluant : la décentralisation des services de santé (mise en place des structures de santé de base dans les zones rurales pour améliorer l'accès aux soins) ; la formation du personnel médical (investissement dans la formation de professionnels de santé pour pallier le manque criant de personnel qualifié) ; la promotion de la santé communautaire (implication des communautés locales dans la gestion et la promotion de leur propre santé), avec une attention particulière portée à la prévention, la promotion de la santé et les soins de base. Cette architecture organisationnelle visait à rompre avec un système centralisé, jugé coûteux, lent et inadapté aux réalités locales.

5-1. Période de consolidation (1990-2000) :

Durant cette décennie, les efforts se concentreront sur la consolidation des acquis. Les autorités sanitaires guinéennes, en collaboration avec des partenaires internationaux, s'efforceront de renforcer les infrastructures existantes et d'élargir la couverture sanitaire par le biais d'actions concrètes :

- *Amélioration des infrastructures sanitaires* : Construction et rénovation de centres de santé et hôpitaux.
- *Programmes de vaccination* : Lancement de campagnes de vaccination contre les maladies infectieuses.
- *Lutte contre les maladies endémiques* : Mise en place de programmes ciblés pour lutter contre le paludisme, la tuberculose, et d'autres maladies endémiques.

5-2. Défis et opportunités (2000-2010) :

Les débuts du nouveau millénaire furent marqués par des défis significatifs, notamment en termes de financement et de

gestion des ressources humaines. Cependant, ils apportèrent également des opportunités par le biais de nouvelles technologies et d'initiatives internationales pour la santé, dont entre autres :

- *Financement* : Les dépenses de santé restaient largement insuffisantes, malgré une aide internationale croissante.
- *Technologies de l'information* : Introduction de systèmes d'information sanitaire pour améliorer la collecte et l'analyse des données de santé.
- *Initiatives internationales* : Participation de la Guinée à des programmes internationaux de santé, tels que le Fonds mondial pour la lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme.

5-3. Modernisation et avenir (2010-2021) :

La dernière décennie a vu une modernisation continue du secteur de la santé primaire en Guinée. Les réformes ont visé à rendre le système de santé plus résilient et orienté vers l'avenir, grâce à la mise en place d'innovations :

- *Systèmes de santé résilients* : Renforcement de la capacité du système de santé à répondre aux crises sanitaires, notamment à travers la gestion de l'épidémie d'Ebola.
- *Approches innovantes* : Adoption de nouvelles approches, telles que la télémédecine, pour surmonter les barrières géographiques.
- *Objectifs de Développement Durable* : Alignement des politiques de santé sur les Objectifs de Développement Durable (ODD) de l'ONU, en mettant l'accent sur l'accès universel aux soins de santé.

Les acteurs impliqués dans cette trajectoire incluent les institutions publiques (Ministère de la Santé, Agences de santé

publique), les partenaires techniques et financiers (OMS, UNICEF, Banque mondiale), ainsi que les organisations communautaires et ONG locales. Cette période est marquée par une tension permanente entre volonté une politique, les contraintes budgétaires et les exigences internationales en matière de santé publique (Dugas et al., 2010, p. 431-441). Force est de souligner que de 1984 à 2021, la Guinée a connu une transformation significative de son système de santé primaire. Malgré les défis persistants, les progrès accomplis ont permis de poser les bases d'un système de santé communautaire structuré, capable de s'adapter aux crises sanitaires tout en poursuivant des objectifs de santé publique à long terme dans le pays. À l'avenir, une attention particulière devra être portée à la durabilité des réformes et à l'équité dans l'accès aux services de santé.

6. Deuxième partie : Analyse des contraintes et déterminants de l'accès aux soins :

L'accès aux soins de santé constitue un enjeu crucial pour les sociétés contemporaines, influençant directement la qualité de vie et la santé publique des populations. En Guinée, malgré les réformes et les investissements réalisés depuis 1984, cet accès demeure inégal et souvent limité, en particulier dans les zones rurales et périphériques (Fleuret, 2015, p. 7-15). Cette 2^{ème} partie explore et analyse les divers facteurs qui déterminent l'accès aux soins, ainsi que les contraintes susceptibles de l'entraver. L'objectif fondamental est d'identifier les divers obstacles et facteurs qui conditionnent l'accès aux soins de santé, en mettant en lumière les dimensions socio-économiques, géographiques, culturelles et institutionnelles qui influencent l'utilisation et la qualité des services de santé.

Malgré les avancées enregistrées, l'accès équitable aux soins demeure un défi structurel. Ainsi, les contraintes observées peuvent être regroupées en trois catégories :

- *Obstacles structurels* : déficit en infrastructures sanitaires, inégalités dans la répartition des ressources humaines qualifiées, ruptures fréquentes de stocks de médicaments et d'équipements médicaux.

