

GOVERNANCE DE LA SANTE A L'ECHELLE LOCALE : LE DISTRICT SANITAIRE DE BACONGO (BRAZZAVILLE, REPUBLIQUE DU CONGO)

Etienne Paka,
Université Marien Ngouabi
Courriel : pakaetienne65@gmail.com

Résumé

Contexte : Depuis les années 1980, de nombreux pays africains ont mis en place des réformes des systèmes de santé visant, entre autres, à garantir la durabilité de l'offre de soins, améliorer sa couverture territoriale et sa gouvernance. Objectif : L'étude a été réalisée en 2020 à Baongo, l'un des districts sanitaires de la ville de Brazzaville. Elle vise à identifier les acteurs et à analyser les dispositifs de la gouvernance sanitaire à l'échelle locale. Méthodologie : Les données utilisées proviennent de trois sources : documents relatifs aux réformes sanitaires et administratives ; entretiens qualitatifs semi-directifs ; observation participante. Les entretiens et l'observation participante ont permis d'appréhender la perception, les logiques et les pratiques des acteurs impliqués dans la gouvernance sanitaire à l'échelle locale. Résultats : Même si l'Etat demeure un acteur essentiel du système de santé, plusieurs acteurs non étatiques sont impliqués dans la gouvernance urbaine des services de santé. Plusieurs dispositifs ont été mis en place à différentes échelles pour coordonner leurs interventions. Toutefois, faute d'une décentralisation administrative et sanitaire suffisante, les processus décisionnels restent encore marqués par la verticalité. Les dispositifs censés favoriser la participation des différents acteurs apparaissent comme des lieux de lutte de « pouvoir » pour le contrôle social et territorial. Le manque de convergence entre la logique étatique et celle des acteurs non étatiques (secteur privé et partenaires internationaux), l'asymétrie des positions et des ressources des acteurs, la non prise en compte des spécificités urbaines entraînent des incohérences et des dysfonctionnements en termes de maillage spatial et de fréquentation de l'offre de soins. Il convient de reconsidérer de manière durable le cadre et les objectifs de la gouvernance sanitaire locale pour mieux tenir compte de la complexité des situations urbaines concernant la santé.

Mots-clés : Gouvernance, services de santé, espace urbain, Baongo.

Abstract

Context: Since the 1990s, the Congo health authorities are implementing a reform of its health care system by: improving territorial coverage, ensuring the sustainability of health care provision, and promoting involvement of non-state stakeholders. Objectives: This study aims to identify actors and to analyze mechanisms of urban governance of health services at the local level of Baongo municipality. Methods: Data used come from three sources: health and administrative reports, semi-structured qualitative interviews, and participative observation. Both techniques are using as they help to understand people perception, logic and practices of actors

involved in health governance at the local level. Results: Although the state remains a key player in the management of health system, several private stakeholders are involved in the urban governance of health services. Several mechanisms have been implemented at different scales to coordinate interventions. However, due to lack of decentralization, decision-making and priority-setting processes are still adopting a top-down approach, and regulations adopted to encourage the participation of the various actors are often merely frameworks for decisions validation. Usually, there is lack of view convergence between state policy and private actors and developing partners, and this does not facilitate decision-making processes. The framework and objectives of local governance need then to be reconsidered in a sustainable manner to better reflect the complexity of urban health situations

Keywords: Governance, healthcare services, urban space, urban space, Bacongo.

0. Introduction

Portées initialement sur les questions économiques et de gestion des ressources publiques, notamment sous l'impulsion des institutions financières internationales qui en font une des conditionnalités de leurs aides, les questions relatives à la gouvernance ont investi les champs politique et social. Les sciences sociales en ont fait un axe fécond de recherches. Les approches du concept de gouvernance ont évolué et se sont diversifiées. Elle est « envisagée à la fois comme le problème et la solution de la crise des Etats africains » (G. Blundo, 2002, p. 1), et concerne tous les domaines de l'action publique, quelle que soit l'échelle territoriale. La récurrence de cette thématique s'explique par plusieurs facteurs. A. Torre (2011, p. 1) en propose trois. Le premier est la complexité croissante des acteurs qui interviennent dans la mise en œuvre des politiques publiques (Etats, Institutions internationales, bailleurs de fonds, Organisations non gouvernementales, associations diverses...) et dont les logiques et les intérêts ne sont pas toujours convergents. Le deuxième est relatif à la demande de plus en plus marquée des populations en matière de démocratie locale et donc de participation à la prise de décisions relatives aux actions déployées dans leurs territoires. Le troisième facteur concerne la multiplicité des échelons territoriaux de décision. Aux découpages administratifs se sont ajoutés des découpages sectoriels, notamment les découpages sanitaires. C'est d'ailleurs, entre autres, par le biais des découpages sanitaires que la présente étude aborde la problématique de la gouvernance dans le secteur de la santé.

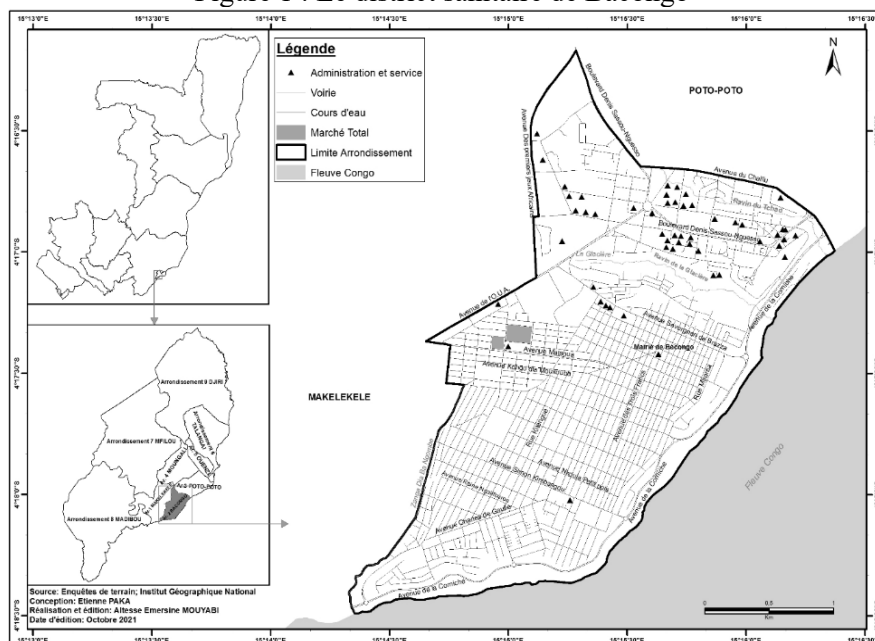
L'étude a été réalisée entre octobre 2019 et juin 2020 dans le district sanitaire de Bacongo. En 2014, ce district sanitaire a été retenu, parmi d'autres, pour le déploiement du plan de développement des services de santé (PDSS) cofinancé par la République du Congo et la Banque mondiale. Dès lors le développement des activités sanitaires dans ce territoire a impliqué plusieurs acteurs : l'Etat, à travers ses représentants locaux, les experts du ministère de la santé et les personnels de santé ; la population, par

l'intermédiaire des comités de santé ; la Banque mondiale, en tant que partenaire. Quatre questions structurent alors cette étude : quel est le dispositif institutionnel de la gouvernance des services de santé ? Qui en sont les acteurs ? Quels en sont les enjeux socio-spatiaux ? Quel en est l'impact sur le fonctionnement de l'offre de soins et son utilisation par les populations ?

