

# Des soins de santé primaires à Ebola : historique et actualités de la santé communautaire en Guinée

Séminaire 3SG – 2 juin 2021 –  
CIRD Conakry

Éva BARRANCA




# INTRODUCTION ET MÉTHODOLOGIE

- Thèse : « Enjeux éthiques et sociaux de la préparation aux épidémies : La surveillance communautaire des maladies après Ebola en Guinée » (dir. Alice Desclaux et Abdoulaye Touré)
- Différents thèmes dont surveillance à base communautaire (SBC) et santé communautaire en Guinée
- Présentation mêle éléments bibliographiques et données de terrain : entretiens auprès d'acteurs du système de santé sur l'histoire de la santé communautaire et de la SBC en Guinée & observations et entretiens auprès d'agents communautaires à Macenta

# PLAN

- **Retour historique sur les politiques de santé communautaire en Guinée**
  - La promotion de la santé communautaire après la Déclaration d'Alma-Ata (Fin 70's – Mi 80's)
  - Le renouveau des Soins de santé primaires et l'Initiative de Bamako (Fin 80's – Mi 90's)
  - Le déclin des soins de santé primaires et les programmes verticaux (Mi 90's – 2010's)
- **Les leçons d'Ebola**
  - La nécessité de renforcer le système de santé, et le renouveau de la santé communautaire
  - L'importance de la surveillance des maladies, et la mise en place de la surveillance à base communautaire
- **La santé et la surveillance communautaires vues du terrain aujourd'hui**
  - Les difficultés de la surveillance à base communautaire
  - Un système de santé communautaire toujours fragile



# Retour historique sur les politiques de santé communautaire en Guinée

# La promotion de la santé communautaire après la Déclaration d'Alma-Ata (Fin 70's – Mi 80's)



- **Contexte mondial** : inquiétudes vis-à-vis de la santé rurale et tenue de la Conférence d'Alma-Ata en 1978 : naissance du modèle des Soins de santé primaires (*Primary Health Care*)

Déclaration d'Alma-Ata : la santé est un **droit** des êtres humains à bénéficier d'un « *bien-être physique, mental et social* » ; nécessité de « *donner à tous les peuples du monde, d'ici l'an 2000, un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive* » ; volonté d'**appropriation** du système de santé par les populations (santé communautaire)

Les SSP sont très vite critiqués, en particulier dans les pays du Nord (Hall et Taylor, 2003)

- **En Guinée** : Fin 70's – Mi 80's : politique « socialiste » : peu de structures sanitaires, surtout en zone rurale : dispensaires, centres LTO, intérêt pour les maladies infectieuses (Camara, Camara et Camara, 2015 ; Gomez-Temesio et Marcis, 2021) Soins supposés gratuits, peu disponibles et coûteux = faible recours aux structures publiques (Knippenberg et al., 1997)  
Après 1984 : l'abandon du service public s'accroît = naissance d'un système plus libéral

# Le renouveau des Soins de santé primaires et l'Initiative de Bamako (Fin 80's – Mi 90's)

- 1987, **Initiative de Bamako** (OMS, UNICEF) : réelle naissance des SSP en Guinée (6,5 M hab.)
- Remaniement du système de santé : Politique **PEV/SSP/ME** = garantir un paquet minimum de soins (en particulier aux femmes et enfants) et restaurer confiance des populations en les impliquant (Knippenberg et al., 1997)
  - Renforcement des structures publiques : Centres de santé (CS) comme piliers = 349 CS et 298 Postes de santé (Comolet, 2000)
  - Politique plus libérale : partage des coûts entre Etat, bailleurs et populations
  - Modèle de santé communautaire : Comités de gestion ; implication d'agents communautaires
  - Accent sur la santé maternelle et infantile : Vaccination, Consultation prénatales (CPN), planification familiale...

