



” Accessibilité aux services de soins en situation post conflit, République du Congo

Elisabeth Dorier, Erwan Morand

► To cite this version:

Elisabeth Dorier, Erwan Morand. ” Accessibilité aux services de soins en situation post conflit, République du Congo. Bulletin de l'Association de géographes français, 2012, 2012-2, pp 289-312. halshs-00724095

HAL Id: halshs-00724095

<https://shs.hal.science/halshs-00724095>

Submitted on 17 Aug 2012

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

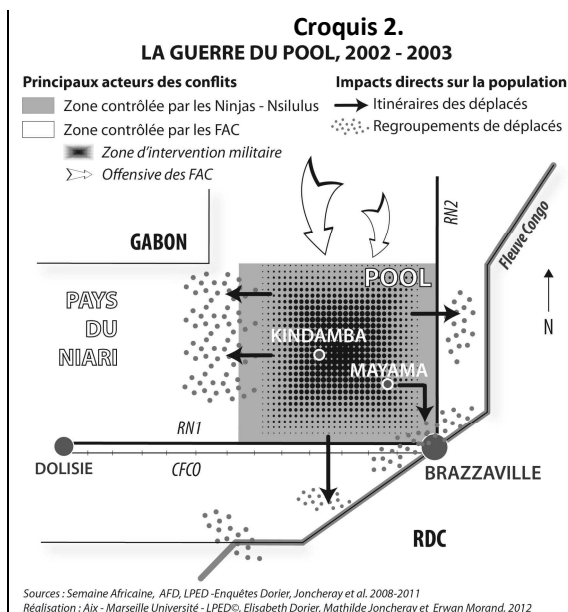
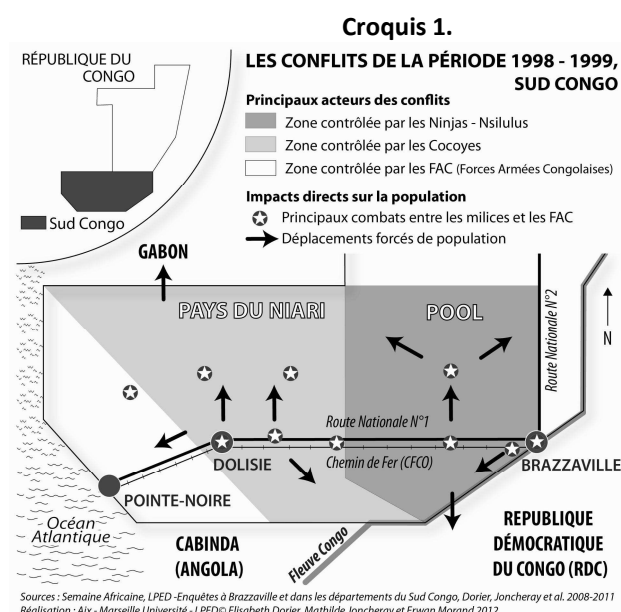
Accessibilité aux services de soins en situation post conflit, République du Congo.

Elisabeth Dorier¹ et Erwan Morand². LPED, UMR 151, Aix-Marseille Université.

(Publié dans une version raccourcie, sans les exemples, in BAGF. Référence à citer : » E. Dorier³ et E. Morand, 2012, « Accessibilité aux services de soins en situation post conflit, République du Congo. In *Bulletin de l'Association des Géographes Français*, 2012-2, pp 289-312)

Au sortir de décennies de monopole et de quadrillage territorial sanitaire d'Etat sous régime socialiste, le système sanitaire de la République du Congo été bouleversé par les réformes libérales liées à l'Initiative de Bamako (1987), les politiques d'ajustement structurel (participation financière des usagers de structures de soins publiques), puis à la libéralisation rapide et non maîtrisée du secteur privé de santé à partir de 1989 (Dorier-Apprill, 1993) . Dans un pays où seulement deux villes, Brazzaville et Pointe-Noire concentrent la majorité (56%) de la population nationale, les zones rurales se caractérisent par des densités extrêmement faibles (7 hab/km² en moyenne – CNSEE, 2007) et une très mauvaise desserte en infrastructures de transport (un seul axe national goudronné dans le pays, vers le nord, jusqu'en 2011). En zone rurale, l'offre de santé est quasi exclusivement de nature publique, le sous-peuplement et la pauvreté ne favorisant pas la diffusion d'une offre médicale privée, même informelle.

Ces carences structurelles ont été fortement aggravées par une série de guerres entre milices politiques et armées (1993, 1997-99 et 2002). Dans le nord-ouest du département du Pool, concerné par cette étude, les combats se répètent jusqu'en 2003 provoquant des déplacements forcés massifs des habitants et un recul du peuplement, déjà faible (chorèmes). La reconstruction post-conflit amorcée par des organismes extérieurs est plus lente qu'ailleurs et n'a toujours pas eu les effets escomptés: le niveau de l'offre de soins demeure inférieur à la situation antérieure aux conflits. (Dorier-Apprill, 2000 et 2001 - Dorier et Joncheray, 2011).



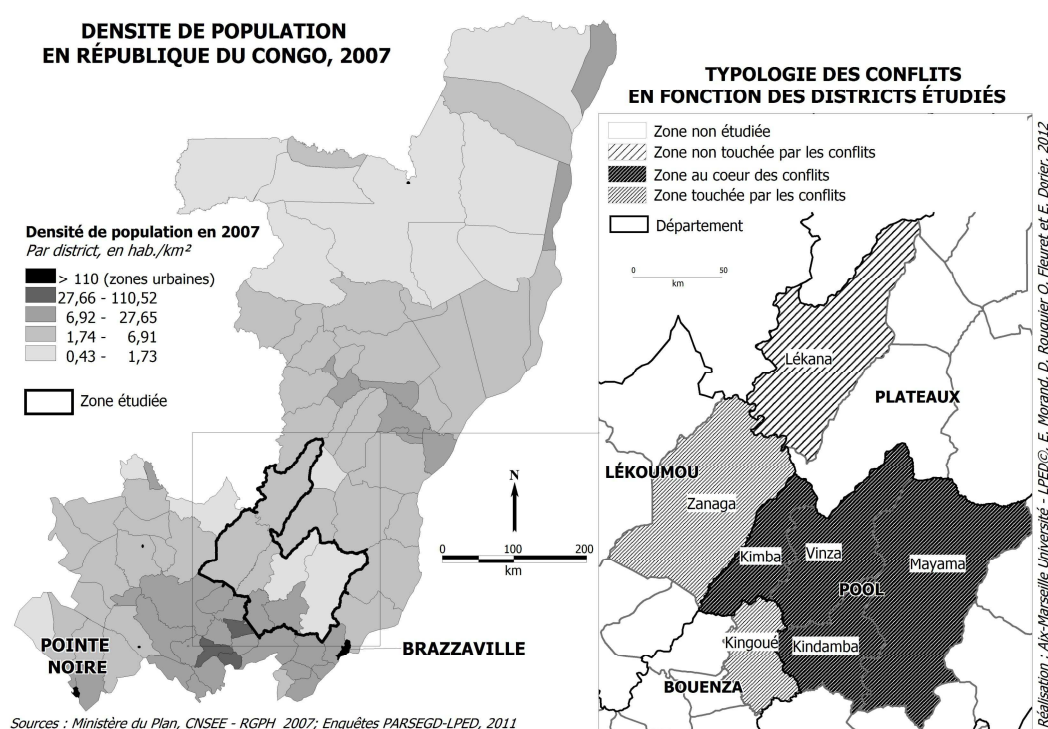
¹ Professeure des Universités.