1. La zone d'étude

Le district sanitaire de Baongo, qui correspond à l'arrondissement du même nom, se situe au sud de la ville de Brazzaville (fig. 1). Adossé au Fleuve Congo, l'espace actuel de l'arrondissement s'est constitué à partir du « village urbain » de Baongo, l'une des « Brazzavilles noires » de G. Balandier (1957, p.248), créé en 1909. Il est donc l'un des secteurs urbains les plus anciens de la ville de Brazzaville. Ce territoire urbain peut globalement être divisé en deux grandes composantes. Au nord-est, au-delà du ravin de la glacière jusqu'à la limite avec l'arrondissement de Poto-Poto, se situe un espace administratif, même si on y trouve également des zones résidentielles plutôt aisées. Au sud du ravin de la glacière jusqu'à la pointe sud-ouest de l'arrondissement se trouve un grand ensemble résidentiel « populaire » et commercial. C'est un espace qui est fortement structuré autour du Marché Total, le plus grand marché domanial de Brazzaville.

Figure 1 : Le district sanitaire de Baongo



2. Méthodologie

2.1. *Clarification conceptuelle*

Diverses approches de la gouvernance sont proposées. Pour N. Dubus (2010) :

En géographie, la gouvernance, versant social du développement durable, suppose l'organisation systématique d'un débat public impliquant les citoyens autour des décisions et des projets qui concernent le territoire et son environnement. Il est dès lors essentiel de rendre intelligible, quelle que soit l'échelle de référence, la complexité des enjeux et des dynamiques qui affectent l'organisation spatiale.

E. Chia et *al.* (2010, p. 4) définissent la gouvernance comme :

Un processus dynamique de coordination (...) entre des acteurs publics et privés aux identités multiples et aux ressources (au sens très large : pouvoirs, relations, savoirs, statuts, capitaux et financiers) asymétriques autour d'enjeux territorialisés.

Le secteur de la santé n'est pas épargné par les questionnements concernant la gouvernance.

Dans le champ de la santé, ce concept est arrivé au début des années 1990, pour répondre à la remise en question des formes traditionnelles de régulation du système de santé, sous la pression combinée de l'augmentation des besoins et des attentes, et d'un contrôle plus strict des ressources (F. Alla, 2008, p. 101).

A. Niang Diene (2019, p. 22) définit la gouvernance en santé comme étant « *Les fonctions et mécanismes qui régissent les relations entre les acteurs de la santé (pouvoirs publics, collectivités usagers privés, partenaires, etc.) pour atteindre les objectifs nationaux de santé* ». Pour cette étude, nous retenons l'approche de la gouvernance proposée par E. Chia et *al.* De cette approche il apparaît que traiter de la gouvernance en santé implique de s'intéresser tout autant aux dispositifs institutionnels, aux acteurs, qu'aux enjeux socio-spatiaux de la santé.

2.2. *Indicateurs*

En reprenant la définition de la gouvernance de E. Chia et *al.*, pour cette étude « *l'enjeu territorialisé* » est la santé (fig. 2). C'est autour de cet enjeu que s'inscrivent les interventions de différents acteurs dans le district sanitaire de Bacongo.

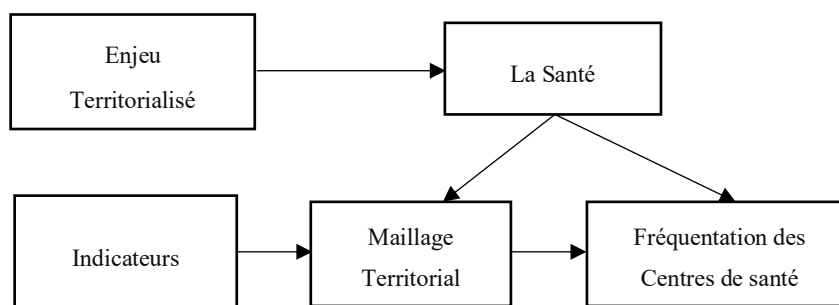


Figure 2 : Cadre méthodologique

Deux indicateurs sont retenus pour analyser la gouvernance. Le premier est le maillage territorial en aires de santé. Cet indicateur permet d'illustrer les divergences des logiques des différents acteurs concernant le découpage sanitaire. Le second indicateur est la fréquentation des centres de santé aussi bien du point de vue de l'offre que de la demande de soins. Cet indicateur est décomposé en trois sous-indicateurs : le nombre de consultants par centre de santé ; le nombre de consultants ayant fréquenté le centre de santé de leur aire de santé de résidence ; le nombre de consultants ayant fréquenté un centre de santé en dehors de leur aire de santé de résidence.

2.3. Collecte des données

Les données utilisées proviennent de trois sources : les documents relatifs aux réformes administratives et sanitaires ; les entretiens semi-directifs réalisés auprès des acteurs à différents niveaux (centre de santé, comité de santé, district sanitaire, direction départementale de la santé, ministère de la santé) ; les observations participantes lors des réunions statutaires des comités de santé ; les registres des centres de santé. Les observations participantes ont eu lieu au niveau des comités de santé des aires de Mpissa et Madame. Elles ont permis de mieux saisir les logiques et les discours des différents acteurs impliqués dans la gouvernance sanitaire au niveau local.

Les données de fréquentation des centres de santé ont été recueillies dans les huit structures de premier recours du district sanitaire impliqués dans le PDSS (tableau 1).

Tableau 1 : Les centres de santé du district sanitaire de Bacongo impliqués dans le plan de développement des services de santé (PDSS).

Centres de santé	Statut
Bissita	Public
CMS église évangélique	Privé confessionnel évangélique
Gendarmerie	Public
Karin Johanson	Public
Madame	Public
Centre médical Œuvre médicale	Privé confessionnel catholique
Saint Pierre Claver	Privé confessionnel catholique
Cabinet médical Sante Bien Être	Privé laïc

La saisie des données sur des supports Excel était faite le week-end pour ne pas gêner le fonctionnement des centres de santé. Pour cette même raison, il nous a été possible de n'exploiter que les données de fréquentation sur trois mois, de janvier à mars 2020. L'étude ne présente que les données concernant les consultations curatives.