- *Contraintes socio-économiques* : persistance de la pauvreté monétaire, poids des dépenses directes de santé dans les ménages, faiblesse des mécanismes d'assurance maladie et dépendance aux financements extérieurs.

- *Limitations institutionnelles* : fragmentation des politiques publiques, insuffisance de coordination intersectorielle, faibles capacités de gouvernance locale et lenteur des processus de décentralisation effective.

À ces déterminants s'ajoutent des facteurs socio-culturels influençant le recours aux services modernes : représentations traditionnelles de la maladie, préférences pour les soins endogènes, barrières linguistiques et rapport de confiance parfois fragile entre usagers et prestataires.

6-1. *Contraintes structurelles et organisationnelles* :

Plusieurs facteurs d'ordre structurel freinent l'accès universel aux soins, dont les plus pertinents sont :

- *Insuffisance des infrastructures sanitaires* : le maillage en centres et postes de santé reste incomplet, avec de fortes disparités régionales et des zones totalement dépourvues de structures fonctionnelles.

- *Manque de ressources humaines qualifiées* : déficit de médecins, sage-femmes, infirmiers et agents communautaires,

aggravé par une répartition géographique inégale et une faible attractivité des zones rurales.

- *Équipements et approvisionnement limités* : ruptures fréquentes de stocks de médicaments et de vaccins, absence ou vétusté des équipements médicaux essentiels.
- *Organisation interne* : faiblesse du système de référence et contre-référence, lenteur dans la prise en charge des urgences, insuffisance de la maintenance des infrastructures.

6-2. *Contraintes socio-économiques* :

Les considérations économiques représentent des déterminants majeurs et complexes de l'accès aux soins. Le coût des soins, comprenant les frais de consultation, les médicaments et les traitements, peut décourager certaines populations de solliciter des services médicaux. Les facteurs comme le revenu, l'emploi et l'éducation jouent un rôle crucial dans la capacité des individus à obtenir des soins de santé. En outre, les inégalités de revenu exacerbent ces difficultés : les individus à faible revenu se voient souvent contraints à faire des choix difficiles entre leur santé et d'autres besoins essentiels. Les systèmes de remboursement incomplets ou limités peuvent aggraver ces disparités, rendant l'accès aux soins encore plus inéquitable (Dugas et al., 2010, p. 431-441). De plus, le manque d'assurance maladie et d'une couverture universelle insuffisante augmentent les risques financiers liés à la santé. C'est le lieu de mettre un accent particulier sur le rôle du revenu et de l'assurance. D'une part, un revenu limité réduit la capacité à accéder à des soins de qualité, affectant aussi bien les consultations médicales que l'achat de médicaments. D'autre part, l'absence d'assurance adéquate peut limiter l'accès à des traitements nécessaires, en particulier dans les systèmes de santé où les coûts sont élevés. Considérant que

l'accessibilité financière demeure l'un des principaux obstacles à l'utilisation des services de santé, on peut donc relever quelques facteurs déterminants que sont :

- *Frais directs élevés* : coût des consultations, des médicaments et des actes médicaux souvent prohibitif pour les ménages à faible revenu.
- *Absence de couverture sanitaire universelle* : la majorité de la population ne bénéficie pas de mécanismes formels d'assurance santé, entraînant un recours tardif ou une renonciation aux soins.
- *Pauvreté structurelle* : avec une part importante de la population vivant sous le seuil de pauvreté, la santé reste souvent reléguée derrière d'autres besoins jugés prioritaires (alimentation, logement, etc.).

6-3. Barrières géographiques :

Les disparités géographiques entre les patients et les établissements de santé constituent un obstacle significatif à l'accès aux soins. Dans les régions rurales ou isolées, l'absence d'infrastructures de transport fiables complique l'accès aux services médicaux pour leurs habitants. À l'inverse, les zones urbaines, bien que mieux dotées en établissements, peuvent souffrir d'une répartition inégale des services, conduisant à des « déserts médicaux » dans certains quartiers. L'accessibilité géographique est donc un facteur clé à considérer pour une distribution équitable des soins. C'est dire que la configuration géographique et les conditions environnementales influencent fortement l'accessibilité physique aux soins comme l'illustrent les situations ci-dessous :

- *Éloignement des structures de santé* : Les zones rurales peuvent avoir un accès limité aux centres de santé, nécessitant souvent des déplacements longs ; distances importantes à parcourir, parfois supérieures à 10 ou 15 kilomètres, pour rejoindre le centre de santé le plus proche.
- *Infrastructures routières insuffisantes* : L'absence de transports publics fiables ou de routes praticables exacerbe l'isolement des populations rurales ; ce qui se traduit par des routes impraticables en saison des pluies, l'isolement de certaines localités pendant plusieurs mois.
- *Facteurs climatiques* : conditions météorologiques extrêmes entravant les déplacements et la continuité des services.