² Doctorant.

³ Professeure des Universités.

Nous cherchons à montrer la difficulté de restaurer une accessibilité sanitaire de base dans une zone sous-peuplée et déstructurée par les guerres ; le hiatus grave entre la phase des interventions humanitaires et la faiblesse actuelle de l'engagement public ; la fragmentation du système de santé qui résulte du manque de coordination entre acteurs et de l'empilement de politiques parfois contradictoires, enfin les conséquences sur les usages du système de santé pour des populations toujours vulnérables.

Nous mobilisons pour cela plusieurs enquêtes nationales (*Enquête carte sanitaire*, 2005 et *Enquête ressources humaines*, 2009), des diagnostics territoriaux réalisés par enquêtes directes dans plusieurs districts ruraux, dont 6 affectés par les guerres (Pool et pays du Niari), ainsi que des monographies de leurs structures de santé (Dorier et alii 2011- Morand 2011).



Carte 1. Une zone d'étude meurtrie par une décennie de conflits armés

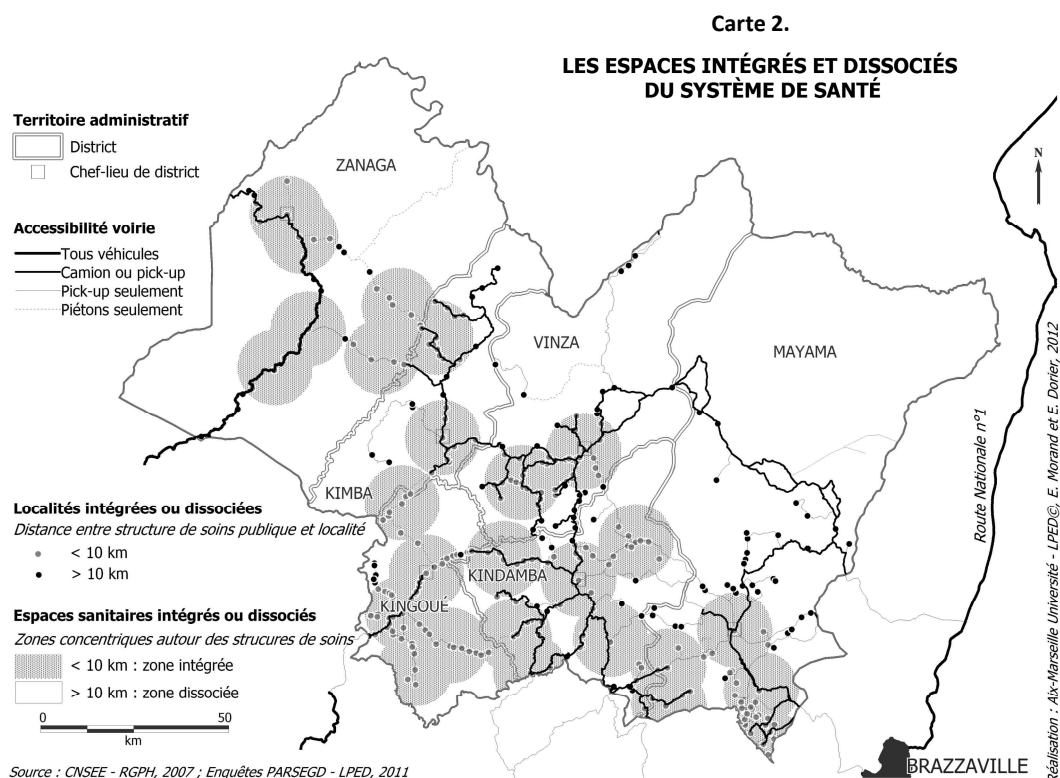
Enjeu de réhabilitation des structures de santé publiques par rapport à un peuplement dispersé

Les guerres ont engendré des impacts directs tels que des destructions de bâtiments, des dégradations suite aux réquisitions par les milices ou par l'armée, des pillages de matériels techniques, (par exemple le laboratoire de l'hôpital de Kindamba), et des abandons suite aux migrations forcées du personnel soignant. Les faibles densités initiales du peuplement, et la dispersion accrue de la population pendant et depuis les guerres (moins de 2 hab/km² dans certains districts de la zone étudiée) perturbent une stratégie de reconstruction d'ailleurs peu volontariste dans cette zone perçue comme foyer de rébellion, où les « ex-combattants » ou jeunes mobilisés dans les combats se sont repliés. Les rares appuis d'urgence à la réhabilitation de structures de santé, principalement financés par des fonds internationaux, ont donc été concentrés sur le sommet de la pyramide de la « carte sanitaire » : les Centres de Santé Intégrés (CSI) et les Hôpitaux (un seul dans la zone concernée). Au contraire du secteur de l'éducation où les communautés villageoises ont relancé « par le bas » et à leurs frais un maillage d'écoles primaires de proximité (Joncheray-Dorier, 2010), avec récemment un (mince) appui public, seuls de rares postes de santé

communautaires ont été réhabilités. Ainsi de nombreux « angles morts » subsistent dans le semis des structures de soins.

Depuis 1992, les PNDS (Plans Nationaux de Développement Sanitaire, documents cadres de la stratégie publique de santé) ont fixé l'objectif qu'aucun citoyen congolais ne soit situé à plus de 10 km d'une structure publique de soins. Une proportion importante des espaces peut être ici considérée comme complètement délaissée par les soins de santé primaires : zones situées à plus de 10 km d'une structure de soins, où se trouvent 22,39 % de la population. Le concept de territoire « intégré » ou « dissocié » représenté par la carte ci-dessous⁴ permet de hiérarchiser les territoires en fonction de la distance aux structures de soins ouvertes au public en 2011 (sachant que dans toute cette zone, compte tenu du délabrement des pistes rurales et de la pauvreté il n'y a quasiment aucune offre de transport motorisé de proximité, tous les déplacements se font à pied).