3. Résultats

3.1. Un dispositif de la gouvernance sanitaire encore peu fonctionnel

La question de la gouvernance sanitaire est analysée à deux niveaux : le niveau administratif et le niveau sanitaire. Au niveau administratif, il s'agit de considérer les compétences sanitaires dévolues aux collectivités locales dans le cadre de la décentralisation. Du point de vue sanitaire, il est question d'examiner le dispositif de la gouvernance à chaque niveau de la pyramide sanitaire à l'échelle locale.

3.2. Au niveau administratif

Depuis l'indépendance, toutes les constitutions du Congo ont retenu le principe de la décentralisation comme mode d'organisation administrative de l'Etat. Un pallier important a été franchi en 2002 avec l'adoption et la promulgation d'un corpus de neuf lois correspondant aux neuf principes directeurs énoncés dans la constitution du 20 janvier 2002. Il s'agit, entre autres, de la loi du 6 février 2003 portant transfert des compétences aux collectivités locales. Dans le domaine spécifique de la santé, c'est 2019 qu'a été promulguée la loi n° 17-2019 du 21 mai 2019 fixant la répartition des compétences entre l'Etat et les collectivités locales en matière de santé de base et définissant les modalités de leur exercice par le département et la commune.

Parmi les compétences sanitaires relevant des collectivités locales figurent, notamment, la gestion des structures sanitaires (du poste de santé à l'hôpital de district) ; la surveillance épidémiologique au niveau communautaire ; le recrutement, l'affectation et la rémunération du personnel ; l'animation des organes de participation communautaire dans la gestion des formations sanitaires ambulatoires et hospitalières. Cette loi a été complétée en 2020 par les décrets n° 2020-551, 2020-552 et 2020-553 fixant les attributions, l'organisation et le fonctionnement des organes de gouvernance sanitaire au niveau local (fig. 3).

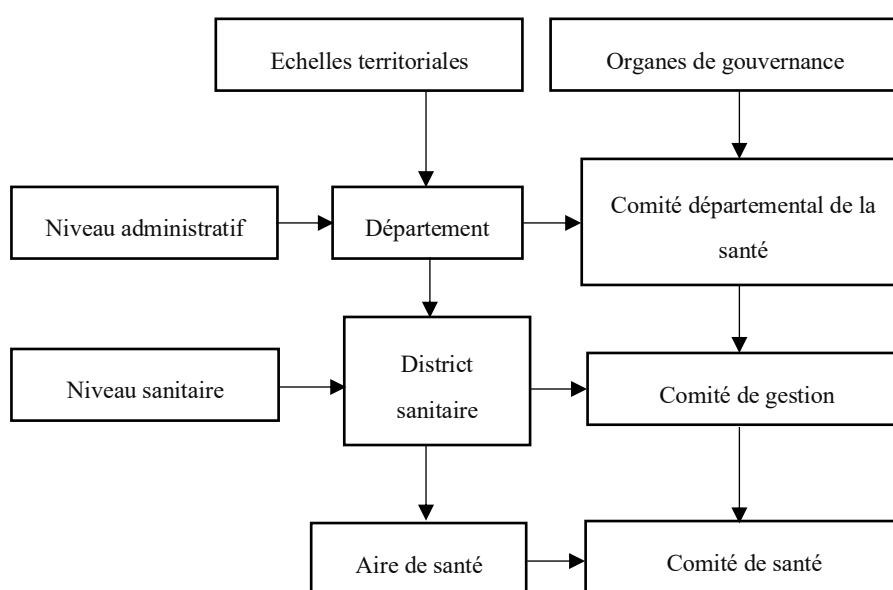


Figure 3 : Organes de la gouvernance sanitaire locale

Au niveau départemental, l'organe de la gouvernance sanitaire est le conseil départemental de la santé présidé par le préfet, représentant l'Etat, assisté par le président du conseil départemental, représentant la collectivité locale. Le conseil départemental de la santé réunit des acteurs venant de divers secteurs de l'Etat, des entreprises, de la société civile et de la population. Cet organe récemment créé n'est pas encore réellement fonctionnel dans les collectivités locales. Il faudra donc attendre quelques temps pour juger de sa capacité à favoriser une réelle prise en charge des problématiques sanitaires à l'échelle locale.

3.3. La gouvernance sanitaire au niveau local : un dysfonctionnement structurel lié à la question du leadership

Deux organes de gouvernance correspondent aux deux échelles locales de la pyramide sanitaire. Le premier est le comité de gestion (COGES). Il organise la participation communautaire à l'échelle du district sanitaire (DS). Le COGES rassemble, entre autres acteurs, les représentants des comités de santé, des usagers, des confessions religieuses, des ONG et des partenaires techniques et financiers œuvrant dans le domaine de la santé au sein du district sanitaire. Le second organe est le comité de santé (COSA). Il favorise la participation communautaire au sein de l'aire de santé (AS) et cogère, avec l'équipe technique du centre de santé intégré (CSI), toutes les ressources affectées ou générées par le CSI.

Il n'existe pas de bilan national exhaustif et récent sur le fonctionnement des COGES et COSA. Un premier bilan partiel fait à l'occasion de l'évaluation du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2007-2011 relève que le processus d'organisation de la gouvernance lancé au cours des années 90 « s'est essoufflé » (PNDS, 2018, p.43). Il indique aussi que « seuls 26% des DS disposaient d'une association des COSA fonctionnelle. Si 79,7% des CSI avait mis en place des comités de santé, aucun d'entre eux ne satisfaisait aux critères d'un COSA fonctionnel ». (PNDS, 2018, p. 43).

A Bacongo, nous nous sommes intéressés aux COSA des aires de Mpissa et de Madame. L'aire de santé de Madame est constituée des quartiers 22, 23 et une partie du quartier 21 (Fig. 4). Depuis sa création, en 1996, ce comité de santé a toujours été confronté à un problème de leadership. Formellement, le président du comité de santé est élu après un vote lors d'une assemblée réunissant les représentants des populations de chaque quartier. En réalité le vote est précédé par une série de « négociations » entre les représentants des quartiers pour désigner, par consensus, le futur président du comité de santé. Le vote ne fait que valider une décision consensuelle.

Dès 1996, les représentants des quartiers 22 et 23, les plus nombreux, n'ont jamais pu s'accorder sur le choix du président du comité de santé. Ce n'est qu'en 2010 que le président et tous les autres membres du COSA ont été formellement élus. Le président élu était issu du quartier 22, celui qui abrite le CSI. En mai 2016, lors du renouvellement du COSA, le problème de leadership s'est de nouveau posé. Les représentants du quartier 23 ont proposé que la présidence du comité de santé leur revienne, après que celle-ci ait été occupée pendant six ans par un représentant du quartier 22. En l'absence d'un consensus entre les représentants des quartiers 22 et 23, ces derniers ont proposé que l'élection soit reportée, le temps de trouver un compromis. Les autorités administratives locales n'ayant pas validé cette proposition, une élection a eu lieu en leur absence et a conduit à la mise en place du COSA présidé par un représentant du quartier 21. Compte tenu des circonstances de son installation, le COSA actuel ne bénéficie pas réellement de l'adhésion des

populations des quartiers 22 et 23. Celles-ci estiment avoir perdu le contrôle de « *leur centre de santé* ». Nous verrons plus loin que cette situation n'est pas sans conséquences sur la fréquentation du CSI.