6-4. *Contraintes culturelles et socio-linguistiques* :

Les différences culturelles et socio-linguistiques jouent un rôle non négligeable dans l'accès aux soins. Les différences culturelles influencent la perception de la santé et des services médicaux, tandis que les barrières linguistiques peuvent empêcher une communication efficace entre les patients et les professionnels de santé. Les perceptions de la maladie, les pratiques traditionnelles et la confiance envers les professionnels de santé varient considérablement selon les communautés. Par ailleurs, la stigmatisation associée à certaines maladies ou traitements peut dissuader les individus de chercher de l'aide médicale. Ces facteurs nécessitent une approche sensible et adaptée, intégrant la diversité culturelle dans les politiques de santé (Diallo, 2014, p. 5-9). Ces représentations sociales et pratiques culturelles jouent également un rôle dans la fréquentation des services, et revêtent les considérations ci-dessous :

- *Croyances et Méfiance envers le système formel* : Les croyances traditionnelles peuvent influencer l'acceptation des traitements modernes ; cette méfiance peut être due à la perception négative liée à la qualité perçue des soins ou à des expériences passées insatisfaisantes.
- *Préférence pour la médecine traditionnelle* : Certaines personnes font un recours fréquent aux guérisseurs et tradipraticiens, souvent pour des raisons de proximité, de coût et de confiance culturelle.
- *Stigmatisation et Facteurs de genre* : Certaines maladies peuvent être stigmatisées, dissuadant ainsi les individus de chercher des soins. De même, certaines normes sociales limitent l'autonomie décisionnelle des femmes dans la recherche de soins, en particulier pour la santé reproductive.

6-5. *Contraintes institutionnelles et de gouvernance* :

Les politiques de santé publique et la structure des systèmes de santé influencent profondément l'accès aux soins. Les systèmes de santé universels tendent à réduire les barrières financières, mais peuvent être limités par des contraintes budgétaires et des listes d'attente. Partant, les politiques gouvernementales concernant le financement des soins, la régulation des prix, et la formation du personnel médical sont essentielles pour assurer un accès équitable aux soins (Doumbouya, 2008, p. 27-39). Ainsi, la gouvernance et la coordination interinstitutionnelle jouent un rôle déterminant dans l'efficacité des systèmes de santé. Les systèmes de santé eux-mêmes peuvent présenter des obstacles à l'accès aux soins, en raison de politiques de santé inadéquates, de la bureaucratie, ou encore d'un manque de coordination entre les services. Cela se traduit par certains facteurs déterminants à savoir :

- *Insuffisance du financement public* : Les budgets alloués à la santé sont souvent inférieurs aux engagements internationaux ; il faut aussi souligner leur dépendance élevée vis-à-vis des partenaires extérieurs.

- *Faible efficacité administrative* : Une mauvaise organisation des services de santé peut entraîner de longues attentes et une inefficacité dans la fourniture des soins. A cela s'ajoutent les lourdeurs bureaucratiques et les retards dans le décaissement des fonds.

- *Manque de suivi et d'évaluation* : Il faut relever des systèmes d'information sanitaire incomplets, affectant la planification et l'allocation optimale des ressources.

6-6. Déterminants favorisant l'accès aux soins :

Malgré ces contraintes, plusieurs facteurs peuvent améliorer l'accessibilité des populations aux soins de santé ; on peut retenir entre autres :

- *La présence d'agents de santé communautaires* formés et motivés qui servent de relais entre la population et le système formel.

- *L'appui des partenaires techniques et financiers* permettant la réalisation de programmes gratuits ou subventionnés (vaccination, lutte contre le paludisme, soins maternels, etc.).

- *Les innovations technologiques* (téléconsultations, systèmes d'alerte précoce, etc.) qui réduisent les barrières liées à la distance géographique.

- *La mobilisation communautaire* et des initiatives locales visant à renforcer la demande de soins et la confiance dans les structures existantes.

Pour terminer, retenons que l'accès aux soins en Guinée est un phénomène complexe influencé par une multitude de facteurs interconnectés où se combinent des contraintes structurelles, économiques, géographiques, socio-culturelles, politiques et institutionnelles. Bien que significatives, les avancées réalisées depuis 1984 demeurent fragiles et inégalement réparties. Il faut souligner que la levée de ces obstacles exige une approche intégrée, associant des réformes structurelles, le renforcement du financement public, les innovations organisationnelles et l'implication active des communautés, afin de progresser vers l'objectif de la couverture sanitaire universelle (Fleuret, 2015, p. 7-15). Comprendre ces déterminants est essentiel pour élaborer des stratégies visant à surmonter les obstacles actuels et améliorer l'accès aux soins pour tous. Une approche holistique, intégrant la collaboration entre les gouvernements, les organisations non gouvernementales et les communautés locales, est indispensable pour parvenir à une amélioration durable de l'accès aux soins.