*« Les premiers qui ont mis en place ces soins de santé primaires ils étaient excellents et le monde entier si je puis dire parlait des soins de santé primaires de Guinée. Le Programme des soins de santé primaires moi j'ai vu des gabonais, des rwandais, même des vietnamiens, qui venaient s'inspirer du Programme des soins de santé primaires de Guinée » (Entretien avec une Professeure de médecine, 5 mars 2020, Conakry)*

- Dès 1988, augmentation de la fréquentation des structures et amélioration des indicateurs

- ❖ 1993 : 51% des femmes suivent 4 CPN (3 % en 1987) (Knippenberg et al., 1997)

- ❖ 1994 : couverture vaccinale globale de 75% (Soucat et al., 1997)

La Guinée est un pays modèle en terme de santé communautaire

Mais la couverture sanitaire nationale s'améliore en apparence et les inégalités d'accès aux soins persistent (Doumbouya, 2008)

# Le déclin des soins de santé primaires et les programmes verticaux (Mi 90's - 2010's)

- A la moitié des 90's les SSP périclitent en Guinée = en 1993,  $\frac{1}{4}$  des CS n'arrivent pas à recouvrir leurs coûts (Soucat et al. 1997) ; difficultés d'approvisionnement, ruptures de stock (notamment en ME)

- Problèmes structurels : dévaluation du Franc Guinéen en 1990 (Soucat et al. 1997) ; surtarification (Comolet 2000)

- Difficultés de gouvernance : difficile décentralisation dans la prise de décision (Comolet 2000) ;

*« Bon pour moi ça s'est détérioré parce qu'il y a eu des périodes où, euh, d'abord ces bons cadres qui étaient là sont tous partis. Y en a qui sont allés à l'UNICEF, à ceci, à cela, et donc ils ont tous été, ils sont partis. Donc il y eu des nouveaux qui sont venus et je suppose que les formations n'ont pas été aussi bien faites qu'avant, la motivation a été moins peut-être qu'avant, et surtout il y a eu dilapidation des ressources et je pense que ça aussi ça a beaucoup joué » (Entretien avec une Professeure de médecine, 5 mars 2020, Conakry).*

- Diminution de la confiance et de la fréquentation de la population (qui accentue déficit des structures) ; plus de politique sanitaire nationale par la suite & programmes « verticaux »

# Le déclin des soins de santé primaires et les programmes verticaux (Mi 90's - 2010's)

- Le recul de la santé communautaire est mondial (The Lancet 2008)
  - Réformes du secteur sanitaire (*Health Sector Reform*) : la santé est un bien et non plus un droit ; secteur public à l'abandon (Hall and Taylor 2003)
  - Programmes de Santé globale (*Global Health*) : les menaces sanitaires doivent être gérées collectivement, telles que les épidémies (Nichter 2018) : émergence des programmes de préparation aux épidémies (*preparedness*)

Les cibles des programmes de santé globale ne sont pas toujours les pathologies qui touchent le plus les populations (Gomez-Temesio et Marcis, 2021), leurs intérêts desservent davantage les pays du Nord, et dans les pays du Sud l'abandon des structures publiques s'accroît (David and Dévédec 2019)

- En Guinée : les structures publiques sont en mauvais état, voire abandonnées à la veille d'Ebola ; succession de crises sanitaires sans réelle politique sanitaire

*« En fait cette santé communautaire se mettait en œuvre mais c'était vraiment pas coordonné, c'était pas harmonisé. Les méthodes dépendaient du partenaire, même les mécanismes de motivation dépendaient des partenaires [...] Et donc quand c'est comme ça dans une même communauté alors c'est juste les partenaires qui viennent chercher leurs indicateurs propres à leurs cahiers des charges. Et donc le pays n'en bénéficie pas parce qu'on ne tire pas les bénéfices de ce travail, parce que c'est une fragmentation qui était là » (Entretien avec un cadre du Ministère de la santé, 23 janvier 2020, Conakry)*





# Les leçons d'Ebola

# La nécessité de renforcer le système de santé, et le renouveau de la santé communautaire

- Ebola met en lumière avec violence la faiblesse du système sanitaire guinéen : c'est un « *film catastrophe bien préparé* » (Lachenal, 2014) du fait de l'abandon du service public

- Prise de conscience des autorités

*« Cette défaillance qui s'est introduite là-dedans, dans les Programmes verticaux s'est fait ressentir tu le sais quand nous avons été victimes de l'épidémie de la maladie à virus Ebola qui a démontré que le système est complètement défaillant » (Entretien avec un cadre du Ministère de la santé, 23 janvier 2020, Conakry).*

- Le renforcement du système de santé guinéen apparaît important au-delà des frontières pour prévenir de nouvelles épidémies : il colle ainsi à l'agenda des programmes de santé globale et plusieurs institutions et organisations s'engagent au côté des autorités