La création du COSA de l'aire de Mpissa est plus récente. Elle date de 2014. En réalité, il ne s'agit pas vraiment d'un COSA, puisqu'il n'y a pas encore de texte officiel qui le crée. Il s'agit plutôt d'un cadre formel qui a été mise en place dans le cadre du PDSS, afin de faciliter les échanges entre le personnel de santé et le comité de quartier. L'existence d'un COSA implique une participation de la population dans la gestion et le fonctionnement du centre de santé. Cela exige donc une transparence, notamment dans la gestion des équipements, des médicaments, des dons reçus et surtout des ressources financières. Cette question de la transparence semble être la pierre d'achoppement entre l'équipe médicale et les représentants de la population. Pour l'équipe médicale, au-delà du service médical à apporter aux populations, il faut aussi assurer la rentabilité de l'entreprise pour garantir le retour sur investissement. Cette logique est en contradiction avec celle de la participation populaire qui voudrait, non seulement que l'équipe médicale mette à la disposition des communautés toutes les informations relatives au fonctionnement du centre de santé, mais aussi que 5% du montant des recettes du centre de santé soient destinés au fonctionnement du COSA. Pour l'équipe médicale, « *il n'y a pas de comptes à rendre à des gens qui ne connaissent rien à la chose médicale et surtout qui n'ont pas donné un franc à l'installation du centre médical* ». De leur côté, les membres du comité de quartier accusent l'équipe du centre de santé de s'être approprié les médicaments fournis dans le cadre du PDSS en les distribuant à un prix trop élevé. Cette ambiance conflictuelle fait qu'il n'y a pratiquement pas eu de collaboration entre le personnel de santé et les représentants de la communauté. Comme à l'aire de santé de Madame, cette situation impacte la fréquentation du centre de santé.

4. Des acteurs aux logiques non convergentes. Le maillage territorial : entre équité territoriale et efficacité des services de santé

4.1. Équité territoriale : la logique de l'Etat

Héritée de la période coloniale, l'organisation spatiale des services de santé est encore calquée sur l'organisation administrative du territoire. Les découpages sanitaires successifs issus des PNDS depuis les années 90 n'ont pas fondamentalement apporté de modifications. En ville, le district sanitaire correspond, soit à un arrondissement, soit à un regroupement d'arrondissements. En dehors des villes, le district sanitaire correspond, soit à une sous-préfecture, soit à un regroupement de sous-préfectures. Les textes officiels font également référence au critère démographique. Un district sanitaire devrait couvrir une population de 30 000 à 100 000 habitants en

milieu rural, de 100 000 à 300 000 habitants en milieu urbain. En réalité, c'est le critère administratif qui détermine le découpage des DS. Le découpage des aires de santé est théoriquement fait sur la base d'un critère démographique. Une aire de santé devrait compter 2500 à 5000 habitants en zone rurale, 5000 à 10 000 habitants en zone urbaine. Ces seuils démographiques ont été retenus pour répondre à l'exigence de garantir l'équité territoriale d'accès par une distribution géographique maximale des centres de santé publics (E. Paka, 2018, p. 117).

4.2. Des principes à la réalité

Le district sanitaire de Baongo a été découpé en cinq aires de santé dans le cadre du PNDS (fig. 4). Il s'agit des aires de Bissita, Madame, Karin Johnson, Mpissa et Mabouaka. Les trois premières sont dites « développées », c'est-à-dire fonctionnelles avec l'implantation d'un CSI public. Les deux dernières sont dites « non développées », non fonctionnelles, car elles ne sont pas desservies par un CSI public. Ce découpage suscite quelques réflexions.

Le découpage des aires de santé a été fait à partir du seul critère administratif. C'est en effet le découpage des quartiers qui a été repris pour les aires de santé. Une aire de santé correspond, soit à un quartier (Mpissa Q 29, Karin Johnson Q24), soit à un regroupement de quartiers comme c'est le cas de Mabouaka (Q27 et 28), Madame (Q 22, 23 et une partie du Q 21) et Bissita (Q 25, 26 et une grande partie du Q 21).

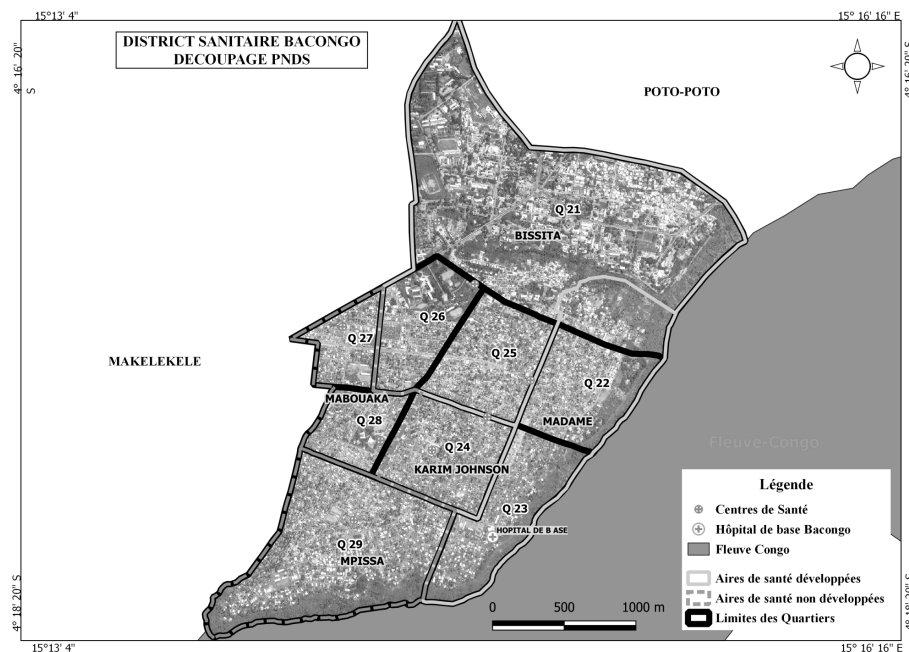


Figure 4 : Les aires de santé du district sanitaire de Baongo d'après le PNDS

Le découpage des aires de santé a été fait en « Top down » par les autorités sanitaires sans la participation des communautés. *« S'ils nous avaient écouté, on n'aurait pas accepté qu'on nous associe au quartier 21, cela nous aurait évité les problèmes actuels »*, affirme un représentant du quartier 22. *« On nous a seulement associé au recensement de la population de l'aire de santé, parce que notre présence était nécessaire pour convaincre les populations à participer à l'opération de recensement »*, dit un autre représentant du quartier 29.

