

#### **MINISTERE DE LA SANTE**



# Projet d'appui à la Santé de la Reproduction et de la Famille



# ETUDE SUR LA PERCEPTION DE LA COMMUNAUTE SUR LA QUALITE DES PRESTATIONS DE SOINS DANS LES FORMATIONS SANITAIRES EN GUINEE

# **RAPPORT FINAL**



Equipe des enquêteurs

#### **Auteurs**

Julien Gavelle, consultant anthropologue-politologue Dr. Mohamed Lamine Yansané, médecin de santé publique Thierno Amadou Sow, sociologue

**JUIN 2018** 

## Table des matières

Table	e des matières	2
Liste	des Tableaux, Graphiques et Carte	3
Equip	pe des enquêteurs	3
	des Abréviations/Acronymes	4
Résu	mé exécutif	5
I.	Contexte et Justification	8
II.	Objectifs de l'Etude	10
2.1	Objectif général	10
2.2	Objectifs spécifiques	10
III.	Résultats attendus	10
IV.	Méthodologie	11
4.1	Cadre de l'Etude	11
4.2	Cibles de l'Etude	11
4.3	Type de l'Etude	12
4.4	Echantillonnage	12
4.5	Techniques et outils de collecte	12
4.6	Méthodes d'analyse des données	13
4.7	Considération éthique de l'étude	13
4.8	Dispositions organisationnelles de l'Etude	13
V.	Présentation des Résultats	16
5.1	Données démographiques	16
5.2	Perception et pratiques autour de l'Offre de soins	19
5.3	Perception des usagers sur les Tradipraticiens	26
5.4	Collaboration et système de renvoie Tradipraticiens/Prestataires de soins formels	27
5.5	Relations interpersonnelles (prestataire-usager)	27
5.6	Points de vue des usagers sur l'amélioration des prestations de soins	28
VI.	Recommandations	30
VII.	Conclusion	32

# Liste des Tableaux, Graphiques et Carte

Tableau N° 1 Pourcentage d'accouchement assisté par un personnel qualifié					
Tableau N° 2 Structures/unités d'entretien	11				
Tableau N° 3 Synthèse des focus group hommes et femmes	28				
Graphique N° 1 Distribution des usagers entretenus selon le milieu de résidence	16				
Graphique N° 2 Répartition des usagers selon le niveau d'instruction	18				
Graphique N° 3 Répartition des usagers selon le sexe	18				
Graphique N° 4 Itinéraires thérapeutiques des usagers : premier recours	19				
Graphique N° 5 CPN4, CPoN et accouchements assistés dans quatre centres de santé de					
Mamou mars à mai 2017	22				
Graphique N° 6 Évolution du ratio habitants/formations sanitaires de districts	25				
Carte N° 1 Régions administratives couvertes par l'Etude	17				
Carte N° 2 Sites de collecte des données sur le terrain	17				

## Equipe des enquêteurs

Maîmouna Baldé Abdourahamane Barry Aly Camara Mamadou Saliou Diallo Ousmane Dieng Cathérine Dramou Cathérine Mara Adama Seck

#### Liste des Abréviations/Acronymes

ACS Animateur Communautaire de Santé

CMC Centre Médical

COC Chargé de l'Organisation des Collectivités

CPN Consultation Pré-Natale
CPoN Consultation Post-Natale

CR Commune Rurale
CS Centre de Santé
CU Commune Urbaine

DPS Direction Préfectorale de la Sante

EDS MICS Enquête Démographique et de Santé et Multiples Indicateurs

FOSA Formation de Santé

GIZ Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit – Société pour la Coopération

Internationale
HF Health Focus
HP Hôpital Préfectoral
HR Hôpital Régional

KfW Kreditanstalt für Wiederaufbau – Société de Crédit pour la Reconstruction

MOSO Mobilisation Sociale
MSF Médecins Sans Frontières

OMS Organisation Mondiale pour la Santé
ONG Organisation Non Gouvernementale
PEV Programme Elargi de Vaccination
PTF Partenaires Techniques et Financiers

PTME Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant

SG Secrétaire Général

SSP Soins de Santé Primaires

VIH Virus de l'Immunodéficience Humain

Démarrée en août 2017, l'étude sur la perception communautaire de la qualité des prestations de soins dans les formations sanitaires en Guinée, a été portée par deux Consultants (un spécialiste d'anthropologie médicale et un médecin de santé publique).

Cette étude vise à disposer des informations sur la qualité des services de soins dans les formations sanitaires. Elle permet de mieux cerner les problèmes de santé des populations afin de contribuer à l'amélioration des services de soins. L'étude répond donc à une double préoccupation en ce sens qu'elle permet de mettre à disposition des informations sur la qualité des prestations de soins dans les formations sanitaires, mais aussi d'analyser les facteurs qui influencent le choix porté par les usagers vis-à-vis de tel ou tel recours thérapeutique.

En termes de démarche, la méthodologie utilisée a été basée sur la revue documentaire et la collecte des informations sur le terrain. L'enquête a été faite auprès d'un échantillonnage aléatoire de 395 personnes entretenues individuellement et collectivement. La répartition a été proportionnelle avec 112 usagers de services de soins, 18 agents prestataires de services de soins, 24 tradipraticiens et vendeurs de médicaments de rue et 241 femmes et hommes entretenus séparément en focus group dans quatre régions administratives représentant 3 groupes culturels du pays.

La saisie et le traitement des données ont été effectués à partir des transcriptions issues des différents enregistrements sonores et les synthèses des focus groups.

#### Les principaux résultats obtenus sont :

A la suite des entretiens avec les personnes interrogées, il a été constaté que le premier recours vers lequel les usagers des services de soins cherchent de traitement est l'automédication assistée ou orientée soit par un parent/ami, soit par un vendeur de médicament de rue. Ensuite viennent par ordre les formations sanitaires que certains participants citent d'ailleurs, comme recours de premier ordre et en fin les tradipraticiens. D'après les personnes entretenues, il existe trois types de tradipraticiens que sont : les Guérisseurs traditionnels, les Féticheurs et les Charlatans/Marabouts : L'autre recours non moins important qui fut cité est la médecine de rue. Elle offre des services approximatifs : vente illicite de médicaments sur la base d'une description approximative du mal expliqué par le bénéficiaire de soins.

L'étude a permis d'identifier plusieurs facteurs qui influencent les premiers pas des usagers dans la recherche des médicaments : il s'agit de l'accessibilité généralement perçue non pas en termes de proximité aux lieux de résidence des usagers mais plutôt en termes relationnels (communication interpersonnelle entre prestataires de soins et usagers des services). Du fait que la communication clinique est faible dans le traitement des patients malades au sein des formations sanitaires visitées, la perception des populations est largement fondée sur cet aspect pour indiquer que certaines structures de santé sont souvent inaccessibles.

S'agissant du coût du traitement, il est jugé élevé au regard du revenu des populations en majorité pauvre et sans-emplois fixe. Malgré l'apport des mutuelles de santé par endroit, le soulagement des populations face au coût des prestations est toujours petit à cause de la faible capacité contributive de ces entités généralement très difficile à mobiliser.

S'agissant de l'offre de service, les usagers entretenus ont révélé que les malades qui se rendent dans les structures de santé sont souvent perçus comme des clients plutôt que des patients d'où l'usage du terme « clientélisme médical » qui signifie dans leur entendement « une monétarisation des relations prestataires/malades; alors que le patient est cette personne malade qui cherche à se faire soigner avec ou sans moyens financiers ». Dans l'appréciation de la qualité des soins le rançonnement et la surfacturation ont été les éléments les plus cités par les personnes interrogées. Il a été d'ailleurs indiqué que la quasi-totalité des prestataires de soins orientent leur client dans des pharmacies où on leur réserve des ristournes en fonction du nombre de personnes référées par mois. Cette orientation ne

tient pas compte de la qualité des produits qu'y trouvent mais plutôt de l'intérêt singulier qui s'y rattache. Aussi, dans certaines formations sanitaires publiques et privées, il a été évoqué que des médecins procèdent à des interventions chirurgicales invasives et potentiellement dangereuses qui ne sont pas absolument nécessaires ou urgentes mais qui offrent une marge économique non négligeable à la structure de santé.

Une autre considération qui influence souvent la perception de la communauté face aux tradipraticiens est le fait que certaines maladies dont les causes sont adressées à des considérations mythiques et religieuses que la médecine moderne renvoie dans beaucoup des cas avec l'argument que les examens biologiques et cliniques n'ont rien décelés, conforte les tradipraticiens car ces patients retournent le plus souvent chez eux pour se faire soigner.

En ce qui concerne la disponibilité de personnel compétent, seulement 24% des usagers entretenus affirment être satisfaits. L'on comprend en partie pourquoi l'acceptation des services est également faible, avec seulement 37% des réponses positives fournies. Quant aux autres éléments de la qualité, les scores se situent autour de 50%; ce qui est fortement en deçà des besoins des usagers quant à l'offre de services de santé de qualité. Aussi, certains stagiaires sont parfois amenés à prodiguer des soins avec des effets nocifs et une baisse de confiance des patients qui renforce leur sensation d'être négligé.

La qualité des prestations offertes dans les structures sanitaires principalement sur les aspects de premiers abords à savoir « l'accueil et le temps d'attente » croisé au « motif de visite », ont été les points de critiques d'ensemble des usagers entretenus. Le délai d'attente a été jugé long pour environ 2/3 des usagers interrogés quel que soit le service de prise en charge sollicité. L'attente est jugée comme beaucoup trop longue. Ce sentiment semble renforcer l'absence d'organisation explicite de l'ordre de prise en charge des patients. L'interprétation récurrente est que les patients les plus vulnérables économiquement sont ceux qui sont les plus délaissés. On retrouve par extension l'idée également d'un « clientélisme de classe » : les personnes qui sont proportionnellement plus aisées sont prises en charge rapidement. Ceci est particulièrement saillant dans les propos des usagers des hôpitaux. En d'autres termes, les patients ont le sentiment d'être dans une compétition de classe à l'intérieur de l'enceinte médicale. Cela les mets dans une position d'inquiétude et leur donne le sentiment de ne pas être traité sur un plan d'égalité. Cela semble influencer également la perception de la consultation elle-même qui peut être jugée comme potentiellement suspecte, inefficace et illégal.