# La nécessité de renforcer le système de santé, et le renouveau de la santé communautaire

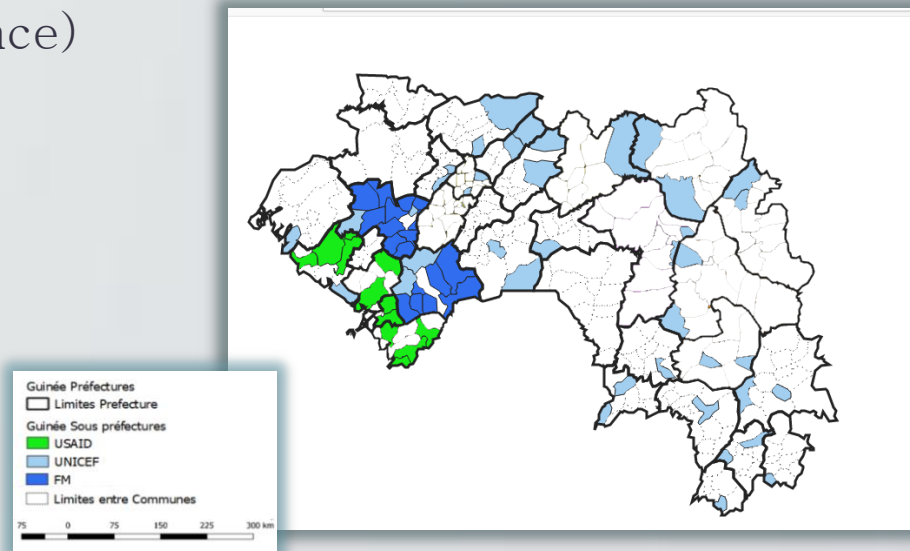
- Elaboration d'une nouvelle Politique nationale de santé communautaire par le Ministère de la santé en 2017 :

- Volonté de favoriser l'engagement communautaire : Centres de santé sont les piliers du système, ils sont gérés par des Comités de santé et d'hygiène (COSAH) – Implication de deux types d'agents communautaires : Relais communautaires (RECO) et Agents de santé communautaires (ASC) supposés devenir agents contractuels de la fonction publique locale et fonctionnaires
- « *Activités promotionnelles, préventives et curatives* » en faveur de « *la lutte contre les maladies (transmissibles et non transmissibles), la surveillance épidémiologique, la prévention et contrôle de l'infection, la Santé Reproductive de la Mère, du Nouveau-né, de l'Enfant et de l'Adolescent, l'eau, l'hygiène et l'assainissement* » : CPN, vaccination, sensibilisation par les RECO... Cibles prioritaires : femmes et enfants
- Financements : revenus des centres de santé reposent sur paiement des prestations par les patients ; dotations des partenaires et de l'Etat au départ (primes et salaires des AC, équipements)

*« On s'est dit qu'il faut responsabiliser les communautés, il faut aller avec les communautés, il faut inciter une approche qui va avoir d'abord l'engagement des communautés, le soutien des collectivités locales pour permettre vraiment une bonne gouvernance locale et utiliser les ressources humaines locales pour pouvoir vraiment booster les indicateurs de santé » (Entretien avec un cadre du Ministère de la santé, 23 janvier 2020, Conakry).*

# La nécessité de renforcer le système de santé, et le renouveau de la santé communautaire

- « Nouvelle » Politique qui reprend en réalité à peu de choses près le modèle des Soins de santé primaires : la nouveauté est l'ajout de la surveillance des maladies à potentiel épidémique (MPE) & l'implication des collectivités locales dans le paiement à terme des RECOs (pérennité)
- Elle ambitionne de couvrir 70% des communes de Guinée d'ici 2022
- Aujourd'hui : 20% des communes sont couvertes (69/342 – dont 40 Communes de convergence)



- Dans les zones non couvertes par la Politique : projets de santé communautaire disparates menés par ONG/institutions
- Ils impliquent parfois des agents communautaires
- Ils ciblent souvent une pathologie ou épidémie spécifique

# L'importance de la surveillance des maladies, et la mise en place de la surveillance à base communautaire

- Avant Ebola : pas de système formalisé de surveillance des maladies. Mise en place de stratégies de surveillance, notamment de « surveillance à base communautaire » (SBC) pendant l'épidémie
- La SBC est supposée régler les problèmes rencontrés en impliquant des acteurs communautaires qui deviennent les yeux de la riposte