4.3. Efficacité : logique du bailleur

En 2014, pour pallier aux insuffisances du système de soins du Congo, la République du Congo a entrepris d'expérimenter, avec la Banque Mondiale, l'achat stratégique des soins et services de santé comme approche de financement des structures de santé à travers le Programme de développement des services de santé (PDSS II). Ce programme a été cofinancé par la République du Congo et la Banque mondiale pour la période de 2014 à 2019 à hauteur de 120 millions de dollars USD, dont 100 millions (84%) pour le Congo et 20 millions (16%) pour la Banque mondiale. Ce programme avait comme objectif d'« *Augmenter le taux d'utilisation des services dispensés par les établissements de santé et améliorer leur qualité, grâce à un financement basé sur la performance* » (Banque mondiale, 2014, p. 22). Le financement basé sur la performance (PBF en sigle anglais) se situe dans le sillage de l'initiative de Bamako qui a consacré le recouvrement des coûts comme l'un des principes de durabilité des systèmes de soins en Afrique.

Dans le domaine de la santé, comme dans d'autres, la logique du PBF privilégie trois critères, par ordre de priorité : la qualité, l'efficacité et l'équité.

La qualité de prestation de services vient en première place car sans qualité un centre de santé ou une école peut devenir plutôt danger de santé publique ou une école de médiocratie ; L'efficacité vient en deuxième place car les ressources publiques sont par définition limitées ; On cherche l'équité seulement quand les fonds publics permettent de rembourser les structures sociales pour des éléments de la gratuité (Sina Health, Banque mondiale, 2017, p. 13).

Pour répondre à ces critères, l'approche PBF préconise la contractualisation, le recouvrement des coûts et la rémunération des personnels impliqués dans la chaîne des soins. Les centres de santé publics et privés impliqués dans le PDSS sont donc en contrat avec le programme. Ce contrat est construit à partir d'indicateurs mesurables et dont le niveau de réalisation conditionne le niveau de rémunération des acteurs impliqués.

A partir de 2014, le déploiement du PDSS à Baongo s'est traduit par un redécoupage des aires de santé pour correspondre aux critères du PDSS. De

cinq aires de santés desservies par des structures publiques on est passé à neuf aires, les nouvelles aires étant desservies par des structures privées laïques ou confessionnelles (fig. 5).

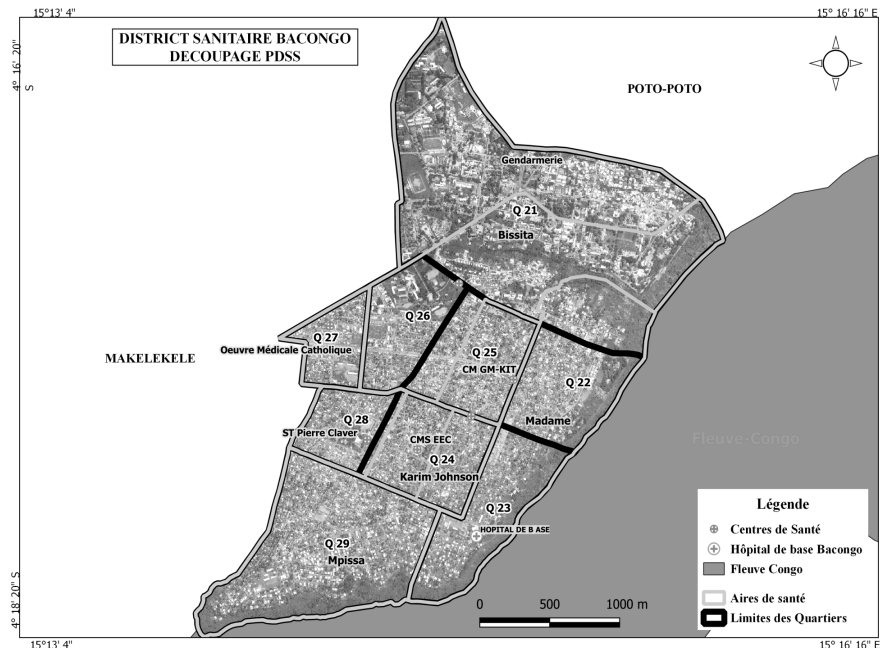


Figure 5 : les aires de santé du district sanitaire de Baongo d'après le PDSS

Comme le premier, ce second découpage n'a pas fait l'objet d'une réelle concertation entre tous les acteurs concernés. « *Comme la première fois, notre rôle c'était d'informer les populations afin qu'elles adhèrent* », affirme un président de comité de quartier. De nos entretiens avec les acteurs publics de santé, il ressort souvent de la part des acteurs de santé le fait d'un redécoupage venu « d'en haut ». « *Il fallait appliquer les critères du PDSS. Il est vrai que cela nous apportait du mieux concernant les équipements et la motivation des agents pour répondre aux besoins des populations. On ne peut pas s'opposer à un programme aussi important* » (propos d'un chef de centre).

4.4. Gouvernance sanitaire et fréquentation des centres de santé

Le tableau 2 présente trois sous-indicateurs de la fréquentation des centres de santé. Sur trois mois d'activité, deux centres font apparaître une faible fréquentation (tableau 2). Il s'agit de Madame (282 consultants) et Santé Bien-être (181 consultants). Cette relative faible fréquentation paraît en opposition avec le cadre géographique dans lequel ces centres sont implantés. L'aire de Madame regroupe en effet les quartiers les plus anciens de Baongo (Mbama et Dahomey). Dès 1954, M. Soret (1954, p. 32) y relèvait déjà les densités les

plus élevées de Baongo. C'est aussi au quartier Dahomey qu'a été implanté le premier centre de puériculture (celui dit Edouard Renard) pour les soins pédiatriques en même temps que le dispensaire adulte créé en 1913 (S. Dianzinga, 2009, p. 99 ; D.M. Nkodia Manckessi, 2013, p. 117). L'espace correspondant à l'aire de Mpissa s'est développé dans les années 1950 (P. Vennetier, 1957, p. 137) et demeure aujourd'hui parmi les secteurs les plus densément habités de Baongo.