Ces angles morts sont des zones de combats plus touchées que d'autres par les destructions, ou réputées peu sécurisées (limite nord du district de Vinza, angle sud-est de Kindamba), ou des zones dont la marginalisation ethno-culturelle ancienne a été accentuée par les conflits (zones peuplées de Pygmées et de Tékés au nord de Kimba, très démunies). Enfin, les espaces de savanes sous-peuplés, à la charnière du Pool et des Plateaux sont difficiles à desservir. Mais au nord et à l'Est du district de Mayama, ce sous-équipement pose problème car des implantations agraires pionnières de migrants, déplacés des districts voisins, s'y sont développées.



Graphique 1. Proportions d'habitants selon la distance au centre de santé le plus proche

⁴ A ce stade on ne tient pas compte du niveau d'équipement et de service des structures.

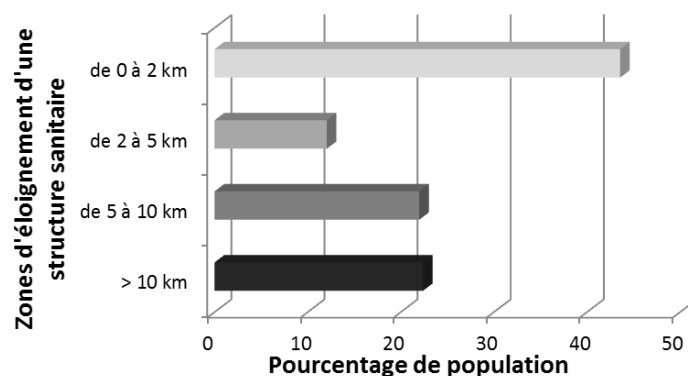


Photo 1. Poste de santé abandonné suite à la fuite du personnel de santé (District de Kimba)



Photo 2. Bâti lors de la colonisation, le CSI de Kimba a été réhabilité en 2005-2006 par le Comité International de la Croix Rouge (CICR). Cette structure de soins est dirigée par un infirmier.

Insuffisance en moyens de fonctionnement et en personnel qualifié

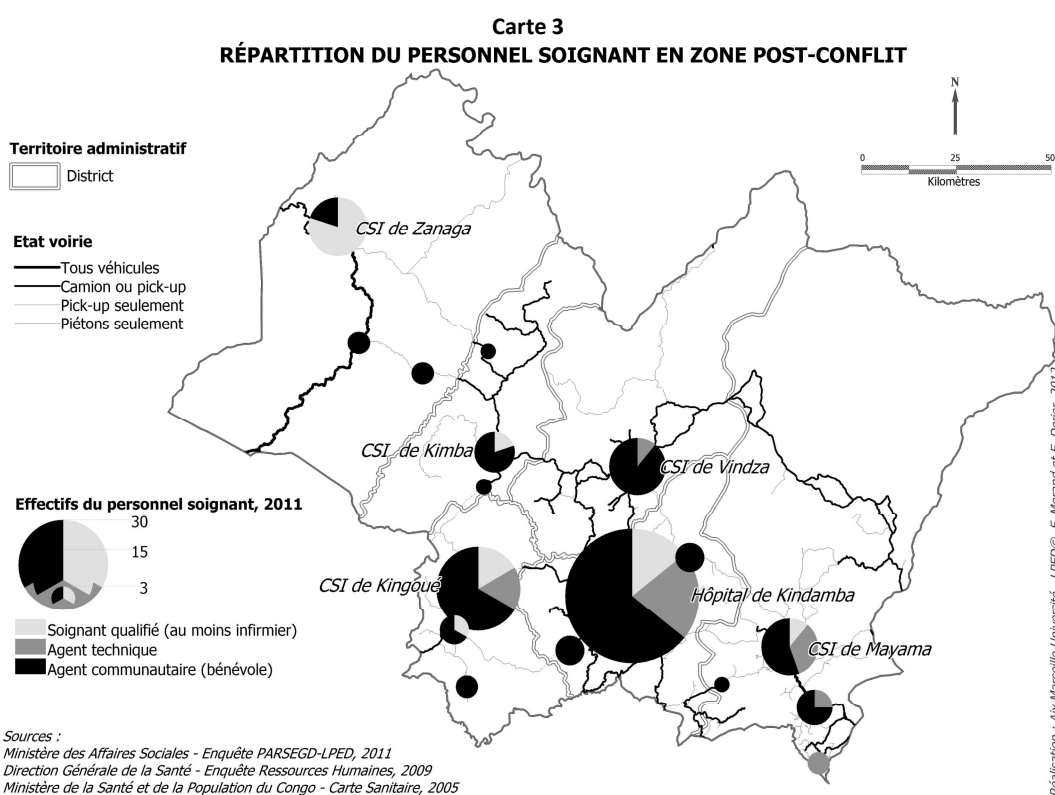
Un sous équipement grave persiste même dans les structures officiellement « réhabilitées » (Morand, 2011). La moitié sont approvisionnées moins de deux fois par an en médicaments. Le manque le plus conséquent est celui de personnel public qualifié imputable à un désengagement de l'Etat dans des secteurs toujours considérés comme instables. Certains personnels refusent d'honorer des affectations en zones très enclavées.

En 2010, les 2/3 du personnel soignant des structures de soins primaires sont des *agents communautaires*, c'est à dire ayant bénéficié de formations *ad hoc* de quelques mois seulement réalisées par des ONG d'urgence (CICR ou MSF) afin de pallier le manque de personnel. Surnommés « bénévoles », ils ne le sont pas totalement puisqu'ils perçoivent des indemnités de 5000 à 8000 F CFA par mois (8 à 12 euros) prélevés sur les recettes des structures de soins publiques. Ces recettes sont mobilisées grâce à la contribution financière exigée des malades (frais de consultation, d'accouchement, de vente de médicaments). Placés à la charge financière des usagers des centres de soins, ils sont parfois soutenus par des notables ou les nouveaux élus locaux (premières élections législatives en 2008).

Dans les territoires étudiés ici, l'unique structure dotée de personnel qualifié (1 médecin, 2 sage femmes) est le CSI de Kingoué, (inaccessible depuis les 4 districts voisins du Pool – Kindamba, Kimba, Vinza car les voies ont été détruites). Mais 8 ans après le cessez le feu et dans les 4 districts du Pool durement touchés par les destructions jusqu'en 2003, il n'y a toujours aucun médecin, y compris à l'hôpital de Kindamba, supposé desservir environ 30 000 personnes. Celui-ci est géré par deux assistants sanitaires qui cumulent diverses tâches administratives (administration de la circonscription socio sanitaire), épaulés par l'unique sage-femme de cette zone. Or plus d'un tiers de la population de la zone étudiée vit dans un périmètre supérieur à 50 km de toute structure hospitalière, soit à environ plus de 20 heures de la possibilité de prise en charge d'un acte urgent tel qu'un accouchement par césarienn

Après le départ de Médecins Sans Frontières (MSF) qui appuie l'hôpital de Kindamba 2004 à 2008 en matériel et en personnel expatrié, quelques gros équipements ont été achetés par le député élu de la circonscription (par ailleurs Ministre) : un bloc opératoire, une ambulance (2008), deux groupes électrogènes (dont un seul en fonction faute de carburant), divers matériels (microscope, réactifs). Mais les carences restent énormes en terme de personnel qualifié, mais aussi de matériel de diagnostic (radiographie – échographie), d'un poste de transfusion sanguine, de services d'ophtalmologie, de gynécologie, de stomatologie et d'ORL. S'ils peuvent se déplacer les malades se tournent donc d'emblée vers les hôpitaux de Brazzaville.