S'agissant de la confidentialité, 79 usagers sur les 112 entretenus soient 70,53% ont indiqué que certains prestataires sont indiscrets et sont à la base des multiples divulgations dans les villages et quartiers des statuts sérologiques des PVVIH, malades de tuberculose et jeunes filles en état de grossesse non désirée. Dans certains endroits, des femmes entretenues en focus group ont affirmé que les consultations pré- et post-natals se font en présence des étudiants stagiaires qui sont dans beaucoup de cas indiscrets et dévoilent tout ce qu'ils constatent pendant les examens. Le fait qu'il n'existe pas de salle d'attente avec des sièges pour accompagnants dans certaines formations sanitaires ne facilite pas la confidentialité des visites cliniques, les malades sont directement reçus, soit au bureau du médecin, soit dans la salle d'accouchement en présence d'autres personnes.

Parlant de l'accouchement, il a été indiqué que l'utilisation des formations sanitaires publiques est faible par manque de bonne hygiène des locaux, l'absence d'eau et l'obscurité des salles d'accouchement. 96 usagers sur les 112 entretenus soient 85,71% affirment que les salles d'accouchement sont désertes la nuit par faute de lumière et de source d'approvisionnement en eau. Les tables d'accouchement sont vétustes et le personnel manque de motivation car l'accouchement est déclaré gratuit dans les structures publiques. 89 usagers entretenus sur les 112 soient 79,46% préfèrent accoucher dans les cabinets de soins privés quel que soit le coût car les lieux sont propres et éclairés et les prestataires sont attentifs.

A la suite des informations recueillies pendant la collecte des données, des recommandations ont été formulées à plusieurs niveaux et se présentent ainsi qu'il suit :

- 1. Mettre en place un programme de formation sur la communication interpersonnelle soignant/patient avec un apprentissage de la didactique de la clinique ;
- 2. Promouvoir une restructuration de l'accueil et de la prise en charge des patients (orientation, organisation des files d'attente, annonce du temps d'attente minimale)
- 3. Créer des mécanismes structurels en vue de lutter contre les passe -droit arbitraires) ;
- 4. Mettre en place un système d'encadrement plus resserré des stagiaires et des auxiliaires de santé peu expérimentés ;
- 5. Lutter contre les mauvaises pratiques (absentéisme, interventionnisme avec visées économiques ;
- 6. Mettre en place un système d'éclairage dans les salles d'accouchements obscures ;
- 7. Approvisionner les structures sanitaires en sources d'approvisionnement d'eau ;
- 8. Réglementer les doubles activités dans le domaine public et privé par un meilleur encadrement ;
- 9. Renforcer les mécanismes de renvoi avec une collaboration formelle avec les tradipraticiens ;
- 10. Evaluer et capitaliser l'étendue des pratiques des tradipraticiens qui reste simultanément un capital culturel ;
- 11. Approvisionner les structures sanitaires en source de lumière (solaire) pour fidéliser un service minimum de nuit dans les structures sanitaires de proximité (rurales et péri-urbain).

En 1988, la Guinée a lancé la Stratégie nationale des Soins de Santé Primaires (SSP) basée sur les principes de l'Initiative de Bamako à travers le programme élargi de vaccination (PEV), les soins de santé primaires et les médicaments essentiels. Pour assurer la pérennité les centres de santé ont été autorisés à percevoir les recettes sous l'autorité de comités de gestion dont les membres, élus par la collectivité, sont chargés d'animer et de stimuler la participation communautaire. La nouvelle Politique Hospitalière basée sur les mêmes principes que ceux appliqués dans le programme des SSP a été lance en 1990.

En novembre 1991, le gouvernement, faisant le bilan des actions entreprises depuis 1984, a promulgué une nouvelle déclaration de Politique Sanitaire. Les stratégies envisagées consistent à intégrer harmonieusement les soins curatifs, préventifs et promotionnels, à promouvoir la sante individuelle, familiale et communautaire et à faire participer les bénéficiaires à la conception, à l'exécution et à l'évaluation des actions de santé.

Depuis deux décennies les pays en voie de développement, notamment ceux de la région africaine et particulièrement la Guinée Conakry, ont déployé des efforts pour :

- Augmenter la couverture sanitaire par la construction et l'équipement de formations sanitaires aux différents niveaux et échelons de la pyramide sanitaire.
- Former un grand nombre d'agents de la santé (médecins, chirurgiens, pharmaciens, infirmiers, sages-femmes etc.).
- Réformer le système de santé dans le sens d'une plus grande décentralisation, d'une disponibilité en médicaments essentiels génériques et d'une participation (en particulier financière) des populations afin de résoudre les problèmes d'inefficacité de leur système de santé.

Cependant, ces efforts n'ont pas été suivis de vaste évaluation de la qualité des services ou de l'impact des ressources sur la santé et le bien-être des populations bien qu'il soit reconnu qu'une attention portée à la qualité aide à améliorer l'état de santé et contribue aussi à éviter le gaspillage des ressources.

Les comportements en cas de maladies sont fortement associés à l'image de qualité que projettent les dispensateurs de soins. La faible utilisation des formations sanitaires publiques est pour une large part attribuable à une qualité des services déficiente. On peut apprécier la qualité des soins sous deux angles : la qualité technique qui renvoie essentiellement aux compétences et aux pratiques professionnelles et la qualité perçue : satisfaction du patient par rapport à l'accessibilité, à la réactivité, à la globalité, à la continuité, et à l'efficacité des soins.

« L'utilisation des services de santé de premier niveau en Afrique reste très faible malgré les efforts importants qui ont été consacrés depuis plus d'une décennie pour renforcer l'offre des soins.

Il est à noter, qu'avec l'apparition d'Ebola en Guinée, le système sanitaire a connu une forte dégradation, qui s'est traduit par l'aggravation de la situation de la santé maternelle en général, et l'offre des services de santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes en particulier »<sup>1</sup>.

La peur et les rumeurs ont entrainé une baisse du taux d'utilisation des services de santé, car avec Ebola, la fréquentation des structures de santé avait sensiblement diminué.

\_

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Etude sur les leçons apprises du Projet Ebola 2 MS/PSI-Guinée avril-2016

Les chiffres sur les accouchements assistés montrent également une diminution dans les régions affectées par l'épidémie d'Ebola entre 2014 et 2015, qui n'ont pas encore été compensé en 2016 dans l'ensemble des régions concernées. Des constats pareils ont été faits par rapport à autres types de soins comme les vaccinations, la prise en charge de la diarrhée, des infections respiratoires aigües et la prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME) du VIH. Cependant, il est important de ne pas attribuer l'utilisation faible des services uniquement à l'avènement de l'épidémie d'Ebola car même avant cette période l'utilisation des services était faible.

Ce tableau ci-dessous sur le pourcentage d'accouchements assistés par un personnel qualifié par rapport aux accouchements attendus dans les régions d'intervention du projet est très illustratif.

Tableau 1 : Pourcentage d'accouchements assistés par un personnel qualifié par rapport aux accouchements attendus dans les régions d'intervention du projet (chiffres du SNIS obtenus par la GIZ) :

Régions	Référen base	ce de	201				2016	
	Valeur	Année	Cible	Résultat obtenu	% de réalisation	Cible	Résultat obtenu	% de réalisation
Faranah	49%	2014	43.683	17.774	41%	45.094	20.542	46%
Labé	53%	2014	46.138	21.949	48%	47.628	21.316	45%
Mamou	34%	2014	33.923	11.446	34%	35.020	12.602	36%
Kindia	38%	2014	72.407	23.440	32%	74.581	28.100	38%

Ce tableau 1 montre que la progression des accouchements assistés par un personnel qualifié est très faiblement constatée. Le pourcentage a accrue à Mamou de 2% contre une régression de 3% à Faranah et 2% à Labé avec une cible différente en nombre.

Malgré l'extension de la couverture sanitaire dans le pays qui compte actuellement près de 516 postes de santé fonctionnels, 391 centres de santé et centres de santé améliorés, 32 hôpitaux préfectoraux, 7 hôpitaux régionaux et 2 hôpitaux nationaux², l'effort de qualité constitue un élément important dans le système d'offre de service.

Dans ce contexte il faut prendre en compte que les potentiels patients des hôpitaux, des centres et des postes de santé ont le choix entre deux paradigmes différents de santé et de maladie. On ne peut pas dire que ceux et celles qui n'utilisent pas les services offerts par les structures médicales qui fonctionnent sur la base du paradigme « occidental » ou « scientifique » de la santé et de la maladie n'ont pas accès à des soins de santé. Ils font plutôt un choix et se dirigent souvent aux protagonistes de ce qu'on appelle la « médecine traditionnelle » (terme pas adéquat, parce qu'il insinue une dichotomie traditionnelle-moderne. Cependant aussi la « médecine occidental » a ses traditions et la dite « traditionnelle » est au moins partiellement « moderne » dans le sens qu'elle est cherchée et a des effets dans l'actualité – il paraît donc plus adéquat d'utiliser le terme « médecine autochtone »), un domaine du travail de santé qui est d'ailleurs reconnu par le ministère de la santé de la République de Guinée.

C'est dans cette situation de fait que le consortium ECO Consult/Health Focus, mandaté par la GIZ à exécuter une composante du projet d'appui à la santé de la reproduction et de la famille sous la tutelle

\_

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> DNFHS 2003

du Ministère de la Santé, a commandité cette présente étude sur la perception de la communauté sur la qualité des prestations de soins dans les formations sanitaires. Elle met en relief la qualité des relations entre les patients et les professionnels de santé afin de mieux saisir les logiques spécifiques d'utilisation de ces services de santé ou de la défiance à leur égard.

Des **hypothèses de base** ont été formulées et se rapportent à une perception plus ou moins négative et variée par niveau de la chaine de prise en charge des malades :

Dans les communautés de la zone d'intervention du projet d'appui à la santé de reproduction et de la famille, la perception de la prestation des soins dans les formations sanitaires est majoritairement caractérisée par les éléments suivants :

- Faible qualité des prestations,
- vétusté des équipements,
- incompétence de certains prestataires,
- manque de confidentialité et
- mauvais accueil des usagers dans les structures de soins.