Tableau 2 : Fréquentation des centres de santé

Centres de santé	Nb de consultants/centre de santé	Nb de consultants de l'Aire de santé ayant fréquenté un centre de santé	Nb de consultants ayant fréquenté le centre de santé de l'Aire	% de consultants ayant fréquenté le centre de santé de l'Aire
BISSITA	844	376	120	31,9
EGLISE EVANGELIQUE	529	597	227	38
GENDARMERIE	636	220	170	77,3
KARIN JOHANSON	1769	377	280	74,3
MADAME	282	546	128	23,4
ŒUVRE MEDICALE	442	85	39	45,9
SAINT PIERRE CLAVER	480	178	61	34,3
SANTE BIEN ETRE	181	653	103	15,8

Le niveau de fréquentation de deux centres de santé devrait donc être plus élevé que celui que l'on observe. Cette faible fréquentation interpelle les agents qui travaillent dans ces deux centres de santé. « *Nous nous demandons où est ce que les habitants de ce quartier vont se soigner, puisque nous ne les voyons pas ici* », déclare un agent de santé du centre Santé Bien-être. « *Comme les gens ne viennent pas, nous avons l'impression d'être dans un centre de repos alors que nous avons un centre bien équipé et qui donnent aussi bien les soins curatifs pour tout le monde que les soins préventifs pour les mères et leurs enfants* », dit un agent du centre de santé Madame.

La faible fréquentation de ces deux centres de santé pourrait laisser penser que les populations des aires de santé qu'ils desservent ont peu recours aux soins. L'analyse des chiffres de la troisième colonne du tableau 2 montre au contraire que les populations des aires de santé desservies par ces deux structures sont (en chiffres absolus) parmi celles qui ont le plus fréquenté un

centre de santé pendant la période observée. En réalité, ces populations fréquentent très majoritairement des structures de soins situées en dehors de leur aire de résidence. C'est le cas de plus de 75% des consultants de l'aire de Madame et de 80% de l'aire de Santé Bien-être. L'explication de la faible attraction de ces centres de santé est liée aux problèmes de gouvernance évoqués plus haut. Dans l'aire de Madame, les luttes de « pouvoir » entre représentants des quartiers pour le contrôle du comité de santé sont telles que les populations, notamment ceux des quartiers 22 et 23 préfèrent aller se soigner ailleurs qu'au CSI de leur aire de résidence. Dans l'aire de Mpissa, les relations conflictuelles entre le personnel de santé et les représentants de la communauté ainsi que le déficit en termes de participation communautaire qui en découle conduisent à une désertion du centre de santé par les populations du quartier.

5. Discussion

5.1. Positionnement des acteurs et gouvernance sanitaire

La gouvernance en tant que processus horizontal de prise de décision est encore loin d'être la norme sans le district sanitaire de Bacongo, et avec elle la participation communautaire. Le cas du découpage sanitaire le montre bien. Le premier découpage des aires de santé fait par les services du ministère de la santé a été réalisé de manière verticale sans une réelle association des représentants des populations. Le découpage administratif s'est imposé comme la base du découpage sanitaire, sans prendre en compte l'avis des populations. En milieu urbain le découpage sanitaire pose des difficultés particulières relatives, entre autres, à la continuité du bâti, à la densité et la diversité de l'offre de soins, à la liberté de choix des patients.... A cela s'ajoute quelques fois l'absence de limites naturelles (cours d'eau par exemple) pouvant faciliter le découpage des districts et des aires de santé. Dans un espace densément occupé, où placer « le curseur » pour délimiter un district sanitaire ou une aire de santé sans soulever de contestations ou revendications de tout genre ? Nous avons vu les contestations découlant du rattachement d'un bout du quartier 21 à l'aire de santé de Madame. Dans ce contexte, superposer le découpage sanitaire sur le découpage administratif préexistant apparaît souvent comme la solution la plus simple. Au Cameroun, E. Gauvrit et R. Okalla ont fait la même observation concernant le découpage des districts sanitaires et des aires de santé à Yaoundé :

Le principe retenu était de se baser sur le découpage administratif préexistant...La délimitation géographiques des districts de santé peut devenir un enjeu de pouvoir et de compétition... Les consensus pour valider les découpages auprès de la population sont fragiles, la contestation étant favorisée par un contexte accru de liberté et de diversité (régionale, politique, etc.) ... Une solution pour pallier cette complexité du découpage en milieu urbain était de faire coïncider ce découpage avec le découpage administratif. Aussi, le découpage de Yaoundé s'est

fait sur la base du découpage en arrondissements, alors au nombre de quatre. Le processus s'est poursuivi jusqu'au niveau des aires de santé, où le découpage a respecté l'existence de quartiers et de blocs, en les regroupant le cas échéant (1991, p. 4-5).

Paradoxalement, le découpage sanitaire en « top down » et le primat du critère administratif qui en découle ne déplaisent pas fondamentalement aux autorités administratives locales et aux représentants des communautés. En effet cette pratique présente l'avantage de ne pas bousculer « les habitudes administratives acquises » et de ne pas heurter ou fragiliser les positions des « chefs locaux ». Cette pratique participe au contraire au processus de légitimation de leur autorité dans leurs territoires et vis-à-vis des populations dont ils sont les représentants. En réalité, il se crée une sorte d'alliance tacite entre les décideurs du ministère de la santé et les autorités administratives locales censées représenter la population, les uns se servant des autres pour légitimer leur choix et leurs positions. S. Fleuret (2005) a fait la même observation au Mali :

Dans le domaine de la santé, les décideurs et les intervenants ne définissent généralement pas la communauté dans sa dimension géographique, mais ils s'appuient sur ses représentants pour donner une justification communautaire aux choix techniques qu'ils font. En retour, les représentants de la communauté trouvent dans leurs fonctions sanitaires une reconnaissance qui légitime leur propre statut vis-à-vis de la population.

Toutefois, certains auteurs remettent en question ce primat du critère administratif en arguant de certaines spécificités sociologiques et spatiales du milieu urbain (densité de la population, libre choix des usagers, densité et diversité de l'offre de soins, concurrence entre prestataires, mobilité des citadins, axes de passage...). D. Grodos, R. Tonglet (2002, p. 984) proposent une dissociation des découpages administratifs et des découpages sanitaires. Ces derniers devraient plutôt tenir compte des réalités socio-spatiales de la ville en s'appuyant sur les aires d'attraction réelles des centres de santé.

Le second découpage des aires de santé réalisé dans le cadre du PDSS donne à voir d'autres difficultés ou obstacles à la gouvernance sanitaire. Ce second découpage est en fait la manifestation de l'asymétrie des pouvoirs en termes de « ressources financières » entre l'Etat et le bailleur, en l'occurrence la Banque mondiale. La première phase du PDSS a été financée essentiellement par le bailleur. A travers le PDSS, c'est donc la logique du bailleur fondée sur l'efficacité qui a pris le pas sur celle de l'Etat basée sur l'équité territoriale. Cette situation découle de la pratique des bailleurs internationaux qui ont tendance à imposer « *leurs propres principes au détriment de ceux retenus par les pays bénéficiaires des aides* » (JF. Médard, 2001, p. 2). Au Cameroun, où les réformes du système de santé ont aussi été

soutenues par la Banque mondiale, la logique de l'Etat s'appuyant sur le cadre administratif s'est également trouvée confrontée à celle du bailleur privilégiant le critère démographique en lien avec le nécessaire recouvrement des coûts.