7. Troisième partie : Perspectives et stratégies de renforcement durable :

Dans cette troisième partie, nous aborderons les perspectives et les stratégies qui permettront de favoriser un renforcement durable dans divers contextes socio-économiques et environnementaux. L'analyse du système de santé guinéen depuis 1984 met en évidence des avancées significatives mais également de profondes fragilités qui limitent encore l'accès équitable aux soins pour l'ensemble des populations. À l'horizon 2030-2040, l'objectif est de progresser vers la couverture sanitaire universelle, conformément aux engagements nationaux et internationaux, tout en assurant la

résilience du système face aux crises sanitaires, économiques et environnementales. Les réformes entreprises depuis 1984 ont permis de poser les bases d'un réseau de santé primaire, mais la faiblesse du financement, les disparités territoriales, l'insuffisance des ressources humaines et la dépendance aux partenaires extérieurs freinent son efficacité et sa durabilité (Rifkin, 2009, p. 31-36). Dans ce contexte, il devient essentiel de dépasser la logique de gestion de l'urgence pour envisager des stratégies de consolidation pérennes, capables de garantir à long terme une couverture sanitaire universelle. La nécessité d'une approche intégrée et durable est cruciale pour répondre aux défis contemporains. Cette troisième partie propose ainsi une réflexion orientée vers les perspectives de renforcement durable du système, en abordant successivement la consolidation des acquis, le financement, les ressources humaines, l'équité territoriale, la résilience face aux crises sanitaires, ainsi que le rôle des partenariats.

7-1. Vers une consolidation des acquis de la santé primaire :
Depuis l'adoption de la Déclaration d'Alma-Ata en 1978 et la réorientation des politiques de santé en Guinée à partir de 1984, des progrès notables ont été réalisés dans l'organisation des soins de santé primaires. Toutefois, ces acquis demeurent fragiles face aux défis persistants : le faible financement du système, les inégalités territoriales dans l'offre de soins, l'insuffisance en ressources humaines qualifiées et la dépendance aux financements extérieurs. L'une des premières perspectives de renforcement durable réside dans la consolidation des structures de santé de proximité (postes de santé, centres de santé, hôpitaux préfectoraux) afin de les rendre pleinement opérationnels (Baldé, 2005, p. 23-29). Cela suppose non seulement des investissements en infrastructures

et en équipements, mais aussi une réorganisation fonctionnelle visant à réduire la fragmentation institutionnelle et à renforcer la coordination entre les différents niveaux de soins. Tout cela nécessite la modernisation et l'extension des infrastructures à travers : la construction et réhabilitation de centres de santé en zones rurales et périurbaines ; la mise aux normes des structures existantes selon les standards internationaux en matière de sécurité, d'accessibilité et d'équipements ; l'intégration de solutions d'énergie renouvelable (solaire, éolienne, biogaz, etc.) pour garantir la continuité des services.

7-2. Le financement durable de la santé :

La viabilité du système de santé guinéen dépend en grande partie d'un modèle de financement stable et équitable. Jusqu'ici, la part du budget national allouée à la santé reste en deçà des engagements pris dans le cadre de la Déclaration d'Abuja (2001), qui préconise 15 % du budget national pour le secteur sanitaire. Dans ce sens, les stratégies de renforcement durable doivent donc inclure : une augmentation progressive de la part du budget national dédiée à la santé, permettant de réduire la dépendance vis-à-vis de l'aide internationale ; la mise en place de mécanismes de financement communautaire et d'assurance santé universelle, favorisant la mutualisation des risques et l'accès équitable aux soins ; une gestion rigoureuse et transparente des ressources financières, afin de limiter les pertes liées à la corruption et d'optimiser l'utilisation des fonds disponibles (Fleuret, 2015, p. 7-15).

7-3. Ressources humaines et renforcement des capacités :

Un autre pilier essentiel réside dans la formation, la rétention et la motivation des professionnels de santé. Le déficit chronique en personnel médical et paramédical qualifié dans

les zones rurales limite fortement l'accès aux soins de base. Face à cette situation, les perspectives devraient inclure : la formation initiale et continue des agents de santé, en intégrant des approches adaptées aux réalités locales (santé communautaire, soins obstétricaux d'urgence, maladies infectieuses, etc.) ; la mise en place de mesures incitatives pour le déploiement en zones rurales, telles que des primes de risque, des logements sociaux ou des possibilités de carrière renforcées ; le développement de partenariats avec les institutions universitaires et régionales, afin de promouvoir la recherche appliquée en santé publique et l'innovation locale.