#### II. Objectifs de l'Etude

Les objectifs de cette étude ont porté sur :

#### 2.1 Objectif général

Evaluer le niveau de qualité des soins de santé dans la zone d'intervention (régions de Faranah, Kindia, Labé et Mamou) tel que perçu par les usagers ou potentiels usagers, analyser les motifs de leur appréciation et leur choix en cas de maladie et proposer des mesures pour améliorer l'offre des soins de santé.

#### 2.2 Objectifs spécifiques

- Décrire l'utilisation des services de santé offerts prenant en compte les paradigmes différents de santé et maladie et « l'itinéraire thérapeutique » – par les populations de la zone d'intervention ;
- Décrire le niveau de qualification et d'engagement responsable des prestataires de soins tel que perçu par la population en rapport avec l'histoire médicale régionale
- Décrire le plateau technique existant et son adéquation avec le niveau de prestation offert,
- Evaluer la perception de la population par rapport à l'accessibilité des soins perçus au niveau géographique, économique, temporel, organisationnel et socioculturel,
- Evaluer la satisfaction de la population par rapport à la qualité des soins reçus notamment au niveau de leur globalité, de leur continuité et de leur réactivité.
- Faire une proposition pour des mesures à prendre pour une amélioration des soins de santé.

En dépit des efforts consentis, les actions de soutien n'ont pas été évaluée sur le plan de la qualité des services ou de l'impact des ressources sur la santé et le bien-être des populations bien qu'il soit reconnu et admis, que la qualité des prestations aide à améliorer l'état de santé en contribuant sans doute à éviter le gaspillage des ressources matérielles et financières.

#### III. Résultats attendus

✓ La perception des groupes de la communauté sur la qualité des prestations de soins dans les formations sanitaire est connue :

- ✓ Une analyse qualitative des principaux axes de perception et de pratique de santé locale ou « autochtone », référant à des usages traditionnels tout à la fois dans des dynamiques étiologiques et thérapeutiques est effectuée.
- ✓ Les recommandations programmatiques pour la qualification des prestations des soins sont documentées et mis à la disposition des décideurs

#### IV. Méthodologie

La méthodologie utilisée est basée sur des approches quantitatives et qualitatives à travers des guides d'entretien individuel et de groupe. Les informateurs ont été choisis et classés en fonction de variables pertinentes comme l'âge, le sexe, les stratégies et itinéraires médicaux, la localité et d'autres caractéristiques pour permettre de distinguer des différences entre groupes. Les entrevues ont été enregistrées à l'aide de téléphone disposant de dictaphones intégrées puis transcrites sous format conventionnel et codifié de manière à respecter la confidentialité des participants.

Pour comprendre les logiques de choix de soins au travers les paradigmes de santé existant, les interviews avec les communautés ont été réalisées en marge des salles d'attente des consultations.

L'Enquête Quantitative a concerné un échantillon représentatif des chefs de ménage. Les discussions en focus group ont été adressées aux femmes et aux hommes séparément dans des micros groupes de 12 personnes au plus

#### 4.1 Cadre de l'Etude

La présente étude a été réalisée dans quatre régions administratives et deux préfectures avec un couplage de zone urbaine et rurale, de quartier urbain et péri-urbain. Ce cadre géographique a été stratifié pour permettre un regard orienté sur les aspects socio-culturels qui caractérisent les régions naturelles du pays. Cette considération étiologique fait que le cadre de l'étude est circonscrit à trois régions culturelles (Basse, Moyenne et Haute Guinée).

Tableau 2 : Synoptique des structures/unités d'entretien.

Région Ad.	Structures	Services	Localité
Kindia	Hôpital Régional	Pédiatrie	Quartiers urbains
		Maternité	Quartiers péri-urbains
		Urgences	
	Centre de Santé urbain	PEV	Districts
	Centre de Santé Rural/Poste de Santé	CPN/Accouchement	Districts
Faranah	Hôpital Régional	Pédiatrie	Quartiers urbains
		Maternité	Quartiers péri-urbains
		Urgences	
	Centre de Santé urbain	PEV	Districts
	Centre de Santé Rural/Poste de Santé	CPN/ Accouchement	Districts
Mamou	Hôpital Régional	Pédiatrie	Quartiers urbains
		Maternité	Quartiers péri-urbains
		Urgences	
	Centre de Santé urbain	PEV	Districts
	Centre de Santé Rural/Poste de Santé	CPN/ Accouchement	Districts
Labé	Hôpital Régional	Pédiatrie	Quartiers urbains
			Quartiers péri-urbains

#### 4.2 Cibles de l'Etude

Les différentes cibles de l'étude ont été :

✓ Les usagers et patients des services de santé des centres hospitaliers, des services médicaux privées, des services de santé offerts par les tradipraticiens ou les vendeurs de médicaments de rue,

- ✓ Les vendeurs de médicaments de rue (apothicaires) ;
- ✓ Les praticiens de médecine autochtone ou traditionnelle ;
- ✓ Les membres des Comités de Santé et Hygiène (COSAH) ainsi que les agents communautaires ;
- ✓ Les responsables des mairies ;
- ✓ Le personnel de santé (médecins, sage femmes, infirmiers, aides de santé, agents techniques de santé);

#### 4.3 Type de l'Etude

Il s'agit d'une étude qualitative, descriptive et analytique qui a concerné les prestataires et usagers des services de soins conformément aux objectifs déclinés dans les termes de référence, l'Etude a été réalisée selon une analyse de contenu qui a cherché à déterminer la perception des groupes de la communauté sur la qualité des prestations de soins.

#### 4.4 Echantillonnage

Les quatre régions administratives comprenant 03 strates socio-culturelles (Kindia, Mamou/Labé et Faranah) ont représenté le premier degré d'échantillonnage. Le second degré a concerné les zones rurales et urbaines, les quartiers urbains et péri-urbains d'où sont tirés au hasard les hommes et les femmes usagers des services de soins à interviewer. Au total 12 localités ont été visitées. 112 usagers de services de soins, 18 agents prestataires de services publics de soins et 24 tradipraticiens et vendeurs de médicaments de rue ont été interrogés avec un guide d'entretien individuel. En plus de ces entretiens individuels, des focus groupes regroupant les cibles hommes et femmes séparément soient 2 focus de 10 personnes en moyenne et par site ont été également organisés. Le nombre total des personnes entretenues avec les différents outils de collecte est de 395.

#### 4.5 Techniques et outils de collecte

Pour tenir compte de la répartition des cibles entre les localités, le quota de personnes sélectionnées dans chaque localité à enquêter a été fixé de manière raisonnée. Dans chaque grappe (localité), le point de départ de la collecte des données a été le domicile du chef du quartier/district. Pour cela, l'enquêteur a tourné une bouteille sur le sol et les premières cibles (usagers des services de soins, tradipraticiens et vendeurs de médicaments de rue) à enquêter ont été ceux situés dans le sens indiqué par la tête de la bouteille. Le premier usager rencontré était le premier choisi. Si au bout de cette direction le nombre de personnes à choisir dans la localité n'était pas obtenu, on prenait le sens inverse à partir de chez le chef du quartier, si nécessaire, on est allé vers le nord, le sud, l'est, l'ouest respectivement jusqu'à obtenir le nombre total. Les unités statistiques ont été sélectionnées dans les ménages, à raison d'un répondant par ménage. Pour éviter de collecter les informations sur un même carré, un pas de sondage égal à 5 a été observé.

Les données recueillies sur le terrain à l'aide du Guide d'entretien individuel ont été enregistrées puis acheminées progressivement vers Conakry. La collecte a été réalisée grâce à la constitution de deux équipes de 4 personnes chacune. Ces différentes équipes ont parcouru ensemble la zone échantillonnée. L'administration du questionnaire a été organisée de manière à faciliter la rotation des enquêteurs selon leur langue nationale parlée. Chaque enquêteur a pu réaliser des enregistrements avec le personnel médical, les tradipraticiens et les vendeurs de médicaments de rue. Pour ce qui est des focus groupes, ils ont été réalisés en équipe de deux personnes (un animateur et un observateur). Le premier a conduit l'entretien en veillant au partage de la parole entre les participants et l'autre a pris note tout en orientant l'animateur sur la gestion du temps et l'articulation des sous questions de précision et de détails. Les focus groupes ont été organisés en direction des femmes et des hommes chefs de ménage séparément. Une moyenne de 10 participants par séance a été enregistrée pendant cet exercice.

#### 4.6 Méthodes d'analyse des données

Les données quantitatives ont été analysées à travers le tableur Excel afin de générer des tableaux, des graphiques et des indicateurs numériques. Les données qualitatives ont été soumises à une analyse de motif placée dans une matrice Excel afin de présenter de manière systématique l'éventail des thèmes récurrents. D'autres cadres théoriques ont été appliqués afin d'apporter une analyse plus profonde des informations générées lors des focus groupes dans le cas où émergeraient des redondances. Les résultats des discussions en focus group ont été présentés à travers des paragraphes de manière à résumer ou illustrer les principaux résultats.

#### 4.7 Considération éthique de l'étude

Les protocoles et les outils ont été soumis au Comité Ethique en Santé qui, après examen et étude a donné son avis pour la conduite de l'étude en délivrant un Quitus. Ainsi, les mesures appropriées ont été prises pour que la participation des différents groupes à l'enquête soit strictement volontaire et que la dignité et la liberté des personnes entretenues soient également respectées. Un accent particulier a été mis sur l'importance du consentement éclairé. Pour cela, chaque équipe a présenté l'importance de l'étude dans l'amélioration des conditions de santé des populations en précisant les raisons du choix de la cible et les avantages qui y sont liés. Le libre choix a été accordé à chaque cible de refuser ou d'accepter de répondre aux questions posées d'où l'avis/consentement de l'enquêté avant le démarrage de l'entretien.

De la même manière, les principes de confidentialité et d'anonymat ont été strictement observés car les outils de collecte des données ont été anonymes et n'ont pas renseignés les noms des personnes entretenues. Enfin, une fiche de consentement éclairé a été présentée aux cibles pour leur avis avant toute interview sur les objectifs de l'étude.