« La logique d'un découpage sanitaire selon une base territoriale préétablie se trouvait ainsi confrontée à une logique de puissance financière déséquilibrée entre la puissance publique et les bailleurs de fonds, un bailleur pouvant amener plus d'argent pour "son" seul district d'intervention que l'Etat pour toute la province...Aussi, par rapport à la capacité financière du gouvernement, les bailleurs ont pu imposer leurs « points de vue », à travers ce que le responsable de la Santé communautaire considère comme des conditionnalités. Les forces centrifuges des bailleurs de fonds ont distendu la carte sanitaire à leur profit. Cette prédominance financière leur donnait en effet une considérable latitude d'action et de décision, face à un Etat à la marge de manœuvre réduite et qui ne pouvait plus jouer son rôle de régulateur qu'il détenait au départ de la réforme » (E. Gauvrit et R. Okalla, 1991, p. 4).

5.2. Gouvernance sanitaire et contrôle territorial

Au niveau local, les organes de gouvernance tels que le COGES et le COSA devraient poser les jalons d'une sorte « d'empowerment » entendu comme l'appropriation des enjeux sanitaires par les acteurs locaux. Les observations faites au niveau du COGES, organe de gouvernance à l'échelle du district sanitaire, montrent que l'on est encore bien loin de l'implication tant attendue des représentants des populations dans la prise de décision. Ici également, l'asymétrie des pouvoirs en termes de « Savoir » consacre la prééminence des acteurs médicaux au détriment des autres parties prenantes. Dans une étude réalisée au sud du Bénin L. Fourn et *al* (2008) font remarquer que certains membres des COGES « *n'ont pas hésité à évoquer la dictature qu'ils subissent de la part de l'équipe dirigeante* ».

Le fonctionnement des COSA n'échappe pas aux enjeux de « pouvoir ». Ils nourrissent indéniablement les rivalités observées lors de l'installation du comité de santé actuel de l'aire de Madame. Présider le COSA ou en être membre ne relève pas que du symbolique. C'est une position qui confère une forme d'autorité et de légitimité vis-à-vis d'une communauté sur un territoire bien circonscrit. Le comité de santé est un organe d'intermédiation entre les autorités politico-administratives et la population. A ce titre il est l'objet des enjeux politiques, car la santé a incontestablement une dimension politique (A. Vaguet, M. Bertho Huidal, 2015, D. Fassin, 2000, p. 96, B. Ménard, 2002, p. 268). Pour l'aire de Madame, il n'est pas absurde de s'interroger sur le fait qu'un représentant minoritaire ait pu se faire élire à la tête du COSA. Certains de nos interlocuteurs ont évoqué des enjeux politiques qui auraient contribué à cette situation. Les travaux réalisés à Pikine (Sénégal) ont bien montré

comment les enjeux sociaux, économiques et politiques peuvent structurer le comité de santé.

Instrument de pouvoir économique - par le contrôle des finances et les possibilités de redistribution - et politique - par sa situation à la fois au-dessus et à côté des instances locales -, le comité de santé apparaît ainsi comme tout autre chose qu'un simple organe de participation des populations : il est le lieu où s'expriment les enjeux sociaux. Qu'il soit ainsi au centre de toutes les discussions, tensions et conflits est bien la manifestation du fait que s'y joue peut-être plus de pouvoir qu'on ne le pensait en définissant son statut (D. Fassin et al, 1986, p. 218-219).

Toujours sur Pikine, G. Salem écrit :

Les comités de santé mis en place par le projet belgo-sénégalais, chargés de la gestion financière des recettes et dépenses du poste de santé sont censés représenter la population correspondant à l'aire d'activité du poste ou du centre de santé. En fait, la constitution des comités de santé est dépendante des tensions et clivages entre et à l'intérieur des quartiers : le comité de santé est un enjeu de pouvoir, au même titre que les comités de parents d'élèves ou les comités constitués pour la construction de mosquées (1998, p. 294).

Le fait que des organes de gouvernance soient des lieux où se cristallisent des enjeux de pouvoir et de contrôle territorial ne serait pas un problème si ces organes participaient malgré tout à un meilleur fonctionnement de l'offre de soins, et par conséquent à l'amélioration de la couverture sanitaire des populations. Ce n'est pas le cas dans les aires de Madame et de Mpissa où ces enjeux de pouvoirs aboutissent au contraire à la désertion des centres de santé par les populations.

6. Conclusion

L'étude réalisée à l'échelle locale sur la gouvernance de la santé permet de tirer quelques enseignements. Les questions relatives à la gouvernance dans le secteur de la santé doivent être abordées selon une approche globale. Elles ne peuvent pas, par exemple, être dissociées de la question de la décentralisation. Les conseils départementaux de la santé, en tant que cadre de gouvernance sanitaire, sont de création trop récente pour en évaluer le rôle effectif. Il est cependant convenu de penser qu'au-delà des compétences inscrites dans les textes officiels, leur utilité dépendra nécessairement de la capacité des collectivités locales et des acteurs locaux à « décentrer » les problématiques sanitaires pour en faire aussi des enjeux locaux. Cela dépendra bien évidemment aussi de la disposition de l'Etat central à transférer effectivement les compétences sanitaires, et bien plus encore les ressources nécessaires à l'exercice de ses compétences par les acteurs locaux. En théorie,

les organes de gouvernance mis en place sont censés favoriser la participation des différents acteurs, et notamment des acteurs communautaires ou locaux, aux processus décisionnels concernant les problématiques sanitaires. En réalité certains acteurs comptent plus que d'autres en fonction de leurs « pouvoirs » en termes d'« autorité », de « savoir » ou de « ressources ». Les processus décisionnels sont encore marqués par la verticalité. Sur la question du découpage sanitaire, nous avons vu comment les structures centrales pèsent encore d'un poids qui ne laisse pas réellement de place aux acteurs locaux. De même, la logique du bailleur qui finance le programme de santé prévaut sur celle de l'Etat. Sur ce point, et au-delà du manque de convergence des logiques des acteurs, cela pose plus généralement la question de la pérennisation des programmes de santé financés en partie par des organismes internationaux, « les partenaires au développement ». Ces programmes n'ont généralement pas de lendemain, faute de financements relais des Etats.

Cette étude a aussi montré que la santé a une dimension territoriale indéniable. Cela se voit dans le fonctionnement des organes de gouvernance. Les luttes de « pouvoir » qui s'expriment à l'occasion de leur mise en place traduisent, pour les différents acteurs, une volonté d'avoir une assise territoriale, avec tous les réseaux clientélistes qui les sous-tendent. La santé apparaît bien comme un enjeu territorial. L'étude a montré que cela peut avoir des conséquences négatives sur la fréquentation de l'offre de soins. Ces conséquences pourraient aussi être évaluées en termes d'états de santé pour des groupes spécifiques tels les femmes enceintes, pour le suivi prénatal, et les jeunes enfants, pour le suivi vaccinal. C'est un axe de recherche qui reste à explorer en santé urbaine, y compris par des géographes dans la mesure où ces états de santé sont des marqueurs spatiaux (territoriaux).