Selon les prévisions des bailleurs internationaux, cet hôpital devait être restructuré pour faire face à un flux d'une centaine de consultations par jour. Or en 2010, on dénombre moins de 1300 consultations externes et 2390 journées d'hospitalisations en un an pour 297 cas hospitalisés⁵. Ces chiffres témoignent d'une sous-fréquentation de la structure par rapports aux besoins potentiels d'une population de 18 000 personnes environ au district et de 30000 environ dans l'aire hospitalière.



L'aggravation de l'enclavement

La dégradation catastrophique du réseau des pistes rurales du Pool, aggravée par les guerres et par un gel durable des aménagements publics (jusqu'en 2011 inclus), s'avère être l'obstacle majeur dans l'organisation des services de soins (dissuasif pour le personnel qualifié, obstacle à l'approvisionnement en médicaments, frein au référencement de la population). L'enclavement est aussi le principal facteur de pauvreté rurale massive, en rendant aléatoire l'écoulement des produits agricoles. La possibilité de générer un revenu monétaire décent pour les paysans est bloquée alors que l'accès aux soins, même dans les structures publiques, nécessite une contribution financière.

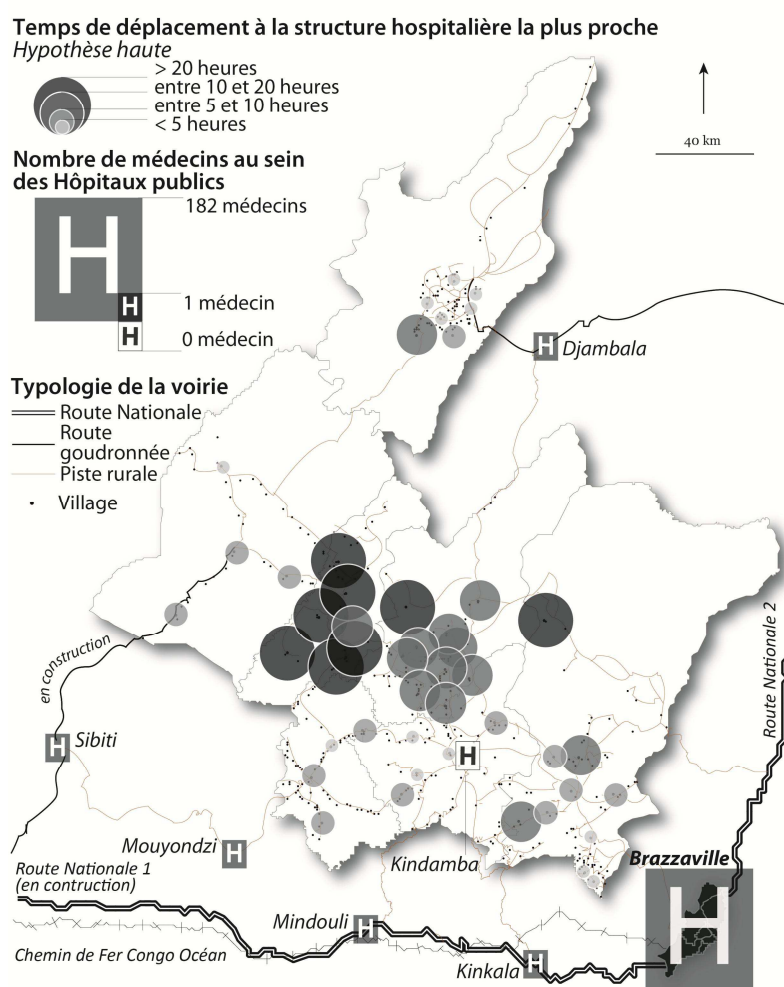
La carte ci-dessous indique les temps de transports entre des villages enquêtés et l'hôpital le plus proche. On peut y comparer, au nord, la situation d'une zone rurale n'ayant pas été touchée par les guerres qui dispose d'un hôpital de base avec un médecin et qui est reliée à

⁵ Source : 7^{ème} Conférence des Directeurs Départementaux (2011), DDS Pool.

la capitale par une route goudronnée, avec celle des zones encore enclavées et marginalisées du Pool nord-ouest. Les temps de trajets des véhicules lourds partant des districts de Kimba et Kindamba vers les hôpitaux décemment équipés les plus proches (ceux de la capitale) atteignent fréquemment plusieurs jours, jusqu'à une semaine en période de grandes pluies (pour 200 à 250 km). La durée est raccourcie en ambulance qui peut emprunter des pistes secondaires inaccessibles aux camions, mais alors c'est le coût du déplacement (à la charge des malades) qui peut devenir inaccessible. En outre, parmi l'ensemble des structures de soins du Pool nord-ouest, seul l'hôpital de Kindamba est doté d'une ambulance 4X4 (don du député de circonscription en 2008).

Pour rejoindre cet hôpital et son ambulance, les cas graves doivent d'abord être évacués depuis les centres de santé intégrés, dans des conditions matérielles et financières souvent insurmontables, alors même que les distances ne sont pas si longues. (carte et tableau ci-dessous).

Carte 4.
TEMPS D'ACCÈS À UNE STRUCTURE HOSPITALIÈRE ET DEMOGRAPHIE MEDICALE



Sources : Enquêtes PARSEGD-LPED, 2011 ; CNSEE-RGPH, 2007 ; MSP-Carte Sanitaire, 2005 ; DGS-COS, 2009
Réalisation : Aix-Marseille Université - LPED®, Erwan Morand et Elisabeth Dorier, 2012

Modalités d'évacuation de quelques centres de santé intégrés vers l'hôpital le plus proche

CSI d'origine	Localité de référencement	Prix	Distance	Temps
CSI de Killebé Moussia	HB de Kindamba	Brancardage pédestre	26,9 km	12 heures
CSI de Vindza	HB de Kindamba	Brancardage (moto en panne)	44,1 km	20 heures
CSI de Kimba	HB de Kindamba	40 000 FCFA (moto)	84,2 km	3 heures
HB de Kindamba	HB de Mindouli	37 000 FCFA (ambulance)	87,8 km	3 heures
	CHU de Brazzaville	75 000 FCFA (ambulance)	136,8 km*	7 heures