#### 4.8 Dispositions organisationnelles de l'Etude

Conformément au calendrier de l'étude, les dispositions suivantes ont été prises et se présentent ainsi qu'il suit :

#### 4.8.1 Phase préparatoire de l'étude :

Elle a concerné la réunion technique préparatoire entre l'équipe Health Focus et le consultant international pour échanger sur des questions d'orientations (les travaux préliminaires, la cartographie de la zone de l'enquête, la soumission du protocole et des outils de l'étude au Comité Ethique du Ministère de la Santé).

#### 4.8.2 Formation des enquêteurs :

Une équipe de 8 enquêteurs et 1 superviseur a été constituée et les membres ont été formés sur la méthodologie globale de l'étude : les variables de l'enquête, la technique d'administration du questionnaire, la délimitation de la zone de l'étude, la traduction des termes consacrés et des expressions pertinentes en langues locales, la constitution des équipes de terrain pour la collecte des données et le partage des rôles pour l'organisation des focus group. Afin de garantir une meilleure compréhension des outils de collecte des données, les enquêteurs ont été impliqués dans la finalisation de leur élaboration. Cette approche a été bénéfique parce qu'ayant favorisé une facile compréhension des enquêteurs sur les objectifs, les variables, les techniques d'administration des outils de collecte ainsi que sur le contenu du manuel de l'agent enquêteur.

#### 4.8.3 Organisation de l'enquête pilote :

Cette activité a été organisée dans le quartier Simbaya Gare Commune de Ratoma ne faisant pas partie de la zone échantillonnée pour l'enquête proprement dite. Les différents outils ont été testés avec les cibles conventionnelles. A la suite de cet exercice, les guides d'entretien individuel et de groupe ont été validés en y apportant des réaménagements sur l'ordre des questions avec la variable itinéraire thérapeutique.

#### 4.8.4 Déroulement pratique de l'Etude sur le terrain :

L'étude a été entamée par le déploiement des équipes sur le terrain. Ainsi, arrivés au niveau d'une Commune urbaine ou rurale (CU/CR), les deux équipes ont pris contact avec les premiers responsables de l'entité, à savoir le Maire/Préfet et le DPS. Ces contacts ont eu pour but de présenter les objectifs de la mission, procéder au tirage aléatoire des quartiers/secteurs de l'enquête et prendre des dispositions adéquates pour le bon déroulement de la mission (recueil des données sur le terrain). Au niveau de chaque site les enquêteurs ont procédé à la lecture du consentement éclairé avant de commencer l'enregistrement des informations. A la fin de chaque journée, le chef d'équipe s'est assuré de l'acquittement/archivage de la totalité des tâches qui lui ont été confiées (la complétude des fiches, l'exhaustivité des informations). Un contact quotidien a été établi entre chacune des équipes et le superviseur. Cette autre disposition organisationnelle a permis de coordonner les activités et de s'assurer que l'enquête se déroule de manière uniforme sur le terrain. Dans certaines localités, des adaptations nécessaires selon les cas ont été apportées soit au niveau du choix des structures, soit pour des problèmes logistiques. Au fur et à mesure que les questionnaires remplis et les fichiers audio arrivaient dans les mains du superviseur de l'étude, celui-ci les transmettait au consultant international. Le principe des quatre yeux qui a été mis en place a permis d'assurer une double lecture d'au moins 80% des enregistrements audio réalisés et archivés. Dans le cas ou des différences entre les réponses des questions et celles saisies dans le logiciel informatique sont enregistrées, une correction complète a été effectuée avec l'appui de l'enquêteur concerné.

#### 4.8.5 Qualité des données :

La fiabilité des informations a été obtenue à travers la triangulation des sources d'informations impliquant les chefs de services, les autorités locales et religieuses, les usagers représentés par les (Chefs de ménages, hommes et femmes) et certaines parties prenantes du projet. Les résultats issus des focus groupes ont permis de corriger les insuffisances des guides d'entretiens individuels.

#### 4.8.6 Transcription des données :

La saisie des données a été entamée sur le terrain à travers la transcription des enregistrements au cas par cas. Le superviseur les recevait pour en fin les transmettre au Consultant international grâce à la connexion internet. Les focus Group ont été saisis sur une matrice de synthèse élaborée au préalable afin de faciliter la compréhension par les analystes de données. A ce niveau aussi, un processus d'assurance qualité des données a été mis en place à travers une relecture d'un échantillon des transcrits et une comparaison avec les enregistrements.

#### 4.8.7 Analyse des données :

Les données quantitatives et qualitatives collectées ont été rassemblées pour une meilleure exploitation des informations issues de diverses sources. Il a été procédé de manière systématique à une triangulation des sources validées par l'observation directe faites sur les structures de soins. Les données quantitatives ont été analysées à travers les logiciels de Microsoft (Excel) et SPSS pour le calcul des indicateurs numériques clés, ce qui a permis de générer des tableaux et des graphiques. Les données qualitatives ont été retranscrites et présentées sous forme de synthèse des déclarations.

#### 4.8.8 Restitution préliminaire de l'Etude :

Après la phase de collecte des données sur le terrain, une restitution préliminaire des données a été organisée au bénéfice des commanditaires de l'étude, les cadres du ministère de la santé et des parties prenantes. Cette session d'échanges sur les tendances de l'étude a été réalisée à Kindia le 27 septembre 2017 avec la modération du Directeur National de la Santé Communautaire. Les riches échanges ont

permis de partager des informations sur la démarche méthodologique, les cibles entretenues et les résultats des premières tendances.

#### 4.8.9 Rédaction du rapport :

Les résultats issus des sources de données quantitatives et qualitatives ont été présentés dans un document intitulé rapport de l'Etude sur la perception des communautés sur la qualité des prestations de soins dans les formations sanitaires.

#### 4.8.10 Limites de l'Etude :

Limites associées aux biais inhérents du sujet traité étaient :

- L'angoisse des cibles de se créer des ennuis
- L'impression du répondant de n'être pas légitime pour répondre aux questions d'ordre communautaire ;
- L'absence de référence comparative pour bien évaluer son propre système de santé ;
- Le faible niveau des agents interviewés (chefs de centres de santé) dont près de 80% étaient des ATS et surtout leur grande mobilité à l'intérieur a grandement affecté le temps mis pour une administration correcte du questionnaire.

#### V. Présentation des Résultats

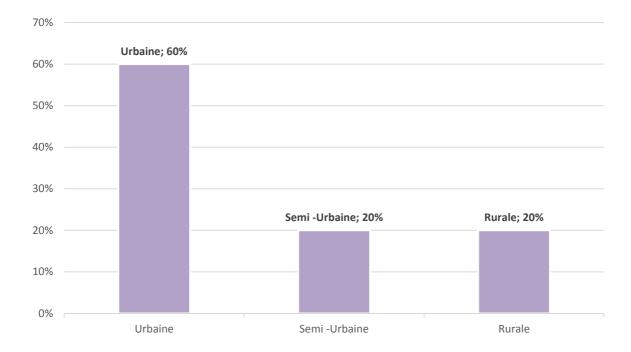
Les résultats obtenus à l'issu de la collecte des données sur le terrain se présentent ainsi qu'il suit :

#### 5.1 Données démographiques

Les données démographiques de cette présente étude ont concerné les variables suivantes : le milieu de résidence, le niveau d'instruction, le sexe et l'appartenance culturelle.

Les informations collectées au niveau des différentes zones ont été dépouillées, croisées, triangulées et analysés selon les différentes sources d'informations.

Les résultats obtenus se présentent ainsi qu'il suit :



#### Graphique N°1 Distribution des usagers enquêtés selon le milieu de résidence

Le Graphique N°1 montre que 60% des usagers entretenues résident en milieu urbain contre 20% en milieu rural et 20% en zone péri-urbain. Ceci s'explique par le fait que la pondération du quota des cibles à enquêter par localité de l'intérieur a concerné 3 niveaux que sont : le centre urbain, le centre rural et la zone péri-urbaine.

Senegal

Carte des régions cibles de l'étude

Koundars

Koundars

Koundars

Koundars

Mall

Gaouel

Lélouma

Labé

Dallaba Guinea

Dallaba Guinea

Dabola

Mandiana

Kouroussa

Mandiana

Karikan

Consiry

Forécariah

Sierra Leone

Sierra Leone

Cote D'Ivoire

Région cible de l'étude

Region cible de l'étude

Libéria

Nzérékors

Lola

Nzérékors

Lola

Nzérékors

Lola

Nzérékors

Nzérékors

Romou

Mandiana

Karikan

Libéria

Carte N° 1 Régions administratives couvertes par l'Etude

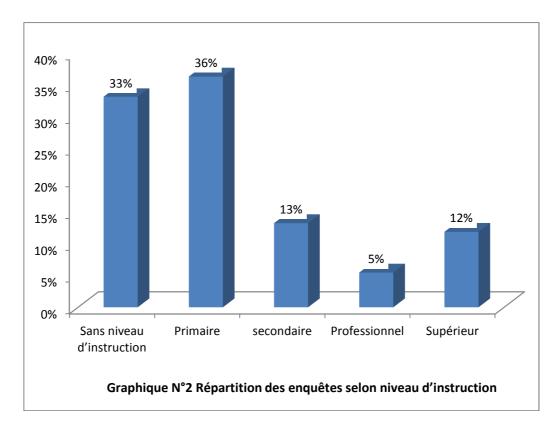
La carte N°1 ci-dessus présente la physionomie des régions administratives couvertes par l'étude.



Carte  $N^{\circ}$  2 Sites de collecte des informations sur le terrain.

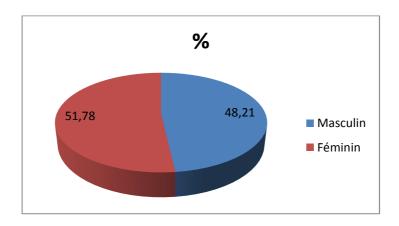
La carte  $N^\circ$  2 présente les localités visitées pendant l'étude par région administrative.

Cette étude nous a permis de présenter les personnes enquêtées selon leur niveau d'instruction.