7-4. L'équité territoriale et l'accès universel :

L'une des principales limites observées dans l'accès aux soins en Guinée reste la disparité entre zones urbaines et rurales. Pour y remédier, les stratégies à envisager reposent sur : la décentralisation effective de la gestion sanitaire, confiant davantage de responsabilités aux collectivités locales ; le déploiement d'infrastructures sanitaires dans les zones enclavées, couplé à une meilleure accessibilité routière et logistique ; l'utilisation des technologies numériques (télémédecine, systèmes d'information sanitaire), afin de compenser le déficit en spécialistes et d'améliorer la collecte de données pour une planification plus efficace (Barry, Touré et Bah, 2021, p. 45-59).

7-5. La résilience face aux crises sanitaires, Partenariats et coopération internationale :

L'épidémie d'Ebola (2014-2016) et la pandémie de COVID-19 ont révélé la vulnérabilité structurelle du système de santé guinéen. La construction d'une résilience durable exige donc : le renforcement des systèmes de surveillance épidémiologique

et de réponse rapide, par la formation d'équipes multidisciplinaires d'intervention rapide ; la mise en place de chaînes d'approvisionnement sécurisées, par la création de stocks stratégiques de médicaments, d'équipements et de matériels de protection pour les médicaments essentiels, les vaccins et certains équipements ; la promotion de la santé communautaire et de la participation citoyenne, en valorisant le rôle des agents de santé communautaires dans la prévention et la sensibilisation à travers des plans de continuité des services en cas de crise (épidémie, catastrophe naturelle, etc.). Le renforcement durable de l'accès aux soins ne saurait être envisagé sans une coopération renforcée entre l'État, les organisations internationales, les ONG et le secteur privé. La perspective future consiste à passer d'une logique d'« aide d'urgence » à une logique de partenariats durables et équilibrés, axés sur le transfert de compétences, l'innovation locale et la souveraineté sanitaire. Cela passe aussi par une coordination régionale des stratégies avec les pays voisins pour la surveillance transfrontalière et le partage d'expériences. Cette section met en évidence une transition nécessaire qui consiste à passer d'un système réactif, marqué par la gestion des urgences sanitaires, à un système proactif, équitable et durable, capable d'assurer l'accès universel aux soins de santé primaires (Keita, Sow et Camara, 2017, p. 123-130).

En résumé, cette troisième partie met en exergue l'importance d'une approche holistique et collaborative pour un renforcement durable. Les perspectives et stratégies décrites sont essentielles pour construire un avenir où les besoins actuels et ceux des générations futures sont harmonieusement équilibrés. La consolidation de la santé primaire en Guinée, entre 2021 et 2040, nécessitera un effort soutenu et coordonné autour d'axes clairs illustrés par : le renforcement

des infrastructures, un capital humain qualifié, les innovations technologiques, une gouvernance efficace et la participation communautaire active. C'est par l'articulation de ces leviers, associée à une vision politique stable et à un financement prévisible, que la Guinée pourra bâtir un système de santé primaire à la fois accessible, équitable et résilient, capable de répondre aux besoins présents et futurs de sa population.

8. Analyse, discussion des résultats et recommandations :

L'examen de l'évolution de la santé primaire et de l'accès aux soins en Guinée de 1984 à nos jours met en évidence des dynamiques contrastées : des avancées indéniables dans la mise en place d'un système de santé de proximité, mais aussi des limites structurelles qui continuent de compromettre l'accès équitable aux soins. Cette analyse appelle à une confrontation des résultats obtenus avec les recherches antérieures, afin d'en dégager la portée et d'en identifier les limites. Notre étude montre que la Guinée a parcouru un chemin significatif depuis la réforme de 1984 ; elle est passée d'un système centralisé limité dans ses capacités à un réseau de santé primaire structuré, enrichi par des programmes nationaux et internationaux. Cependant, l'accès universel reste un objectif à atteindre, nécessitant des réformes structurelles, un engagement financier accru et une implication communautaire renforcée. Le passage « de l'urgence au renforcement » repose désormais sur la capacité du pays à capitaliser sur les leçons des crises antérieures et à inscrire ses actions dans une perspective de développement durable et inclusif de l'accès aux soins des populations.