Source : E.Morand, PARSEGD-LPED, 2011

* distance en empruntant une piste secondaire

Evolution de l'accessibilité aux services de soins depuis les conflits

Suite aux conflits de 1998-99 puis 2002-2003, une logique d'assistance sanitaire conjoncturelle s'est mise en place, structurée par une pluralité d'organismes extérieurs qui se succèdent. Nous distinguons 4 principales phases :

- Au sortir des accords de cessez-le-feu dans le Pool (mars 2003), la période d'aide d'urgence humanitaire, gérée par des ONGs du type CICR puis MSF vise à apporter un minimum vital au plus grand nombre de personnes touchées. L'offre de gratuité des soins et de protection maternelle et infantile (PMI) est provisoire et ponctuelle. Elle entraîne une augmentation de l'affluence aux centres de santé, et aux cliniques mobiles qui desservent pour un temps des zones enclavées. Mais la plupart des centres de santé publics restent en mauvais état, sans équipement médical, ni eau, ni électricité, ni latrines. Des réhabilitations matérielles d'urgence sont financées par le CICR et réalisées par des ONG internationales (Comité d'aide médicale).

- De 2004 à 2008, après les reconstructions physiques, les appuis extérieurs ciblent l'équipement et le fonctionnement des structures. Dans ces zones rurales dépourvues de réseaux d'eau et d'électricité, les organisations humanitaires ont priorisé l'accès à l'eau : 62% des CSI bénéficient aujourd'hui d'une source ou forage aménagé. Ainsi, MSF assure le fonctionnement de l'hôpital de Kidamba, du Centre de santé intégré (CSI) de Vindza, et de cliniques mobiles. MSF intervient dans de nombreux centres en prestations gratuites de personnel humanitaire et de médicaments, fourniture de matériel, formation d'agents locaux. Le CICR a assuré la réhabilitation du CSI Kimba (2005-2006).

- En 2008, avec le retrait de ces ONG, débute une période transitoire d'intégration au système national sous l'égide d'un programme de l'Union Européenne. Le défi, auquel est confronté également la République Démocratique du Congo (RDC) voisine pour la restructuration des systèmes de santé en zones post-conflit, est d'assurer une pérennité budgétaire de ses structures (Médecins du Monde, 2006). Au Congo Brazzaville le « *Projet de réhabilitation et développement socio-économique dans le Pool* » financé par l'Union Européenne vise à organiser cette normalisation en faisant évoluer les structures de soins vers plus d'autonomie matérielle (mise en place d'équipements tels que plaques solaires pour l'électrification, puits, incinérateurs) et vers le principe d'équilibre budgétaire par « recouvrement des coûts » pour entretenir ces matériels. L'Union Européenne avec l'opérateur Médecins d'Afrique a ainsi réorganisé la gestion de 2 hôpitaux et de 13 CSI dans 5 districts du Pool en 2008-2009. Le bilan matériel est très décevant : la plupart des équipements, 2 ans après, sont incomplets (panneaux solaires sans batteries) inefficients (pas de carburant) ou détériorés (pompes). De plus, peu de personnels professionnels qualifiés ont été affectés dans ces centres de santé publics. L'autonomie financière est d'autant plus prisee : les soins et même la prévention devenus payants (consultations prénatales, accouchements, vente de médicaments), permettent de défrayer les agents communautaires, qui font tourner la majorité des structures, au lieu d'assurer un approvisionnement en produits de base. Après le départ de MSF, les communautés dû faire face à la fin de la gratuité des médicaments et à la disparition des prestations ambulatoires, le relais ayant été pris par la fonction publique. La fréquentation du système de santé biomédical diminue alors fortement, notamment pour les raisons d'inaccessibilité géographique et financière.

- Depuis 2010, les ONG se sont toutes retirées, et l'on est dans une phase théorique d'intégration au sein du système national, mais sans moyens en personnels, avec une accessibilité financière déficiente et un mauvais contrôle des structures de soins par le Ministère. Certes, ce dernier vise aujourd'hui à diffuser dans cette zone les nouvelles politiques internationales sectorielles de gratuité pour certaines pathologies (médicaments antipaludéens) et certains groupes de population (jeunes enfants, femmes enceintes,

personnes vulnérables). Mais la gratuité décrétée par le haut, appliquée dans un nombre croissant de pays africains (Morestin et Ridde 2009) entraîne ici une perte de ressources propres dramatique pour les structures, qui ne reçoivent pas de financements réguliers. Cette politique est donc appliquée de manière très différenciée selon les centres, surtout les plus enclavés, difficilement approvisionnés en médicaments. Les consultations prénatales, l'accouchement, la PMI restent payants partout.

Phases et acteurs de la reconstruction du système de santé en zone post-conflit (Pool)

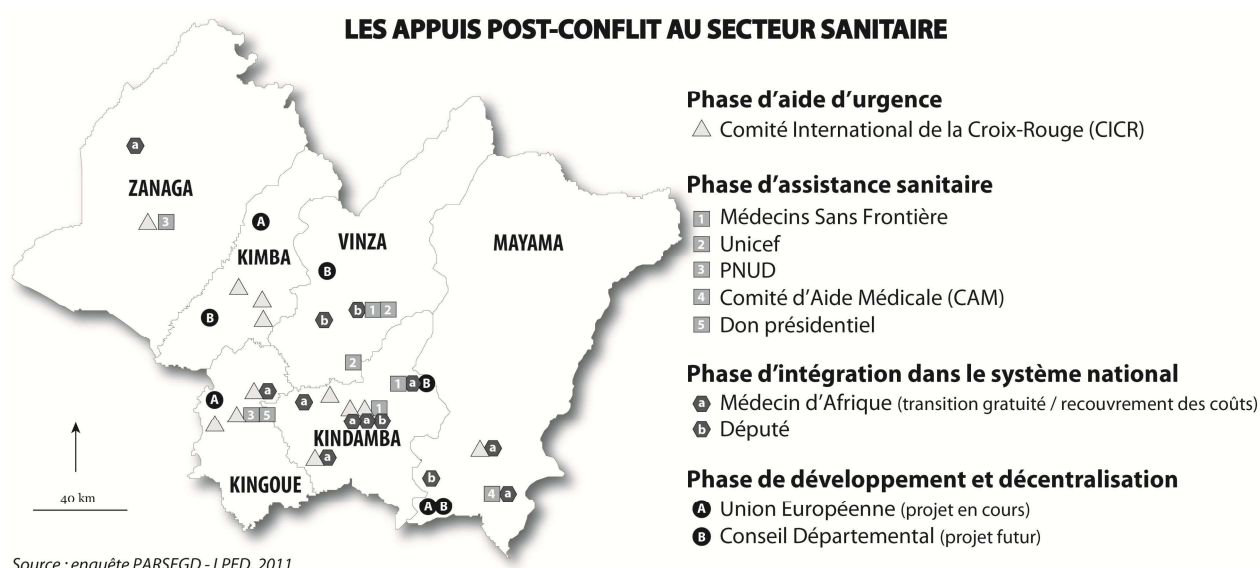
PHASE 1	PHASE 2	PHASE 3	PHASE 4	PHASE 5
1997 1999 puis 2002-2003	2001 puis 2003	2004 – 2007	2008 - 2011	2012 - ?
Destruction du système de santé	Phases d'aide d'urgence : appui humanitaire après cessez le feu	Phase d'assistance sanitaire extérieure	Phase transitoire d'intégration dans le système national	Phase de développement et décentralisation
Aucune ONG n'est autorisée à travailler dans la zone des conflits	CICR : distribution de biens essentiels, kits de matériel et produits alimentaires de base)	MSF : gratuité des soins, fourniture en matériel et médicaments, formation du personnel	Union Européenne/MDA : recouvrement des coûts Ministère de la Santé : gratuité sélective	Etat (Municipalisation accélérée), Elus locaux, Union Européenne (PCR), BAD : projet PADEC