*« Tu sais que la Guinée a connu Ebola de 2014 jusqu'à 2016. Pendant la gestion de cette maladie on a constaté que y avait une défaillance dans le système sanitaire. Dans le système de santé de la Guinée. Et cette défaillance, pourquoi la maladie a commencé depuis décembre [2013] jusqu'en mars [2014] cette maladie persistait dans la communauté on n'a pas su. Parce que la surveillance à base communautaire n'était pas là »  
(Entretien avec le chargé SBC à l'ANSS, 14 février 2021).*

- Mise en place des Comités de veille villageois : pas toujours effet escompté (Le Marcis et al., 2019)
- Plusieurs programmes de SBC qui impliquent des agents communautaires (AC) A Macenta : 634 AC dans toute la préfecture (UNFPA, Plan International, OMS)

# L'importance de la surveillance des maladies, et la mise en place de la surveillance à base communautaire


- Mais pendant l'épidémie la SBC est limitée par la fréquence du népotisme dans le choix des AC (car primes importantes) : les personnes désignées n'étaient pas toujours investies

*« Et puis au départ le choix n'a pas été très bien fait. On a dit d'identifier dans les villages des personnes qui sont capables et volontaires. Mais comme y avait un peu d'argent de motivation au moment de l'épidémie donc ils n'ont pas respecté les critères. Si moi je suis chef de village, j'ai mon jeune frère qui ne travaille pas, je l'envoie parce que y a l'argent. Donc c'est comme ça ils ont identifié les gens, les gens ont été identifiés. Et finalement quand y a plus eu l'argent les gens ont lâché. Donc c'est ce qui a un peu foiré les activités » (Entretien avec le chargé SBC à la DPS de Macenta, 25 mars 2020, Macenta).*

- Un AC reconnu et influent de la commune urbaine de Macenta n'a pas été impliqué dans la SBC : *« Y avait l'argent donc tout le monde était devenu AC en ce moment » (Entretien avec Tamba, AC de la commune urbaine de Macenta, 1er mai 2021)*

Dès 2016 : succession de partenaires qui soutiennent un temps la SBC (OIM, RTI, IMC), mais celle-ci s'estompe car elle n'est plus autant soutenue et les primes diminuent progressivement

*« Donc au fur et à mesure, comme les gens au départ étaient habitués à l'argent depuis l'épidémie et voici que les choses ne font que baisser donc les gens lâchent » (Entretien avec le chargé SBC à la DPS de Macenta, 25 mars 2020, Macenta)*



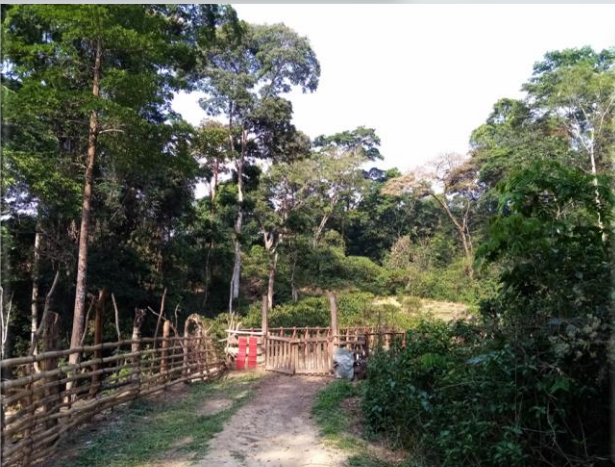
La santé et la surveillance  
communautaires vues du  
terrain aujourd'hui

# Les difficultés de la surveillance à base communautaire



- Depuis Ebola : intérêt accru pour la SBC. Mais en Guinée, elle est davantage valorisée comme outil de riposte que de préparation aux épidémies : dans les communes couvertes par la Politique de santé communautaire les RECO sont supposés la réaliser, en dehors pas de stratégie nationale unifiée

- Exemple d'un village dans la sous-préfecture de Sengbédou à Macenta (Commune de convergence) où ex





## Les difficultés de la surveillance à base communautaire

- Fonctions principales de Zaou : promotion de la santé maternelle et infantile & surveillance des événements inhabituels et Maladies à potentiel épidémique (MPE)
- Il n'a jamais suspecté de cas de MPE, mais se remémore une expérience d'alerte autour de décès suspects d'animaux qui n'a pas aboutie