8-1. Convergences avec les études antérieures :

Nos résultats confirment les constats formulés par plusieurs travaux de recherche sur les systèmes de santé en Afrique subsaharienne en général, et de la Guinée en particulier. Comme le soulignent Diallo (2014) et l'OMS (2008), les réformes engagées à la suite de la Déclaration d'Alma-Ata ont permis un élargissement relatif de la couverture sanitaire de base, mais sans parvenir à une universalité effective. La Guinée s'inscrit dans cette tendance, où la mise en place de centres et de postes de santé a amélioré certains indicateurs, notamment la couverture vaccinale et la prise en charge des maladies transmissibles. De même, nos observations rejoignent celles de Balde (2005), qui souligne que les interventions ciblées sur la santé maternelle et infantile ont permis une réduction progressive de la mortalité infantile, malgré des disparités notables selon les régions. Par ailleurs, nos résultats corroborent l'analyse de Kéïta et al. (2017) sur la vulnérabilité structurelle du système de santé guinéen face aux crises épidémiques. L'épidémie d'Ebola, suivie de la pandémie de COVID-19, a révélé une forte dépendance à l'aide extérieure et une faiblesse institutionnelle en matière de prévention et de réponse rapide. Ce constat rejoint les travaux de Maltais (2019) et de Kruk et al. (2015), qui insistent sur le caractère déterminant de la résilience sanitaire dans les pays à ressources limitées.

8-2. Limites et contradictions observées :

Toutefois, notre étude met aussi en lumière des divergences par rapport à certains résultats antérieurs. Si plusieurs recherches, telles que celles de l'OMS (2015), insistent sur une amélioration constante des indicateurs de santé en Guinée depuis les années 2000, nos travaux montrent que ces progrès

demeurent très inégaux selon les territoires et fragiles dans le temps. Cette nuance est particulièrement visible dans les zones rurales et enclavées, où la couverture sanitaire reste faible malgré les investissements réalisés. De plus, contrairement aux projections optimistes de l'UNICEF (2010) concernant la généralisation des services de santé maternelle, nos résultats révèlent une persistance de la mortalité maternelle à des niveaux élevés. Cela traduit non seulement l'insuffisance d'infrastructures adaptées, mais aussi les difficultés liées à la rétention des personnels de santé qualifiés dans les zones rurales. Enfin, si certaines études internationales mettent en avant l'efficacité des mécanismes de financement communautaire comme levier d'équité (Rifkin, 2009 ; Dugas et al., 2008), notre analyse souligne les limites de ces dispositifs en Guinée qui se traduisent par une faible adhésion des populations, des difficultés de gestion et l'absence de cadre réglementaire robuste.

8-3. Portée et limites de l'étude :

L'un des apports majeurs de notre étude est d'avoir articulé l'analyse historique des réformes avec les réalités actuelles du système de santé guinéen, ce qui permet de mieux comprendre la trajectoire qui mène « de l'urgence au renforcement durable ». Toutefois, il convient de souligner certaines limites méthodologiques. D'une part, l'absence de données exhaustives et harmonisées, notamment pour les années 1980 et 1990, restreint la comparaison longitudinale. D'autre part, la forte dépendance aux sources institutionnelles (les rapports de l'OMS, du Ministère de la Santé, des ONG, etc.) peut introduire un biais lié à la variabilité des méthodes de collecte et des objectifs de ces organismes. Malgré ces limites, notre étude

permet de dégager des enseignements essentiels à travers les points ci-dessous :

- *Les réformes entreprises ont amélioré l'offre de soins mais sans résoudre les inégalités structurelles ;*
- *La résilience du système de santé guinéen reste insuffisante face aux crises sanitaires ;*
- *Le passage d'une logique d'urgence à une logique de durabilité nécessite une réorganisation systémique et une appropriation nationale accrue.*

8-4. Perspectives de recherche et Recommandations :

L'analyse comparative avec les travaux antérieurs ouvre la voie à de nouvelles perspectives de recherche ; il apparaît donc nécessaire d'explorer plus finement les pistes de recherche suivantes :

- *Les mécanismes de financement innovants adaptés au contexte guinéen, permettant d'assurer un financement équitable et pérenne ;*
- *Les stratégies de renforcement des ressources humaines en santé, en particulier leur répartition territoriale ;*
- *Les modalités de participation communautaire et de gouvernance locale comme leviers d'appropriation des politiques sanitaires ;*
- *L'impact à long terme des crises épidémiques sur la transformation institutionnelle du système de santé.*

S'agissant des recommandations, nos travaux mettent l'accent sur des actions futures à mettre en avant par les principaux acteurs de la santé en Guinée :

- *Le renforcement structurel* : augmenter l'investissement public en santé, moderniser et équiper les structures, améliorer la répartition des ressources humaines.
- *Une approche communautaire renforcée* : impliquer activement les communautés dans la planification et le suivi, développer les mutuelles de santé locales.
- *La résilience accrue* : mettre en place des stocks stratégiques, former des équipes d'intervention rapide et déployer des systèmes de surveillance épidémiologique en temps réel.