Graphique N°2: Répartition des enquêtés selon le niveau d'instruction

Le Graphique N° 2 indique que 33% des personnes entretenues sont sans niveau d'instruction contre 12% du niveau supérieur. 36% des usagers rencontrés sur le terrain n'ont pas dépassé le niveau primaire. Le faible niveau d'instruction constaté au sein des ménages enquêtés corrobore avec les résultats de l'EDS MICS qui indiquent que deux femmes sur trois (67%) et deux hommes sur cinq (40%) n'ont aucun niveau d'instruction en Guinée<sup>3</sup>. Cet état de fait justifie en partie la persistance des pratiques traditionnelles néfastes qui attribuent à certaines maladies des causes non médicales (mythiques ou magiques). Ce constat ne veut pas dire que les pratiques traditionnelles ou autochtones soient néfastes en tant que telles – il en faut bien différentier.



Graphique  $N^{\circ}$  3 : Répartition des usagers enquêtés selon le sexe

\_

<sup>3</sup> EDS MICS-2012

Le graphique N° 3 indique que 58 personnes soient 51, 78% des usagers entretenus étaient des femmes contre 48,21% d'hommes. Cette situation de fait corrobore avec les résultats de l'annuaire statique de juin 2016 qui indique que la population féminine de la Guinée représente 51,13%.

#### Appartenance socio-culturelle des enquêtés :

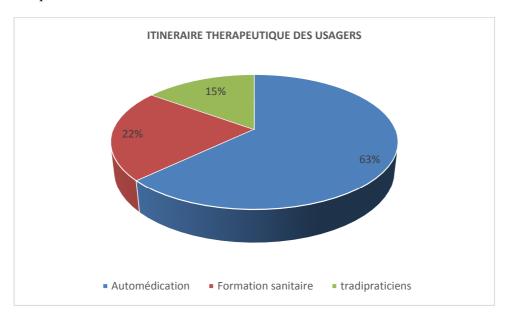
Parlant de l'appartenance socio-culturelle des personnes enquêtées, il a été constaté que les trois zones de l'étude sont marquées par un caractère cosmopolite avec des pourcentages qui varient de site en site. Les trois cultures se retrouvent dans toutes les zones. Toutefois, dans les régions de Mamou et Kindia, le brassage culturel est assez poussé de sorte que 35 usagers sur les 112 entretenus soient 31,25% sont dans des milieux de résidence intégrés de soussous peulh et malinké. Ce qui justifie certes l'absence de tendances statistiquement significatives liées à la perception de la communauté selon les strates culturelles. Toutefois, une faible présence de féticheurs ainsi que le recours à ce type de tradipraticiens a été constatée dans la zone culturelle Mamou/Labé. Les raisons évoquées sont essentiellement religieuses et découlent du fait que cette zone est habitée par une population à 90% musulmane.

#### 5.2 Perception et pratiques autour de l'Offre de soins

Pour comprendre la perception des communautés sur la qualité des prestations qui sont offertes par l'état ou par des entreprises privées, des questions de recherche ont été adressées aux protagonistes de la médecine autochtone pour comprendre de plus les motifs du choix par les membres des communautés et aussi l'opinion des différents spécialistes de l'ensemble de ce qu'on appelle les tradipraticiens ou les acteurs intermédiaires tels que les vendeurs de médicaments de rue.

#### 5.2.1 Processus et Itinéraires thérapeutiques des usagers

L'itinéraire thérapeutique des usagers a été retracé à la suite des entretiens avec les usagers et se présente ainsi qu'il suit :



Graphique N° 4 : Itinéraires thérapeutiques des usagers : premier recours

Le Graphique 4 montre que 63% des usagers interrogés sur les 112 personnes entretenues affirment que le premier recours vers lequel les malades cherchent un soulagement est l'automédication assistée ou orientée soit par un parent/ami, soit par un vendeur de médicament de rue contre 22% au niveau des

formations sanitaires et 15% chez les tradipraticiens. Ceci a été également renchéri par les résultats des focus groupes où certains participants l'on attesté. Un autre témoignage issu des entretiens avec les autorités locales corrobore avec ce constat. « Moi, pour les cas de maux de tête avec les enfants, je leur donne du paracétamol après deux jours si ça ne va pas je vais à l'hôpital ». Alors que cette dernière personne interrogée sur la même question indique : « .... J'achète les feuilles aux marchés pour ce qui est des gales et du paludisme ».

Le second recours cité fut les formations sanitaires. À ce niveau, d'ailleurs, certains participants entretenus lors des focus groupes ont plutôt déclaré que les formations sanitaires publiques sont un recours de premier ordre.

S'agissant des tradipraticiens, trois types ont été identifiés à la suite des entretiens avec les usagers. Tous se retrouvent quasiment dans la totalité des zones visitées<sup>4</sup>. Il s'agit des :

- Guérisseurs traditionnels: ils sont des prestataires quasiment spécialisés dans le traitement des fractures fermées, l'impuissance sexuelle et le rhumatisme articulaire. Les médicaments utilisés sont constitués de feuilles, écorce et racine sous forme de breuvage et de décoction.
- **Féticheurs**: ils interviennent dans la prise en charge des cas fondés sur des systèmes de croyance traditionnelle qui attribuent à des maladies et événements des causes non médicales ayant une dimension magique ou mystique, telle qu'une calamité ou un tribut à payer pour des péchés passés.
- Charlatans/Marabouts: Ils jouent aux cauris le plus souvent et interprètent les cas de maladies en liant les causes à des effets de sorcellerie. Les remèdes proposés sont pour la plupart des sacrifices en nature qu'ils demandent aux patients d'enlever ou de faire enlever à travers tierce.

Dans plusieurs localités ces personnes sont considérées comme des prestataires de premier ordre car étant très près des populations avec des facilités de paiement en nature et de manière séquencée. Les tradipraticiens ont une grande audience au sein des groupes de la communauté et sont assez communicatif sur les services qu'ils offrent. Ils sont souvent au plateau des radios rurales et privées et dans les espaces des marchés hebdomadaires pour des communications promotionnelles.

91 usagers soient 81,25% des 112 entretenus affirment que les tradipraticiens font une communication didactique en rassurant le malade sur l'efficacité de leur médicaments et l'état d'évolution du traitement.

Du fait d'informer régulièrement les patients sur les types et les causes jacentes ou sous-jacentes de leurs maladies, rassurent les usagers quant à la compétence des tradipraticiens.

Une autre considération qui influence souvent la perception des communautés sur les tradipraticiens est le fait que certaines maladies dont les causes sont adressées à des considérations mythiques et religieuses que la médecine moderne renvoie dans beaucoup des cas avec le prétexte que les examens biologiques et cliniques n'ont rien décelés, conforte les tradipraticiens car ces patients retournent le plus souvent chez eux pour se faire soigner. Cette situation de fait confère aux tradipraticiens une considération parfois prisée.

Toutefois, lorsqu'on oppose ce constat avec les informations recueillies au niveau de certains prestataires de soins qui attestent que « la plupart des malades exceptions faite aux nourrissons et aux enfants, viennent souvent lorsque leur maladie s'empire à force de décoctions et de breuvages », on imagine les leviers sur lesquels il faut agir pour ficeler une forme de renvoie et proposer des solutions pour limiter l'arrivée tardive des malades dans les structures de soins.

\_

<sup>&</sup>lt;sup>4</sup> C'est la manière comme les tradipraticiens ont été décrit. Il ne s'agit pas d'une description scientifique.

L'autre aspect non moins important qui fut cité est la médecine de rue, qui offre des services approximatifs : vente illicite de médicaments sur la base d'une description approximative du mal expliqué par le bénéficiaire de soins. Pour les utilisateurs de ces services, il n'y a pas de perte de temps pour eux. Le vendeur peut livrer ses médicaments aux consommateurs même à crédit. Tout se fait et se refait sur la base du relationnel. Par contre, des usagers entretenus également sur leur choix thérapeutique en lien avec les vendeurs de médicaments de rue sont quasi - unanimes de l'inefficacité des produits de rue. Leur choix est simplement justifié par le fait que plusieurs facilités sont à leur portée. L'achat d'un comprimé ou deux dépendent de la capacité de négociation du client.

#### 5.2.2 Paramètres influençant les itinéraires thérapeutiques

L'analyse des données collectées a permis d'identifier plusieurs paramètres qui influencent le choix des usagers à aller vers tel ou tel recours. Voici quelques critères qui ont été mentionnés fréquemment :

#### 5.2.2.1 Accessibilité pour le traitement

Il faut considérer dans le cadre de cette étude la relation entre les protagonistes des différents paradigmes de santé et de maladie et la manière dont cette relation est perçue par la population en vue de formuler des recommandations programmatiques. Le facteur accessibilité n'a pas été exprimé par les usagers interrogés en termes de proximité des structures sanitaires aux lieux d'habitation des usagers mais plutôt en termes relationnels. Il s'agit en fait de la communication interpersonnelle entre prestataires de soins de la médecine moderne et usagers des services.

Du fait que la communication clinique est faible dans le traitement des patients malades, la perception des populations est largement fondée sur cet aspect pour indiquer que certaines structures de santé sont souvent inaccessibles. Aussi, plusieurs patients interrogés affirment n'être jamais informé de l'état d'avancement de leur santé pendant la période de traitement. Ces informations corroborent avec les résultats des focus groupes avec les femmes où certaines affirment « Nous passons beaucoup plus de temps en se demandant entre nous, pourquoi ne vont-ils pas nous dire jusqu'à quand nous devons attendre pour nous permettre de faire face aux travaux de la maison ».

#### 5.2.2.2 Coût du traitement

Le coût du traitement dans les cabinets de soins publics et privés sont jugés exorbitant par 45 personnes sur les 112 personnes entretenues soient 40, 17%. La raison évoquée se rapporte au revenu des populations en majorité pauvre et sans- emplois fixe. Quelques rares mutuelles de santé furent citées comme initiatives de soulagement des populations vulnérables face aux maladies même si on reconnait de surcroit que la capacité contributive de ces entités est faible et très difficile à mobiliser.