E.Dorier E.Morand, source : *Diagnostics territoriaux, LPED, 2011*

Télescopages d'interventions partielles exogènes parfois incohérentes

Le système de santé est sans doute une des principales arènes où s'affrontent les politiques internationales et les missions des Etats en situation post-conflit, comme c'est le cas en RDC (Médecins du monde, 2006). Le manque de coordination entre les grands bailleurs, les acteurs délégués (ONGs, associations) et l'administration sanitaire constitue l'un des principaux points de blocages d'une offre de soins de qualité dans ces zones difficiles. La juxtaposition des initiatives humanitaires, de projets de développement hétérogènes et d'actions isolées d'origines variées (bailleurs internationaux, ONG, mécénat) mal connues du ministère concerné aboutit à une grande confusion pour la population comme pour les soignants, et provoque une fragmentation de l'espace sanitaire.

Carte 5. Des contrastes qualitatifs importants d'une structure à l'autre



Pour un statut identique, les centres de santé publics offrent à des usagers spatialement captifs des services de qualité extrêmement variables à des tarifs très inégaux (qualité de l'offre de soins, répartition du personnel soignant, coûts, application inégale des nouvelles politiques de gratuité etc.). Aucune logique ne peut être distinguée dans la tarification des soins. Les « projets internationaux » ont parfois imposés un barème uniforme dans les structures prises en charge (sans respecter le découpage sanitaire officiel). Ainsi, un patient du district de Kindamba ne paiera pas sa consultation (seulement les médicaments et les actes spécifiques), mais un autre patient habitant Vinza, dans la même Circonscription sanitaire paiera en revanche 500 FCFA en échange d'un diagnostic paramédical (moins de 1€). Cette hétérogénéité de l'accès au soins entre « territoires de projets » a été montrée dans des zones non conflictuelles du Sahel (Haddad, Ridde et alii, 2011), mais s'ajoutant ici à une situation humanitaire difficile et à un sentiment d'abandon fortement exprimé par les habitants lors des enquêtes, elle semble préoccupante. Aucune règle n'est appliquée de façon homogène. Le montant de l'accouchement varie énormément d'un centre public à l'autre : de 2000F CFA à 8 000 FCFA (5 jours de travail rémunéré de salarié agricole). Le montant est décidé par le Comité de santé (COSA) qui supervise le centre, il n'est pas lié à la présence de personnel qualifié (l'accouchement est moins onéreux à l'hôpital et à Kingoué, seul CSI doté de sage-femmes et plus cher dans les CSI les plus marginaux et exclusivement « communautaires »). Cette tarification désordonnée et élevée pose un problème de santé publique, d'autant plus dans des zones où les femmes ont spécifiquement été touchées par les récents conflits.

Types d'évolutions locales :

Le cas de Killébé Moussia est révélateur du faible niveau qualitatif actuel des services de santé « réhabilités ». Il y existe un décalage important (répétition) entre les efforts accomplis, notamment par les organisations humanitaires dans la phase immédiatement post-conflit, et la situation actuelle. Situé dans le district de Kindamba à l'ouest du Pool, c'est le deuxième plus grand village du district avec 953 habitants. Il souffre d'enclavement : aucune desserte par véhicule à 28 km seulement du chef lieu à cause du mauvais état des pistes. L'aire de santé théorique du CSI est d'environ 2000 habitants. La zone a été très touchée par les destructions. Avant la fin des conflits en 2003, le CICR a fait don de kits de « biens essentiels » acheminés par avion et distribués aux autorités présentes ainsi qu'au CSI (marmites, médicaments de première nécessité, denrées alimentaires de base, etc.). Passée cette aide urgente, MSF implanté notamment à l'Hôpital du district a appuyé le fonctionnement du CSI de 2004 à 2008 en distribuant gratuitement des médicaments, et en formant des personnes volontaires à la délivrance de soins de base. De 2008 à 2009, l'Union Européenne (avec comme opérateur l'ONG Médecin d'Afrique) a mis en place la transition vers une gestion rationnelle, impliquant des consultations payantes. Aujourd'hui 3 Agents Communautaires formés chacun par des organismes différents (MSF, Médecins d'Afrique et la Croix-Rouge) gèrent le fonctionnement du CSI. Ils sont indemnisés au pro-rata de la recette du CSI (20%), soit environ 8 000 FCFA par mois (12,20€). Malgré une tarification relativement élevée de certains actes (5200 FCFA pour un accouchement) l'utilisation des recettes pour le défraiement des agents empêche d'investir pour le fonctionnement de la structure (achat d'un microscope, d'une moto ou réparation du forage) et alourdit les charges pour le patient. De plus, l'enclavement du village rend incertaines les livraisons de médicaments, si bien que les patients sont parfois contraints de se rendre à pied à l'Hôpital du district situé à presque 30 km pour acheter les médicaments prescrits. Le CSI étant dépourvu de moyen de transport, les « urgences » sont traitées à l'Hôpital après déplacement du patient par brancardage pendant environ 12 heures.



Photo 4. Simulation du transport d'une « urgence » par brancardage à l'Hôpital le plus proche dure en moyenne 12 heures à pied depuis le CSI de Killébé Moussia.



Photo 2. Dispensaire de Massina, construit en 1960, jamais réhabilité depuis (département du Pool, district de Kimba)

Les CSI des chefs-lieu de district sont apparemment mieux dotés, notamment en personnels, mais la réalité du terrain est elle aussi très inégale. A Vinza, dernier bastion des miliciens ninjas-nsilulus (qui sont toujours présents au chef lieu et dans plusieurs hameaux voisins), un nouveau CSI tout récemment équipé en matériel de qualité vient d'être édifié dans le centre administratif du chef lieu. Il semblerait que l'Etat ait souhaité montrer sa présence, dans un environnement géopolitique local sensible (Dorier- Joncheray, 2011). Ainsi, le CSI de Vinza bénéficie d'un fonctionnaire (agent technique sanitaire en formation d'infirmier en alternance, à Brazzaville) assisté de 8 agents communautaires (en partie subventionnés par le député). Mais, malgré un équipement matériel neuf et une certaine bonne volonté, cette structure est sous-fréquentée, notamment en raison du manque de qualification de son personnel.