Ce qui est en question ce n'est pas formellement les institutions de la gouvernance qui ont été mises en place. Traiter de la gouvernance, tout court, ou de la gouvernance dans le secteur spécifique de la santé revient à poser la question du statut des acteurs, notamment dans les territoires urbains où ces acteurs sont de plus en plus nombreux et venant d'horizons divers.

7. Références

- ALLA François, 2008, « Gouvernance : concept et débats », *Santé Publique*, n°2, Vol. 20, p. 101-101.
- BALANDIER Georges, 1957, *Afrique ambiguë*, Paris, éd. Plon, 376p.
- Banque mondiale, 2014, *Projet de développement du système de santé*, 88p.
- BLUNDO Giorgio, 2002. « La gouvernance, entre technique de gouvernement et outil d'exploration empirique » « Editorial », *Bulletin de l'APAD* [En ligne], mis en ligne le 17 février 2006, consulté le 01 mai 2019. URL : <http://journals.openedition.org/apad/129>, p. 1.

- CHIA Eduardo, Mathé Syndhia, Rey Valette Hélène, Michel Laura, Soulard Christophe, et *al.*, 2010, « Comment étudier (analyser) la gouvernance territoriale ? Mise à l'épreuve d'une grille de lecture ». Colloque AISRE - ASRDLF 2010. *Identité, Qualité et Compétitivité Territoriale. Développement économique et cohésion dans les Territoires alpins*, 23p. <hal-00621169>
- DIANZINGA Scholastique, 2009, « Santé et maladies en situation coloniale : l'exemple du Moyen-Congo (1908-1958) », *Annales de l'Université Marien Ngouabi, Lettres et Sciences Humaines*, 10 (1), p. 92-107.
- DUBUS Nathalie, HELLE Cécile, Masson-Vincent Michelle, 2010, « De la gouvernance à la géogouvernance : de nouveaux outils pour une démocratie LOCALE renouvelée », *L'Espace Politique* [En ligne], mis en ligne le 15 avril 2010, consulté le 13 avril 2021. URL : <http://journals.openedition.org/espacepolitique/1574> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/espacepolitique.1574>
- FASSIN Didier, JEANNEE Emile, Salem Gérard, Réveillon Marc, 1986, « Les enjeux sociaux de la participation communautaire : les comités de santé à Pikine (Sénégal) », *Sciences sociales et santé*. Volume 4, n°3-4, p. 205-221.
- FASSIN Didier, 2000, « Entre politiques du vivant et politiques de la vie : pour une anthropologie de la santé ». *Anthropologie et Sociétés*, 24(1), p. 95-116. <https://doi.org/10.7202/015638ar>
- FLEURET Sébastien, 2015, « Construction locale de la santé : quels sont les facteurs de réussite des projets locaux de santé communautaire ? », *L'Espace Politique* [En ligne], 26 | 2015-2, mis en ligne le 22 juillet 2015, consulté le 26 août 2021. URL : <http://journals.openedition.org/espacepolitique/>
- FOURN Léonard et *al.* 2008, « Influence de la pratique de la bonne gouvernance sur la qualité des soins maternels au Bénin, *Rev. CAMES*, Série A, vol 6, p. 70-77.
- GAUVRIT Eric, OKALLA Raphaël, 2001, « La difficile mise en place des districts sanitaires urbains », *Bulletin de l'APAD* [En ligne], mis en ligne le 06 mars 2006, consulté le 30 avril 2019. URL : <http://journals.openedition.org/apad/186>
- GRODOS Daniel, TONGLET René, 2002, « Maîtriser un espace sanitaire cohérent et performant dans les villes d'Afrique subsaharienne : le district de santé à l'épreuve », *Tropical Medicine and International Health*, volume 7, n° 11 p. 977-992.
- KODIA MANCKESSI Dreid Miché, 2019, *Maladies et politique de santé au Congo de 1906 à 1960*, Thèse de Doctorat en Histoire, Université Marien Ngouabi, Brazzaville, 336p.
- MEDARD Jean-François, 2001, « Décentralisation du système de santé publique et ressources humaines au Cameroun », *Bulletin de l'APAD* [En

- ligne], 21 [2001, mis en ligne le 27 mars 2006, consulté le 30 avril 2019.
URL: <http://journals.openedition.org/apad/35>
- MENARD Béatrice, 2002, « Questions de géographie de la santé », *L'Espace géographique*, n°3, tome 31, p. 264-275.
- NIANG DIENE Aminata, 2019, *La gouvernance de la santé au Sénégal*, l'Harmattan, tome 1, coll. Populations, 252p.
- PAKA Etienne, 2018, « L'organisation territoriale et fonctionnelle des services de santé au Congo : permanences et ruptures », *Baluki, Vol II*, n°3, p.107-126.
- République du Congo, Ministère de l'intérieur et de la décentralisation, 2013, *Recueil des textes législatifs et réglementaires sur la décentralisation*, Brazzaville, 195p.
- République du Congo, 2018, *Plan national de développement sanitaire 2018-2022*, 176 p.
- République du Congo, Groupe de la Banque mondiale, 2018, *Evaluation finale du PDSS II*, 88p.
- RIDDE Valery, 2004, *L'initiative de Bamako 15 ans après. Un agenda inachevé*, Health, Nutrition and Population-Banque mondiale, 40p.
- SALEM Gérard, 1998, *La santé dans la ville. Géographie d'un espace dense : Pikine (Sénégal)*. Editions Karthala-ORSTOM, Paris, 360p.
- SINA Health, 2017, *Financement basé sur la performance en action : Théorie et Instruments*, 251p.
- SORET Marcel, 1954. *Démographie et problèmes urbains en AEF : Poto-Poto, Bacongo, Dolisie*. Mémoires de l'institut d'études centrafricaines, n°7, Brazzaville, 131p.
- TORRE André, 2011, « Les processus de gouvernance territoriale. L'apport des proximités », *POUR*, N° 209-210, p. 1-6.
- VAGUET Alain et BERTHO HUIDAL Michelle, 2015, « (Géo)politique et Santé », *L'Espace Politique* [En ligne], mis en ligne le 22 juillet 2015, consulté le 02 octobre 2021. URL : <http://journals.openedition.org/espacepolitique/3441> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/espacepolitique.3441>
- VENNETIER Pierre, 1957, « Banlieue noire de Brazzaville. La vie rurale et les rapports entre la ville et la campagne à Bacongo », *Cahiers d'outre-mer*, n° 38, p. 131-157.