Aussi, 78 personnes sur les 112 entretenues soient 64, 28% considèrent que le fait que certains prestataires de soins au niveau des structures publiques ont des cabinets non conventionnés dans leur concession (domicile) pour traiter les patients malades -qu'ils appellent d'ailleurs clients- est un facteur qui impact la qualité des prestations et favorise le trafic des médicaments. Un usager interrogé sur la question a affirmé : « ...les bons médecins ont abandonné les structures publiques et sont dans les concessions et non à l'hôpital.... Ils ont des cabinets de soins personnels bien équipées mais sont très chers ». Cette situation de fait qui tend à lessiver les structures publiques de leur contenu (personnels qualifiés, équipements et médicaments) réduit considérablement la file active de patients dans les structures de soins.

Retenons que les entretiens avec les usagers ont permis de constater que les malades qui se rendent dans les structures de santé sont souvent perçus comme des clients plutôt que des patients. D'où le clientélisme médical : « Dans l'entendement des personnes interrogées, le clientélisme médical signifie une monétarisation des relations prestataire-malade ; alors que le patient est cette personne malade qui cherche à se faire soigner avec ou sans moyens financiers ».

Le rançonnement et la surfacturation ont été les éléments les plus cités par les usagers interrogés. Il a été également constaté que la quasi-totalité des prestataires de soins orientent leur client pour l'achat

des médicaments dans des pharmacies où on leur réserve des ristournes en fonction du nombre de personnes référées par mois. Ce constat explique en partie l'isolement des pharmacies publiques installées dans les structures sanitaires au profit des intérêts singulier de certains prestataires de soins.

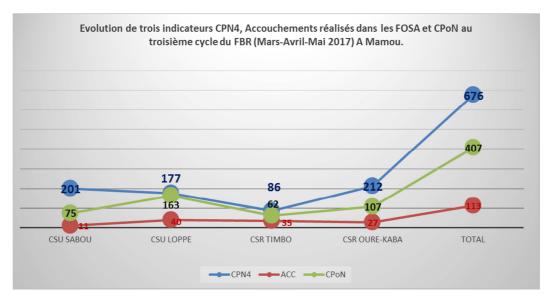
Certains usagers pensent d'ailleurs, que le traitement des malades dans les formations sanitaires aboutit rarement à produire des effets positifs et soulageant. Ils estiment que les médicaments fournis lors du traitement dont la plupart proviennent des marchés ne sont pas de bonne qualité.

Les prix élevés sont presque systématiquement cités comme problème majeur d'accès aux soins. Ce qui conditionne en retour les recours à la santé alternative. Plus inquiétant est la perception que le patient est poussé à la dépense avec des examens parfois superflus et onéreux. Dans certains entretiens il a été évoqué que des médecins procèdent à des interventions chirurgicales invasives et potentiellement dangereuses qui ne sont pas absolument nécessaires ou urgentes mais qui offrent une marge économique non négligeable a la structure de santé. Il est difficile d'évaluer bien entendu l'étendu de cette pratique mais elle préoccupe régulièrement les répondants, en particulier dans les accidents traumatologiques ou protrusions pathologiques (hernies et appendicites). Malgré la mise en vigueur de cette gratuité, il y a toute une chaine mise en place par les structures sanitaires pour récupérer le manque à gagner. Les personnes interrogées sur le coût des médicaments avec les vendeurs de rue estiment que ces derniers font une offre immédiate avec des prix raisonnables et une possibilité de crédit. Ils font une communication promotionnelle de leurs médicaments et apportent également des conseils (parfois des exercices cliniques). Ceci favorise une automédication assistée parfois orientée vers une automédication autonome dont on n'a pas encore déterminé l'ampleur des accidents enregistrés et les menaces que les populations encourent dans les années à venir.

Dans un des focus groupes organisés avec les femmes, certaines participantes ont affirmé :

« .....l'accouchement dit gratuit n'est pas réel. Si nous avons un problème d'accouchement à partir de 22 heures nous ne voyons personne dans les structures sanitaires publiques. Tout est noir pas de lumière d'ailleurs puisque qu'il est dit que c'est gratuit personne ne s'en occupe. Il vaut mieux nous dire de payer car certains agents de santé ne connaissent que l'argent. C'est pourquoi mieux vaut aller là où on paye trop que d'aller dans les structures publics-poursuivent-elles ».

Cet état de fait pourrait justifier en partie une des causes de cet autre constat présenté dans le rapport final du projet FBR réalisé dans la région administrative de Mamou courant 2017 et qui stipule : « sur les 676 cas de CPN4 réalisées, seules 113 parturientes ont accouché dans les Formations sanitaires soit 16.71% (taux très faible) et 407 sont revenues pour la CPoN soit 60.20%. (Voir graphique ci-dessous).



Graphique N° 5 : CPN4, CPoN et accouchements assistés dans quatre centres de santé de Mamou mars à mai 2017

Retenons que le projet **Financement Basé sur les Résultats** (**FBR**) est une initiative du Gouvernement guinéen née suite au passage de l'épidémie de la maladie à virus Ebola entre mars 2014 et décembre 2015. Tirant bonne leçon de la fragilité de son système de santé, un plan de relance et de résilience du système de santé (2015-2017) a été mis en place par le Ministère de la santé pour améliorer la qualité et la quantité des services à offrir à la population. En Décembre 2014, l'OMS a organisé une réunion pour discuter de la façon d'aider les pays comme la Sierra Leone, la Guinée et le Libéria à construire des systèmes de résilience intégrés qui peuvent être réactive et proactive à toute menace future. C'est dans ce cadre que la Guinée a bénéficié d'un appui financier de la Coopération Néerlandaise, à travers l'Ambassade des Pays Bas à Accra, avec l'assistance technique de l'Institut Royal de Médecine Tropicale (KIT) et de l'ONG Health Development and Performance (HDP) du Rwanda pour le développement d'un schéma de FBR+ approprié au contexte guinéen. Le district sanitaire de Mamou fut retenu comme district pilote pour l'implémentation de l'approche FBR dont la mise en œuvre des activités a été confiée à Health Focus Guinée conformément au cadre de performance défini.

#### 5.2.3 Qualité de la Prise en charge dans les structures de soins

La perception de la communauté sur la qualité de la prise en charge des problèmes de santé des communautés a été recueillie à travers les éléments ci-après :

- La disponibilité des services
- L'accessibilité des services
- La disponibilité des Médicaments et équipements
- La disponibilité de personnels compétents
- L'acceptabilité des services
- Le bon accueil
- La confidentialité

Pour mieux comprendre la perception sur la qualité des services, chaque élément a été isolé de manière à être spécifiquement cerné dans l'analyse des résultats. Il apparaît que sur les huit éléments de la qualité répertoriés, un seul a été relativement bien apprécié, il s'agit de l'accessibilité géographique de certaines structures sanitaires (70% des observations). Cela se comprend aisément et pourrait s'expliquer par le fait que l'enquête a été réalisé en grande partie dans les zones urbaines (chef-lieu des communes urbaines et quartiers péri-urbains), les fournies ont été essentiellement focalisées sur l'accessibilité géographique. Lorsqu'on croise ce résultat à la perception des usagers sur l'accessibilité financière et relationnelle (usager/prestataire), le jugement devient quasi négatif et renvoie à une forme de trafic dont les prix diffèrent de structure en structure. D'où une nécessité d'accompagner l'accessibilité géographique a un amoindrissement du coût des prestations.

En ce qui concerne la disponibilité de personnel compétent, seulement 24% des usagers entretenus affirment satisfaits. L'on comprend en partie pourquoi l'acceptation des services est également faible, avec seulement 37% des réponses positives fournies. Quant aux autres éléments de la qualité, les scores se situent autour de 50%; ce qui est fortement en deçà des besoins des usagers quant à l'offre de services de santé de qualité. Aussi, certains stagiaires sont parfois amenés à prodiguer des soins avec des effets nocifs et une baisse de confiance des patients qui renforce leur sensation d'être négligé.

La qualité des prestations offertes dans les structures sanitaires principalement sur les aspects de premiers abords à savoir « l'accueil et le temps d'attente » croisé au « motif de visite », ont été les points de critiques d'ensemble des usagers entretenus. Le délai d'attente a été jugé long pour environ 2/3 des usagers interrogés quel que soit le service de prise en charge sollicité.

L'attente est jugée comme beaucoup trop longue. Ce constat renforce l'absence d'organisation explicite de l'ordre de prise en charge des patients. L'interprétation récurrente est que les patients les

plus vulnérables économiquement sont ceux qui sont les plus délaissés. On retrouve par extension l'idée également d'un « clientélisme de classe » : les personnes qui sont proportionnellement plus aisées sont prises en charge rapidement. Exemple d'une patiente ayant de fortes contractions abdominales depuis plusieurs heures voyant passer devant elle pour la consultation un homme valide « portant de beaux habits ». Ceci est particulièrement saillant dans les propos des usagers des hôpitaux. En d'autres termes, les patients ont le sentiment d'être dans une compétition de classe à l'intérieur de l'enceinte médicale. Cela les mets dans une position d'inquiétude et leur donne le sentiment de ne pas être traité sur un plan d'égalité. Cela semble influencer également la perception de la consultation elle-même qui peut être jugée comme potentiellement suspecte, inefficace et illégal.

Nous avons également constaté que les patients peuvent se sentir mieux considérés lorsqu'on leur accorde une sensation de bienveillance même s'ils ne reçoivent pas objectivement la qualité de soins attendus.

Ainsi, le parallèle fait entre le délai d'attente et le motif de visite fait ressortir un besoin de mettre à disposition et/ou orienter plus de ressources humaines au niveau de ces points afin de réduire au maximum l'attente des patients qui constitue un vecteur influent dans la fixation de la perception des usagers quant à la qualité des services de soins.

#### 5.2.4 Infrastructures sanitaires:

Le manque d'hygiène est aussi une sensation que des maladies peuvent être contractées dans les structures de santé. Certains agents de santé entretenus indiquent que les infrastructures sanitaires présentent des états physiques et fonctionnels disparates en fonction des zones. Même si des efforts énormes ont été déployés pour leur mise en place, il reste insuffisant et la couverture sanitaire demeure passive et relativement inadéquate. Certains équipements ne répondent pas encore aux normes techniques et fonctionnelles requises pour assurer une prise en charge adéquate des malades.