A Mayama, situé à 80 kilomètres de Brazzaville (3 à 5h de piste), dans une zone où les combats se sont répétés, le CSI a été détruit, reconstruit, incendié, puis réhabilité. Après le cessez le feu de 2003, la zone est assez vite considérée comme stabilisée, assez sûre pour l'affectation de fonctionnaires de l'Etat. Le CSI compte officiellement 3 professionnels de la santé dont un infirmier diplômé d'Etat, mais du fait d'opportunités de formations, du sous équipement de la structure, des conditions de vie quotidiennes difficiles dans un chef lieu sous-équipé, sans commerce, ils sont fréquemment à Brazzaville, et non remplacés durant leurs absences prolongées. Les mauvaises connexions routières font que ce CSI est mal approvisionné en médicaments, et que la présence à leur poste des agents statutaires est mal supervisée. Tout ceci entraîne une sous fréquentation marquée, les habitants qui le peuvent partent se faire soigner à Brazzaville.

La situation est encore plus préoccupante dans les structures de soins de proximité autres que les CSI qui proposent une offre approximative pouvant même être qualifiée de dangereuse pour la santé de la population. Le dispensaire de Massina n'ayant pas même un drap à disposer sur le lit de consultation en est le symbole même. Un nouveau Projet international, (Projet de Consolidation de la réconciliation par l'appui aux populations touchées par les conflits - PCR) financé sous le 9^{ème} Fonds Européen de Développement prévoit la réhabilitation de deux dispensaires ainsi laissés pour compte dans les anciennes zones de combats (Massina et Renneville). Ceci témoigne d'une bonne identification des lacunes et problèmes par les acteurs impliqués mais toujours d'interventions gérées de manière dispersées. Le réengagement public dans cette zone sensible est une toute nouvelle donne porteuse d'espoir (2011-2012). Il se traduit par un plan Etat-département donnant une certaine capacité d'initiative au Conseil Départemental, élu en 2008 (il prévoit la réhabilitation de 4 CSI dans la zone étudiée) et au projet de *Municipalisation Accélérée*

(Grands travaux sur budget national) prévue dans le Pool en 2012 (réhabilitation de diverses infrastructures). Mais le manque de concertation récurrent entre acteurs agissant dans la zone, la faible anticipation des besoins de fonctionnement en moyens et en personnel des structures réhabilitées pèsent sur ces initiatives.

Une dimension géopolitique locale.

Depuis 2007, face au désengagement de l'Etat dans cette zone, des initiatives locales nouvelles émanent des députés et des élus au Conseil Départemental (ces élections avaient été reportées, dans le Pool, à cause de la guerre de 2002-2003). Les députés constituent des personnes ressources incontournables, et sans leurs dons certaines structures ne fonctionneraient pas. Certains financent des réfections de centres de santé, distribuent du matériel et des médicaments sur leurs fonds personnels, notamment en période électorale.. Dans une logique nouvelle au Congo, l'action territoriale privée de ces élus veillant à entretenir des liens avec leur circonscription électorale va jusqu'à prendre en charge certains secteurs sociaux (financement des salaires des « bénévoles »). La période pré-électorale (2011) au cours de laquelle s'est déroulée l'enquête est sans doute propice à la multiplication de ces initiatives centrifuges, socialement utiles et cautionnées par certaines ONGs, mais pas toujours reconnues officiellement par l'Etat qui est placé devant le fait accompli (comme dans les deux exemples illustrés ci-dessous) alors que l'affectation de professionnels de la santé qualifiés relève du Ministère de tutelle et du budget public. Après le départ des ONGs humanitaires, puis des organismes extérieurs post-urgentiels, ce sont donc désormais des notables locaux qui pallient les carences de l'Etat dans la gestion du système de soins public.

Deux exemples de réfections de centres de santé financée par des députés de circonscription :



Photo 5. Poste de santé réhabilité à l'initiative du député du district (département du Pool). Ce poste de santé (selon la nomenclature officielle) revendique ici un statut de CSI que le ministère ne lui reconnaît pas (janvier 2011). Il est tenu par un seul agent communautaire partiellement financé par le député, qui a également subventionné la reconstruction et l'équipement du centre.



Photo 6. Dans une zone très enclavée, ce centre de santé encore non fonctionnel a été construit dans le village natal d'un des députés, par ailleurs entrepreneur de travaux publics. Après le début des travaux en 2007, le député semble prévoir de terminer les travaux d'aménagement de la structure en 2012, date coïncidant avec les prochaines élections législatives.

Utilisation extrêmement faible des services de soins

On pourrait s'attendre à une saturation de la fréquentation dans les rares structures existantes, notamment l'unique hôpital. Mais les effets conjugués de la grande pauvreté monétaire des habitants (accrue par la difficulté à évacuer et commercialiser les denrées agricoles), les mauvaises conditions de déplacements, la hausse du coût des soins, la

mauvaise qualité des prestations offertes par les structures en l'absence de personnel qualifié et de médicaments entraînent une très faible fréquentation des formations sanitaires publiques. En moyenne, dans les chefs-lieux des districts de Vinza, Kimba et Kindamba, seules 3 personnes sur 100 fréquentent une structure de soin officielle au moins une fois par an (selon les relevés des registres de consultations sur 2 mois des CSI de Vinza, Kimba et de l'Hôpital de Kindamba). Ce phénomène a été observé dans d'autres zones rurales africaines, où il a été montré depuis longtemps que la confiance qu'accorde la population aux soignants est un facteur primordial du recours aux soins (Hours, 2001). Le phénomène semble accentué ici, par rapport à des zones proches qui n'ont pas été touchées par les guerres et qui sont un peu mieux desservies.

Conclusion

Huit ans après le cessez le feu, et malgré un certain nombre de réhabilitations de structures, nous avons montré qu'un cinquième de la population des districts ruraux du Pool nord est spatialement exclue du système de santé officiel de base tandis qu'un tiers ne peut accéder aux soins hospitaliers. De plus l'accessibilité spatiale est ici souvent un leurre, les principaux facteurs de blocage étant le sous équipement des structures et l'absence de soignants qualifiés, paradoxalement associés à des coûts d'accès directs et indirects en hausse.

Le paradoxe observé dans les systèmes de santé en situation de post-conflit réside dans une dégradation de l'accessibilité financière aux soins et même à la Protection maternelle et infantile (consultations préventives payantes), entre la phase d'aide humanitaire et la phase de normalisation qui suit actuellement, alors que l'économie rurale n'est pas restaurée et que les populations souffrent d'une profonde pauvreté monétaire.