En résumé, notre analyse des résultats met donc en lumière que, si les constats de notre recherche convergent largement avec ceux des travaux antérieurs, ils soulignent également les spécificités et les contradictions du cas guinéen, en particulier l'écart entre les ambitions de couverture universelle et les réalités d'un système de santé encore fragile et inégalitaire pour l'accès aux soins.

Conclusion générale :

L'analyse de l'évolution de la santé primaire en Guinée entre 1984 et 2021 révèle une trajectoire marquée par des avancées indéniables mais inégalement réparties, et constamment mise à l'épreuve par des contraintes structurelles et des crises sanitaires majeures. Les réformes inspirées de la Déclaration d'Alma-Ata ont permis la mise en place d'un système décentralisé de soins, favorisant l'implantation de centres et postes de santé et améliorant certains indicateurs en matière de vaccination, de santé maternelle et infantile, et de lutte contre les maladies endémiques. Toutefois, ces acquis demeurent fragiles, car confrontés à trois défis récurrents : l'insuffisance des financements, l'inégalité territoriale d'accès

aux services et la fragilité de la gouvernance sanitaire. Nos travaux montrent que la Guinée se trouve à la croisée des chemins. D'une part, les crises d'Ebola et de la COVID-19 ont mis en lumière un système plus réactif qu'anticipatif, révélant une faible résilience institutionnelle. D'autre part, elles ont souligné l'urgence de bâtir un système sanitaire plus robuste, capable non seulement de répondre aux urgences mais aussi d'assurer un accès durable, équitable et universel aux soins. La transition nécessaire est donc celle d'un modèle centré sur la gestion des crises vers une approche systémique et proactive, fondée sur le renforcement des ressources humaines, la mobilisation de financements nationaux pérennes et une meilleure répartition territoriale des infrastructures.

Au plan scientifique, notre recherche éclaire la tension entre l'ambition d'universalité portée par les réformes de 1984 et les Objectifs de Développement Durable, et la persistance d'inégalités structurelles et sociales qui en limitent la portée. Elle met en évidence trois enseignements majeurs : la dépendance persistante aux financements extérieurs fragilise la durabilité des acquis ; les disparités géographiques et socio-économiques freinent l'universalité de l'accès aux soins ; la résilience du système sanitaire reste insuffisante face aux crises. Au plan social et opérationnel, cette étude insiste sur l'urgence de consolider la santé primaire comme socle du développement national. La mise en œuvre effective d'une couverture sanitaire universelle, associée à une gouvernance transparente et à une participation accrue des communautés, apparaît comme la condition essentielle pour réduire les inégalités et améliorer durablement les indicateurs de santé. Dans cette dynamique, notre recherche ouvre des perspectives scientifiques et opérationnelles nouvelles. Elle invite à interroger, d'une part, les modalités concrètes de mise en place

d'un financement durable et solidaire, et d'autre part, les stratégies innovantes susceptibles d'adapter le système sanitaire guinéen aux mutations sociales, démographiques et environnementales à venir. En définitive, quatre décennies de politiques sanitaires en Guinée montrent que la santé primaire n'est pas seulement un indicateur du développement, mais elle en est le moteur. Sa consolidation exige une volonté politique forte, des ressources financières durables et une véritable équité territoriale. L'avenir du système sanitaire guinéen dépendra de sa capacité à se transformer en un système inclusif, équitable et résilient, capable d'assurer à chaque citoyen un accès continu à des soins de qualité.

Références Bibliographiques et Sources :

A. Sources orales et institutionnelles :

BALDE F.Y., sage-femme au Centre de Santé de Kassongony, Kamsar, entretien du 10/09/2025.

BANGOURA M., responsable du Centre de Santé de Kassongony, Kamsar, entretien du 10/09/2025.

BARRY A.O., Médecin généraliste à l'hôpital préfectoral de Mamou, entretien du 17-09-2025.

Ministère de la Santé, 2015, *Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2015-2024*, Guinée, Conakry, 127 p.

Ministère de la Santé Publique, 2004, *Réformes Hospitalière et Financement des Hôpitaux en Guinée*, Répertoire études et dossiers politiques, Guinée, Conakry, 92 p.

Organisation mondiale de la Santé – Bureau Guinée, 2020, *Rapport annuel sur le système de santé en Guinée*, Conakry, OMS-Guinée.

SAMBOU B., Agent de santé communautaire, Gaoual, entretien du 08-09-2025.

SAMOURA K., Infirmière au Centre de Santé de Gaoual, entretien du 08-09-2025.

SYLLA A., Infirmière à l'hôpital préfectoral de Mamou, entretien du 17-09-2025.

UNICEF, WHO, & World Bank, 1987, *Bamako Initiative*, Nairobi, UNICEF/WHO.