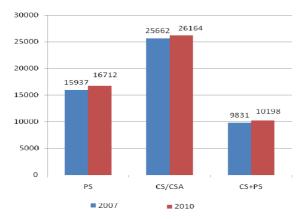
Dans les structures de référence, notamment les hôpitaux, le niveau du plateau technique ne permet pas de prendre en charge certaines pathologies assez fréquentes dans le contexte épidémiologique actuel. Cette situation est, entre autres, à la base de nombreuses évacuations sanitaires, causant une importante fuite de devises pour le pays.

De plus, il n'existe pas de système performant de maintenance des infrastructures et des équipements (plan de maintenance, normes, procédures en matière de gestion du patrimoine et système de financement) dans la majorité des préfectures et régions. Par ailleurs, la répartition du personnel par poste est inadéquate dans les structures de santé. Aussi, le professionnel de santé occupe plusieurs postes à la fois, probablement à cause de la pénurie de certaines catégories de personnel de santé. La dénomination de ces postes n'est pas constante dans les différentes structures. Cette situation ne facilite pas la catégorisation des postes. De surcroît, il a été constaté que les structures de santé ne disposent pas de description de poste qui renseigne suffisamment sur leur configuration.

Cette situation de faite corrobore avec les résultats de l'étude de cas sur le personnel lié aux prestations de soins Sage-femme réalisée par le Ministère de la santé en collaboration avec l'OMS, l'Unicef, l'UNFPA sur financement Fonds Muskoka en 2013 dans les 7 régions administratives du pays plus la ville de Conakry. Il a été indiqué dans le rapport de cette étude que : « .... la majorité des structures de santé ne dispose pas de personnel qualifié pour certaines prestations de soins liées aux unités de transfusion sanguine, de prise en charge du diabète, de test de dépistage du VIH et de la tuberculose ».

«...En 2010, le ratio d'habitants par poste de santé était de 15.937contre 25 662 habitants celui au niveau du centre de santé. Cette situation a peu évolué entre 2007 et 2010. En effet, les ratios hbts par PS et par CS sont passés respectivement à 16.712 et 26.164 traduisant le fait que la mise en place de

nouvelles structures n'est pas en adéquation avec l'accroissement de la population. On observe par ailleurs des disparités importantes de cette offre entre les régions sanitaires ». <sup>5</sup>



Graphique N° 6 Évolution du ratio habitants/formations sanitaires de districts

Le déploiement inadéquat et inapproprié du personnel de santé la faible adéquation du de plan de redéploiement du personnel dans les zones défavorisées compromettent dangereusement l'accessibilité et l'acceptabilité des populations aux services de qualité.

#### 5.2.5 Acceptabilité

L'acceptabilité qui est la façon dont la population reçoit ou perçoit les services offerts par les différentes catégories de personnels de la santé a été évaluée en termes de satisfaction par rapport à la qualité techniques et non techniques des soins, de l'organisation des services, et la disponibilité des agents prestataires.

Les personnes interrogées sont quasi unanimes sur cet ensemble affirmatif avec des considérations se rapportant à une perception sur les structures sanitaires :

- ✓ Absence de personnels disponibles dans certaines formations sanitaires
- ✓ Personnel peu accueillant
- ✓ Manque d'équipement et de matériel dans certaines formations sanitaires
- ✓ Infrastructures délabrées par endroit avec une absence de système d'éclairage et d'eau.

Il ressort des entretiens, qu'en général, les femmes fréquentent et connaissent mieux les services de santé et le paquet de prestations offert ainsi que son utilité en cas de la consultation prénatale (CPN). Elles affirment recourir aux services des différentes catégories de personnels de santé pour y recevoir des soins liés leur problème de maladie y compris les grossesses. Les mêmes types de réponses ont été donnés par les hommes toutes catégories confondues.

Il a été également établi que le choix de l'utilisation des structures est fonction de la distance, de la disponibilité du personnel et des médicaments tandis que la gratuité des produits est beaucoup plus influente que prépondérante.

S'agissant du personnel de santé il a été quasiment peu apprécié à cause de l'accueil et du manque de communication pendant et après les consultations. Dans plusieurs endroits, des intervenants dans les focus groupes ont affirmé que : « C'est rarement que nous sommes informés des causes de nos maladies et de l'importance des médicaments que nous prenons malgré la pléthore d'agents qui par endroit ne font rien ... ils pouvaient nous donner au moins des conseils... ».

\_

<sup>&</sup>lt;sup>5</sup> Rapport final analyse des RHS en Guinée 2012

Un usager entretenu sur la même question disait : « A l'hôpital il y a trop de monde qui consulte surtout des enfants qui ont même âge que nos enfants ; on a un peu honte c'est pourquoi nous allons au CS... Il y a beaucoup de médicaments au CS si tu es malade des fois on te donne sans payer. Moi je viens ici car c'est dans mon quartier tous mes enfants sont nées ici ».

Certains prestataires interrogés sur la disponibilité du personnel ont confirmé l'existence actuelle de beaucoup d'agents de santé dans les différentes structures publiques. Il faut noter cependant que sur les 48 prestataires de soins rencontrés, seulement 19 sont contractuels (10 avec la fonction publique et 09 avec un contrat local, 13 agents de l'ensemble de ce personnel sont bénévoles. Ce qui est difficilement compatible avec la gratuité effective de certains soins aux femmes.

#### 5.2.6 Confidentialité

En ce qui concerne la confidentialité, 79 usagers sur les 112 entretenus soient 70,53% ont indiqué que certains prestataires sont indiscrets et sont à la base des multiples divulgations dans les villages et quartiers des statuts sérologiques des PVVIH, malades de tuberculose et des cas de grossesses non désirées. Les cas d'IST avec les jeunes filles et jeunes garçons ne sont pas aussi épargnés. Certaines femmes interrogées ont affirmé que les consultations pré- et postes natals se font en présence des étudiants stagiaires qui sont dans beaucoup de cas indiscrets et dévoilent tout ce qu'ils constatent pendant les examens. Ceci corrobore avec les affirmations de certaines personnes entretenues lors des focus group avec les femmes qui ont affirmé que le fait qu'il n'existe pas de salle d'attente avec des sièges pour accompagnants dans certaines formations sanitaires ne facilite pas la confidentialité des visites cliniques, les malades sont directement reçus, soit au bureau du médecin, soit dans la salle d'accouchement en présence d'autres personnes.

#### 5.2.7 Accouchement

Bien que les services liés à l'accouchement soient disponibles et accessibles par endroit, leur utilisation par les femmes pendant l'accouchement est constatée faible. Cette faible utilisation pourrait être due en grande partie à l'hygiène des locaux à l'absence d'eau et à l'obscurité des salles d'accouchement. 96 usagers sur les 112 entretenus soient 85,71% affirment que les salles d'accouchement sont désertes la nuit par faute de lumière et de source d'approvisionnement en eau. Les tables d'accouchement sont vétustes et le personnel manque de motivation car l'accouchement est déclaré gratuit dans les structures publiques. 89 usagers entretenus sur les 112 soient 79,46% préfèrent accouchés dans les cabinets de soins privés quel que soit le coût car les lieux sont propres et éclairés et les prestataires sont attentifs.

#### 5.3 Perception des usagers sur les Tradipraticiens

La perception des usagers sur les tradipraticiens (guérisseurs traditionnels et féticheurs) a été fondée sur trois déterminants qui ont largement influencé les opinions et jugements dégagés.

- 1) Le niveau d'intégration sociale
- 2) La considération de facteurs mystiques et religieux comme causes de certaines maladies ;
- 3) La communication didactique.

Ces trois déterminants expliquent en partie l'audience des tradipraticiens au sein des groupes de la communauté. Ils sont considérés comme plus proche des usagers et détiennent un discours relativement didactique. Ils communiquent sur l'ensemble des offres de services à leur actif. Ce qui leur confère une grande audience au sein des communautés. Ils sont réputés être les seuls capables de traiter les maladies mystiques et de sorcelleries. Une personne interrogée sur ce qu'elle pense des tradipraticiens disait « moi mon bébé avait eu un hoquet il y'a un peu longtemps cela m'a tellement fait peur que j'ai été voir notre guérisseur au village. Quand j'ai posé mon problème il m'a juste demandé de tirer un fil de mon pagne et de mettre ça sur la Fontenelle du bébé j'ai mis et puis c'est parti... depuis lors j'ai eu une recette que je partage avec toutes celles qui ont ce genre de problème ».

Les systèmes de croyance traditionnelle qui attribuent à des maladies y compris des événements, des causes non médicales ayant une dimension magique ou mystique, telle qu'une calamité ou un tribut à payer pour des péchés passés, ont constitué des facteurs importants dans la perception des communautés vis-à-vis des tradipraticiens.

#### 5.4 Collaboration et système de renvoie Tradipraticiens/Prestataires de soins formels

La collaboration entre les tradipraticiens et les structures de santé n'a pas été constaté dans la quasitotalité des zones visitées. Toutefois, un guérisseur traditionnel entretenu à Timbi-Tounni affirme avoir renvoyé plusieurs malades vers le Centre de santé pour une prise en charge des cas qui dépassent ses compétences (hernie, fracture ouverte et accouchement). Cette forme de collaboration est due à sa présence régulière au Centre de santé en tant que président du Comité de gestion du centre. Il convient de préciser que ce système de renvoie fonctionne à sens unique. Il est quasiment timide et non documenté. Par contre, dans les autres localités visitées, des anamnèses liées à des considérations mystiques et de sorcellerie sont souvent orientés vers les tradipraticiens à l'aide de personnes interposées. Le phénomène le plus récurent qui sous-tend la perception du personnel de santé est l'arrivée tardive des malades dans les centres de santé dans un état de complication aigue et à près avoir épuisé entièrement les ressources financières. En ce qui concerne les vendeurs de médicaments de rue, de collusions économiques avec le personnel de santé ont été signalés par endroit. Pour mieux faciliter la collaboration entre tradipraticiens et prestataires de soins des formations sanitaires, il est nécessaire de fidéliser une implication des tradipraticiens dans la mobilisation des populations lors des campagnes de vaccination ou de distribution des moustiquaires imprégnés. Organiser des journées de réflexion sur le système de renvoie, de référence contre référence entre les deux types de médecine (moderne et traditionnelle).