*« J'ai vu deux chiens morts dans deux jours. Donc c'est pourquoi la deuxième journée j'ai voulu que le chien, le cas, soit investigué. Mais l'investigation il faudrait qu'on fasse venir un agent, comment dirais-je, qu'un vétérinaire vienne pour investiguer. J'ai passé toute la journée arrêté à côté de ce chien mort [...] J'ai appelé le chef de centre, il me dit "si tu as les moyens on carbure la moto pour l'éleveur, il va venir investiguer" »*

*(Entretien avec Zaou, 20 mars 2020)*

- Autres illustrations des limites de la SBC : mise en place tardive pour l'épidémie actuelle d'Ebola (à Macenta : aucune stratégie de SBC)

# Un système de santé communautaire toujours fragile

- Aujourd'hui la santé de la population guinéenne laisse toujours à désirer (exemples des indicateurs EDS ; inégalités d'accès aux soins)
- Exemple du village de Zaou couvert par la Politique nationale de santé communautaire : hormis les stratégies avancées (CPN & vaccination) il y a peu de changements pour la population...
  - Le rôle de Zaou dépasse ses fonctions (soins d'urgence ; achat et revente de médicaments)
  - Il n'a reçu aucun matériel (excepté les registres) et il est très rare qu'il reçoive des intrants
  - Le paquet de soins n'est pas complet et il y a des ruptures ou des intrants qui ne sont pas disponibles dans la sous-préfecture

EDS 2018 :

- ❖ 19% des enfants sont totalement vaccinés, 22% n'ont aucun vaccin
- ❖ 30% des enfants souffrent de malnutrition chronique, 13% de malnutrition sévère
- ❖ Couverture vaccinale de 81% en zone urbaine, 21% en zone rurale



... Et peu d'effets positifs pour Zaou : Précarité ; tensions avec la commune & le centre de santé



# Un système de santé communautaire toujours fragile

- Le poste de santé le plus proche du village rencontre aussi des difficultés : les effets de la Politique de santé communautaire ne sont pas vraiment palpables



- Zaou démissionne en août 2020 (comme d'autres RECOs)

# Un système de santé communautaire toujours fragile

- La Politique de Santé communautaire reprend celle des SSP. Et les problèmes rencontrés aujourd'hui sont donc semblables à ceux d'hier
  - Problèmes de gouvernance et de coordination (fragmentation ; conflits de leadership notamment autour de la SBC ; l'Etat ne tient pas encore ses engagements concernant le paiement des RECOs et il y a une dépendance aux financements extérieurs)
  - Difficultés dans la gestion interne des structures et institutions sanitaires (les centres de santé ne parviennent pas tous à recouvrir leurs coûts ; ruptures de stock et difficultés d'approvisionnement ; absentéisme du personnel)
  - Problèmes structurels handicapants (faible couverture en eau et électricité ; routes dégradées ; faible budget sanitaire national ; faiblesse du salaire des agents publics et acteurs communautaires qui ne les fidélise pas)
- Dans les zones non couvertes par la Politique de Santé communautaire les constats ne sont pas plus encourageants : Agents communautaires du quartier Bowa à Macenta
- La précarité des acteurs communautaire est toujours importante, que ce soit dans les zones couvertes ou non

*« Malheureusement ils n'ont pas écrit, ils n'ont pas publié, et donc ça s'est estompé dans la mémoire et maintenant les gens ils prennent les soins de santé primaire et comme y a pas d'écrit ils considèrent que ce sont eux qui ont inventé »  
(Entretien avec une Professeure de médecine, 5 mars 2020, Conakry)*

# CONCLUSION

- L'histoire se répète sans qu'on n'en tire nécessairement des conclusions
- L'actuelle politique nationale de santé communautaire repose sur un système et un fonctionnement bancal, qui reproduit les problèmes attribués aux soins de santé primaires et aux programmes verticaux
- Elle est également confrontée à des problèmes structurels qui entravent encore aujourd'hui la plupart des activités en Guinée
- La pérennité annoncée est bancale car dans sa forme actuelle elle ne valorise et ne motive pas les acteurs communautaires