Les inégalités territoriales dans l'accès aux soins sont parfois aggravées par l'empilement des projets internationaux, l'engagement désordonné de fonds privés interférant avec les initiatives publiques structurées sous l'égide de la « carte sanitaire », ce qui aboutit à un fonctionnement fragmenté. L'Etat, orienté par les injonctions internationales et épaulé par différents acteurs (des coopérations bilatérales aux initiatives locales en passant par les ONG) affiche actuellement la volonté de réduire les inégalités d'accès à la santé. Mais les réformes comme la gratuité sectorielle des soins, sont difficilement mises en place car elles s'appuient sur un système de santé public qui repose principalement sur des agents « communautaires » à la charge financière des usagers. Le manque d'affectation de personnel public qualifié est le principal problème (hôpitaux ruraux sans médecins).

L'embryon de décentralisation, le retour de l'Etat via le programme présidentiel de la «Municipalisation Accélérée » pour 2012 et une remobilisation des ressources humaines du ministère de la Santé sont les principaux espoirs de développement sanitaire pour le Pool. Mais ces réalisations porteront-elles un retour durable de l'Etat dans son bastion d'opposition ou s'arrêteront-elles à des constructions d'infrastructures symboliques ? Les futurs projets prendront-ils enfin en compte le contexte socio-territorial spécifique pour répondre aux besoins de populations encore traumatisées, paupérisées, et qui se sentent abandonnées?

Caritas Congo, Catholic Relief Services (2004), *Le Département du Pool en République du Congo, une population abandonnée*, 52 p.

Centre National de la Statistique et des Etudes Economiques (2010), « *Enquête de Base sur l'Utilisation des Centres de Santé Intégrés (CSI)* », Brazzaville, septembre 2010, 115p.

Châtaigner J-M, Magro H. (2007), *Etats et sociétés fragiles: Entre conflits, reconstruction et développement*, Karthala, 2007, 565p.

Dorier E. et alii. (2011), Le district de Kindamba, Diagnostic territorial et multisectoriel en vue du Projet d'Appui au Développement Communautaire (PADEC), Université de Provence-LPED/ PARSEGD, Ministère

des affaires sociales de la solidarité et de l'action humanitaire du Congo, 93p, annexes, 24 cartes, 16 tableaux et graphiques.

Dorier E. et Joncheray M., (2011), «Territoires fragmentés et temporalités post-conflit. Décomposition et recompositions territoriales entre guerres et paix en République du Congo», communication au Colloque CTHS, *Faire la guerre, faire la paix*, Perpignan, 2-7 mai 2011 (sous presse).

Dorier E. et Morand E. (2011), *Le district de Vinza, Diagnostic territorial et multisectoriel en vue du Projet d'Appui au Développement Communautaire (PADEC)*, Université de Provence-LPED/ PARSEGD, Ministère des affaires sociales de la solidarité et de l'action humanitaire du Congo, 188 p, 33 cartes, 32 tableaux et graphiques, annexes.

Dorier E., (2011), *Le district de Mayama, si près de Brazzaville, Diagnostic territorial et multisectoriel du district de Mayama en vue du Projet d'Appui au Développement Communautaire (PADEC)*, Université de Provence-LPED/ PARSEGD, Ministère des affaires sociales de la solidarité et de l'action humanitaire du Congo, 83p, annexes, 20 cartes, 13 tableaux et graphiques.

Dorier-Apprill E., (1993), *Environnement et santé à Brazzaville, De l'écologie urbaine à la géographie sociale*, Thèse de Doctorat de Géographie, Paris X, ORSTOM, 668 p.

Dorier-Apprill E., (2000), « Le rôle du politique dans la décomposition urbaine et territoriale, le cas du Congo » in *Politiques et dynamiques territoriales dans les pays du sud*, Les publications de la Sorbonne-Prodig, pp. 155-170.

Dorier-Apprill E., Crespin E., Joncheray M., Marchand G., Ofoueme-Berton Y., Ziavoula R., (2008) *Les conflits et leurs impacts géographiques au Congo Brazzaville*, 5 posters, Festival international de géographie de Saint Dié, 2008. <http://fig-st-die.education.fr/galleries/index.php?category/170>.

Haddad S., Ridde V., Bekele Y. et Queuille L., (2011), *Plus les coûts sont subventionnés, plus les femmes du Burkina Faso accouchent dans les centres de santé*. Note d'information, Université de Montréal, 4 p. (en ligne)

Hours B, (2001), dir, *Systèmes et politiques de santé, de la santé publique à l'anthropologie*, Paris, Karthala.

Médecins du Monde (2006), *Reconstruction post-conflit des systèmes de santé - le cas de la RdC*, actes du colloque, Paris, octobre 2006.

Morand E (2011), *Accessibilité aux services de sante et politiques de gratuite des soins en situation post-conflit cas du Pool - République du Congo*, mémoire de master 2, sous la dir. D'E.Dorier et R.Lalou, Université de Provence.

Morand E, Rouquier D Dorier E Joncheray Mazurek H, (2011), *Accessibilité aux services de base en situation post-conflit, République du Congo*, poster scientifique, FIG de saint Dié, octobre 2011

Morestin F et Ridde V (2009), « *L'abolition du paiement des services de santé en Afrique. Ce que nous apprennent les écrits scientifiques* », note d'information, Université de Montréal, 8 p. (en ligne)

OCHA (2004), *Le Pool, une crise humanitaire négligée. Rapport d'évaluation humanitaire conjointe dans la région du Pool, République du Congo, Brazzaville*, 43 p.

Paka E. et Hervouët J-P, (1998), « Contribution aux études sur le système de soins modernes en République du Congo : approche géographique », in *Cahiers Santé*, N°8 , pp.454-460.

Résumé

Après avoir subi trois guerres civiles, la République du Congo est rentrée dans une phase de reconstruction qui dure depuis maintenant une décennie, mais qui se produit à des rythmes très lents et décalés selon les régions, et même à l'échelle locale. Les zones rurales du Pool Nord-Ouest plus longtemps affectées que d'autres par les conflits, font toujours face à un système de soins en crise (services sanitaires de base non assurés, fragmentation du système, inaccessibilité spatiale et financière, et utilisation minime de ces services en raison de leur faible niveau).

Mots clés : *Système de santé, accessibilité aux soins, post-conflit, Congo*

Summary

After enduring three civil wars, the Republic of Congo has entered a recovery phase that lasts for a decade now. But those changes are occurring very slowly and in an unequal way between the different scales and studied regions. Rural areas of Northwest Pool were more seriously and longer affected than the others ones by conflict. They still face a care crisis (basic health services uninsured, system fragmentation, spatial and financial inaccessibility, and use of care services for a minimal supply because of great lacks in qualitative and quantitative aspects).

Keywords: *Health system, care access, post-conflict, Congo*