World Health Organization, 1978, Declaration of Alma-Ata: International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978, Genève, OMS.

World Health Organization, 2018, *Declaration of Astana on Primary Health Care*, Genève, OMS.

B. Articles scientifiques, Mémoires, Thèses de Doctorat et Ouvrages :

AMAT-ROZE Jeanne-Marie, 2010, « La santé en Afrique subsaharienne, entre avancées, recul et renouveau », in *Bulletin de l'Association de géographes français*, 87^{ème} année, n° 1, pp. 105-118.

BALDE Issa, 2005, *La réforme sanitaire de 1984 en Guinée et ses effets sur l'accès aux soins*, Mémoire de Maîtrise, Conakry, Université Gamal Abdel Nasser.

BARRY Alpha, TOURE Alsény et BAH Hamidou, 2021, « COVID-19 et résilience du système de santé en Guinée : défis et perspectives », in *Revue Épidémiologique de Guinée*, n° 6, vol. 1, pp. 45-59.

CHABROL Fanny, 2014, « Ebola et la faillite de la santé publique en Afrique », in *Revue Internationale et Stratégique*, n° 96, vol. 4, pp. 18-27.

CUETO Marcos, 2004, "The origins of primary health care and selective primary health care", In *American Journal of Public Health*, n° 94, vol. 11, pp. 1864-1874.

DESCLAUX Alice et SOW Khoudia, 2016, « Des anthropologues face à l'épidémie d'Ebola », in *Journal des Anthropologues*, n°144-145, pp. 263-269.

DIAKITE Alpha Saliou, 2016, « Ebola en Guinée : un révélateur des forces et faiblesses », in *Alternatives Humanitaires*, n° Inaugural, pp. 57-65.

DIALLO Amadou, 2014, *Décentralisation et système de santé en Guinée : Enjeux et perspectives*, Conakry, Institut National de Santé Publique.

DOUMBOUYA Mohamed Lamine, 2008, « Accessibilité des services de santé en Afrique de l'Ouest : le cas de la Guinée », Mémoire de Maîtrise en Sociologie, Conakry, Université de Sonfonia.

DUGAS Michel et RIDDE Valéry, 2010, « Les inégalités d'accès aux soins en Afrique de l'Ouest : un état des lieux », in *Santé Publique*, n° 22, vol. 4, pp. 453-460.

FLEURET Sébastien, 2015, « Construction locale de la santé : quels sont les facteurs de réussite des projets locaux de santé communautaire ? », in *L'Espace Politique*, n° 26, vol. 2, pp. 7-15.

FORTIN Anne, VROH Benie Bi et SOULIMANE Abdelkrim, 2017, « Les enseignements de l'épidémie d'Ebola pour une meilleure préparation aux urgences », In *Santé Publique*, n° 29, vol. 4, pp. 465-475.

KEITA Mohamed, SOW Mamadou Saliou et CAMARA Alpha, 2017, « L'épidémie d'Ebola en Guinée : vulnérabilités du système de santé et leçons pour l'avenir », in *Santé Publique*, n° 29, vol. 2, p. 123-130.

KEÏTA Mohamed Fanta, 2019, « L'accès aux soins de santé en Guinée : la couverture sanitaire universelle est encore loin », in *International Health Policie*, pp. 5-9.

KRUK Margaret E., MYERS Michael, VARPILAH S. Tornoriah et DAHN Bérénice, 2015, “What is a resilient health system? Lessons from Ebola”, in *The Lancet*, n° 385, vol. 9980, pp. 1910–1912.

LEVESQUE Jean Frédéric, HARRIS Mark F. et RUSSELL Grant, 2013, “Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations”, in *International Journal for Equity in Health*, n° 12, vol. 18.

MALTAIS Stéphanie, 2019, *La gestion résiliente des crises sanitaires dans les États fragiles : étude de la crise d'Ebola en Guinée*, Thèse de Doctorat en Développement International, Université d'Ottawa, Canada, 313 p.

PENCHANSKY Roy et THOMAS John William, 1981, “The concept of access: Definition and relationship to consumer satisfaction”, in *Medical Care*, n° 19, vol. 2, pp. 127-140.

RIDDE Valéry et MORESTIN Florence, 2012, “A scoping review of the literature on the abolition of user fees in health care services in Africa”, in *Health Policy and Planning*, n° 27, vol. 6, pp. 873-883.

RIDDE Valéry, OLIVIER de SARDAN Jean-Pierre, et al., 2019, “*Never let a crisis go to waste*”: post-Ebola agenda-setting for health system strengthening in Guinea, *BMJ Global Health*.

RIFKIN Susan B., 2009, “Lessons from community participation in health programmes: A review of the post-Alma-Ata experience”, In *International Health*, n° 1, vol. 1, pp. 31-36.