# MERCI !



# Références bibliographiques

- CAMARA M., CAMARA A., CAMARA N., 2015, « The healthcare system in Africa: the case of guinea », *International Journal of Community Medicine and Public Health*, p. 685-689.
- COMOLET T., 2000, « La santé en Guinée : un modèle de système de soins de santé primaires à revisiter », *Médecine tropicale*, 60, p. 25-28.
- DAVID P.-M., DEVEDEC N.L., 2019, « Preparedness for the next epidemic: health and political issues of an emerging paradigm », *Critical Public Health*, 29, 3, p. 363-369.
- DOUMBOUYA M.L., 2008, « Accessibilité des services de santé en Afrique de l'Ouest: le cas de la Guinée [Working paper] », p. 20.
- GOMEZ-TEMESIO V., MARCIS F.L., 2021, « Governing Lives in the Times of Global Health », dans *The SAGE Handbook of Cultural Anthropology*, 1 Oliver's Yard, 55 City Road London EC1Y 1SP, SAGE Publications Ltd, p. 554-578.
- HALL J.J., TAYLOR R., 2003, « Health for all beyond 2000: the demise of the Alma-Ata Declaration and primary health care in developing countries », *Medical Journal of Australia*, 178, 1, p. 17-20.
- INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE, MINISTERE DU PLAN ET DU DEVELOPPEMENT ECONOMIQUE, 2019, « Enquête démographique et de santé 2018 ».
- KNIPPENBERG R., ALIHONOU E., SOUCAT A., OYEGBITE K., CALIVIS M., HOPWOOD I., NIIMI R., DIALLO M.P., CONDE M., OFOSU-AMAAH S., 1997, « Implementation of the Bamako Initiative: strategies in Benin and Guinea », *The International Journal of Health Planning and Management*, 12, S1, p. S29-S47.
- LACHENAL G., 2014, « Chronique d'un film catastrophe bien préparé », *Libération.fr*, 18 septembre 2014.
- LE MARCIS F., ENRIA L., ABRAMOWITZ S., SAEZ A.-M., FAYE S.L.B., 2019, « Three Acts of Resistance during the 2014–16 West Africa Ebola Epidemic: A Focus on Community Engagement », *Journal of Humanitarian Affairs*, 1, 2, p. 23-31.
- LEVY-BRUHL D., SOUCAT A., DIALLO S., LAMARQUE J.-P., NDIAYE J.-M., DRAME K., OSSENI R., DIENG B., GBEDONOU P., CISSE M., YAROU M., KNIPPENBERG R., 1994, « Intégration du PEV aux soins de santé primaires : l'exemple du Bénin et de la Guinée », *Cahiers d'études et de recherches francophones / Santé*, 4, 3, p. 205-212.
- LEVY-BRUHL D., SOUCAT A., OSSENI R., NDIAYE J.-M., DIENG B., BETHUNE X. DE, DIALLO A.T., CONDE M., CISSE M., MOUSSA Y., DRAME K., KNIPPENBERG R., 1997, « The Bamako Initiative in Benin and Guinea: improving the effectiveness of primary health care », *The International Journal of Health Planning and Management*, 12, S1, p. S49-S79.
- NICTER M., 2018, « Global Health », *The International Encyclopedia of Anthropology*.
- SOUCAT A., GANDAHO T., LEVY-BRUHL D., BETHUNE X. DE, ALIHONOU E., ORTIZ C., GBEDONOU P., ADOVOHEKPE P., CAMARA O., NDIAYE J.-M., DIENG B., KNIPPENBERG R., 1997, « Health seeking behaviour and household health expenditures in Benin and Guinea: the equity implications of the Bamako Initiative », *The International Journal of Health Planning and Management*, 12, S1, p. S137-S163.
- SOUCAT A., LEVY-BRUHL D., BETHUNE X. DE, GBEDONOU P., LAMARQUE J.-P., BANGOURA O., CAMARA O., GANDAHO T., ORTIZ C., KADDAR M., KNIPPENBERG R., 1997, « Affordability, cost-effectiveness and efficiency of primary health care: the Bamako Initiative experience in Benin and Guinea », *The International Journal of Health Planning and Management*, 12, S1, p. S81-S108.
- SOUCAT A., LEVY-BRUHL D., GBEDONOU P., DRAME K., LAMARQUE J.-P., DIALLO S., OSSENI R., ADOVOHEKPE P., ORTIZ C., DEBEUNGY C., KNIPPENBERG R., 1997, « Local cost sharing in Bamako Initiative systems in Benin and Guinea: assuring the financial viability of primary health care », *The International Journal of Health Planning and Management*, 12, S1, p. S109-S135.
- THE LANCET, 2008, « A renaissance in primary health care », *The Lancet*, 372, 9642, p. 863.