#### **5.5** Relations interpersonnelles (prestataire-usager)

Plusieurs propos des usagers sur les prestataires de soins dénotent que le passage de la clinique a la prescription sans communication didactique renforce le sentiment de vulnérabilité et peut conditionner la sensation d'être abusé et poussé à des dépenses. Les médecins sont forcés de mettre en balance le pronostic vital et l'enjeu de devoir payer un soin relativement lourd (si tu ne payes pas tu vas mourir). Cela renforce la sensation d'un chantage. La qualité de la relation entre le médecin et ses malades influe directement sur le résultat de la consultation. Des interventions visant à améliorer la communication ont un effet mesurable sur certains marqueurs de l'état de santé, comme la pression artérielle, la perte de poids ou les scores de douleur. Cela permet également au patient de mieux comprendre les pathologies qui l'affectent et de marquer la distance avec des croyances non pertinentes et retardant la séquence effective de traitement (par exemple mettre en relation l'amertume d'un aliment comme facteur d'efficacité médicale). Par ailleurs les recommandations souhaitables des médecins sur les limites de l'automédication auraient plus d'impact si en amont ils étaient capables de verbaliser leur clinique de manière didactique.

#### 5.6 Points de vue des usagers sur l'amélioration des prestations de soins

La perception des groupes de la communauté (hommes et femmes) qui ont été entretenus en focus group sur le terrain n'a pas enregistrée de différence statistiquement significative entre localité (chefslieux de région et zone rurale/urbaine, quartiers urbains, péri-urbains et districts). Les points de vue et opinions déclarés en lien avec la qualité des prestations de services ont été quasiment formulés autour de la disponibilité des services, la disponibilité du personnel, la confidentialité, l'efficacité des médicaments, l'accueil, le temps d'attente des patients, l'état des infrastructures/équipements, l'approvisionnement en eau et électricité des locaux et la communication interpersonnelle prestataires patients.

La synthèse des deux focus (homme et femme) présentent la synoptique des solutions pour une qualité des prestations de soins dans les formations sanitaires.

Tableau : 3 Synthèse des focus avec les usagers hommes et femmes séparément :

Focus avec les	Groupe social	9. Quelles sont vos suggestions pour améliorer la qualité des
usagers	homme	services de soins dans votre localité ?
		Il faut interdire la vente des médicaments dans la rue,
		Renforcer les appuis des ONG de sensibilisation dans les quartiers
		pour lutter contre les faux médicaments,
		Il faut règlementer l'intervention des guérisseurs traditionnels qui prétendent tout traiter o lors qu'ils ne font que compliquer l'état de leur client qu'ils orientent parfois tard dans les structures de santé;
		Il faut que l'état prenne ses responsabilités pour contrôler le
		détournement des équipements et matériels de travail des structures
		publics au profit des enclos privés de certains chefs de services du secteur public ;
		Il faut électrifier la structure publique pour faciliter la garde car beaucoup de maladies surviennent la nuit au moment où les services de santé sont frappés de pleine obscurité;
		Il faut que l'Etat interdisse la pagaille dans les hôpitaux publics et même privés qui prennent les malades pour des clients et non des patients;
		Il faut que les médecins nous disent ce qu'ils ont constaté pendant le diagnostic posé sur un malade à l'image de ce que les charlatans eux font;
		L'état doit interdire aux agents de santé de supposer des maladies lors qu'un patient est en face juste pour vendre les médicaments
		qu'ils possèdent par devers eux car cela peut compliquer la maladie des patients : « Moi par exemple ma fille est tombée malade la fois
		dernière avait; nous l'avons amené à l'hôpital pour des soins. Après diagnostic on laisse entendre qu'elle a une insuffisance
		rénale. Deux mois on était en train de la traitée sans succès. Il
		nous fallut l'envoyer à Dakar pour qu'elle guérisse car elle n'avait
		pas d'insuffisance rénal c'est faux. Je voie souvent ce médecin
		dans le quartier mais je n'ai plus confiance en lui »
Focus avec les usagers	Groupe social Femme	9. Quelles sont vos suggestions pour améliorer la qualité des services de soins dans votre localité ?
		Il faut que les agents de santé acceptent de travailler la nuit car les
		accouchements sont plus fréquents la nuit que le jour;
		Il faut interdire aux petits élèves qui n'ont rien dans la tête de rester
		seuls dans les structures de santé la nuit pour gérer seuls des cas

d'urgence sans courant électrique;

Il faut sanctionner les agents qui tâtonnent dans le traitement des malades en conduisant le plus souvent à des morts là où rien n'explique ce prétendu accident;

Il faut que les autorités forment bien ses agents de santé pour qu'ils soient compétitifs car maintenant beaucoup de personnes préfèrent aller au Sénégal ou en côte d'Ivoire pour se soigner;

Il faut interdire le détournement des équipements et des médicaments au profit des cabinets privés détenus par les mêmes agents du secteur public

Nous ne pouvons pas avoir des prestations de qualité sans des agents de qualité, des infrastructures de qualité et d'une règlementation de qualité. Nous devons cesser de favoriser certains agents là où le talent et l'aptitude peuvent régler le choix ;

Il faut punir les agents de santé qui courtisent les femmes d'autrui en conditionnant certains traitements d'infections à cela ;

Les agents de santé font de sorte que les infrastructures soient salles mal équipées pour orienter les patients à termes d'accouchement dans leur propre maison bien propre et bien équipée ;

Nous n'avons pas le choix d'aller ailleurs car dans les structures de soins du public c'est les relations et l'argent qui comptent et non sauver des vies. Ils trouvent toujours moins de faire payer les malades à des coûts insupportables.

A la suite des informations recueillies, des recommandations ont été formulées et se présentent ainsi qu'il suit :

- 12. Mettre en place un programme de formation sur la communication interpersonnelle soignant/patient avec un apprentissage de la didactique de la clinique ;
- 13. Promouvoir une restructuration de l'accueil et de la prise en charge des patients (orientation, organisation des files d'attente, annonce du temps d'attente minimale)
- 14. Créer des mécanismes structurels en vue de lutter contre les passe -droit arbitraires);
- 15. Mettre en place un système d'encadrement plus resserré des stagiaires et des auxiliaires de santé peu expérimentés ;
- 16. Lutter contre les mauvaises pratiques (absentéisme, interventionnisme avec visées économiques ;
- 17. Mettre en place un système d'éclairage dans les salles d'accouchements obscures ;
- 18. Approvisionner les structures sanitaires en sources d'approvisionnement d'eau ;
- 19. Réglementer les doubles activités dans le domaine public et privé par un meilleur encadrement ;
- 20. Renforcer les mécanismes de renvoi avec une collaboration formelle avec les tradipraticiens ;
- 21. Evaluer et capitaliser l'étendue des pratiques des tradipraticiens qui reste simultanément un capital culturel ;
- 22. Approvisionner les structures sanitaires en source de lumière (solaire) pour fidéliser un service minimum de nuit dans les structures sanitaires de proximité (rurales et péri-urbain);

Les actions proposées découlent du fait que six (6) des huit Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) sont directement liés aux problèmes de santé et développement des communautés :

Actions à court terme : considérant que la médecine traditionnelle est une pratique non encadrée alors que c'est une activité en pleine croissance, il s'avère nécessaire de procéder à une étude d'évaluation sur l'étendue des pratiques des tradipraticiens ;

#### Action 1:

Mettre en place un programme de formation sur la communication didactique (clinique) au bénéfice des prestataires de soins dans les structures de santé publiques ;

#### Action 2:

Doter les centres de santé de panneaux solaires pour faciliter l'éclairage des salles d'accouchements et favoriser la fonctionnalité des interventions de nuit ;

#### Action 3:

Organiser des causeries éducatives formelles à tous les niveaux, pour soutenir et renforcer la communication interpersonnelle entre les prestataires et les usagers des services de soins ;

#### Action 4:

Améliorer les services d'accueil et de réception en vue de réduire le temps d'attente des patients ;

#### Action 5:

Renforcer les compétences des prestataires par la formation, la supervision ainsi que l'appui organisationnel et le réseautage.

**Action 6 :** Développer des stratégies en faveur de l'abandon de l'automédication des populations et le recourt aux médicaments de rue.

**Action 7 :** Installer des points d'eau et des sources d'approvisionnement en courant électrique pour éclairer les salles d'accouchements ;

**Action 8 :** Améliorer la confidentialité des prestataires par le biais de la formation continue des agents de santé sur la thématique accueil, réception et confidentialité ;

**Action 8 :** impliquer les associations de tradipraticiens dans la mobilisation des populations lors des différentes campagnes de vaccination et de distribution des moustiquaires imprégnés.

#### VII. Conclusion

Au regard des points de vue, témoignages, récits de vie et déclarations recueillies en parfaite collaboration avec les prestataires de service que sont : les usagers, les tradipraticiens, les vendeurs de médicaments de rue et certains groupes de la communauté, en rapport à la perception des bénéficiaires sur la qualité de la prise en charge de leur problème de maladies, l'on est en mesure d'affirmer que cette présente étude menée dans les 4 régions administratives que couvre le projet a permis d'apprécier la qualité des prestations tel que perçue par les usagers, et les protagonistes de la santé moderne et traditionnelle. Aussi, des itinéraires thérapeutiques et le type de personnel impliqué dans les prestations de soins ont été décrits. Cette étude a également permis d'observer l'environnement dans lequel, ce personnel travaille et aussi d'appréhender les pistes de collaborations pouvant garantir un éventuel renvoi formel des tradipraticiens vers les structures sanitaires formelles.

Cet exercice a permis de comprendre la place et la considération des facteurs sociaux et culturels dans la gestion des problèmes de santé de la communauté. Enfin, l'étude a confirmé les hypothèses de base qui ont été formulées lors de la description du contexte et de la note méthodologique de l'étude en lien avec la perception des communautés sur la qualité des prestations de soins dans les formations sanitaires.

On retient de cette étude qu'il ne pourrait y avoir d'acceptabilité sans visibilité fonctionnelle, efficace et systémique des services de soins fortement soutenue par une communication clinique/didactique des prestataires en direction des usagers. Pour avoir des prestations de qualité, il faut des hommes de qualité, des infrastructures et équipements de qualité et une réglementation/procédure de qualité.