L'ORGANISATION TERRITORIALE ET FONCTIONNELLE DES SERVICES DE SANTE AU CONGO : PERMANENCES ET RUPTURES

PAKA ETIENNE
Département de géographie, Université Marien Ngouabi, B.P : 69 pakaetienne@yahoo.com

Résumé

L'efficacité des services de santé ne peut être dissociée du contexte dans lequel ces services se déploient. Au nombre des éléments constitutifs de ce « contexte », figure l'organisation territoriale et fonctionnelle. L'étude vise à analyser l'évolution de cette organisation au Congo. Différentes sources d'informations ont été utilisées (documents déjà publiés, entretiens avec des personnes ressources…). Les informations recueillies sont analysées dans une perspective historique permettant de saisir les permanences et les ruptures de l'organisation des services de santé. Trois périodes marquent son évolution. La première part de la colonisation jusqu'au début des années 1970. L'organisation sanitaire se caractérise par une continuité du modèle colonial. La deuxième s'ouvre avec les années 1970. Elle est marquée par une uniformisation de la base territoriale des services de santé curatifs et préventifs. La réorganisation fonctionnelle et territoriale depuis les années 1990, qui caractérise la troisième période, est fondée sur trois principes censés rompre avec les périodes précédentes : intégration des soins, simplification de la hiérarchie sanitaire et recouvrement des coûts. Cette réorganisation ne tient cependant pas assez compte des spécificités territoriales. Un champ de recherche est ainsi ouvert à la géographie.

***Mots-clés** : Congo, services de santé, organisation territoriale et fonctionnelle*

Abstract

The effectiveness of health services can not be dissociated from the context in which these services are deployed. Among the constituent elements of this "context" is the territorial and functional organization. The study aims to analyze the evolution of this organization in Congo. Different sources of information were used (documents already published, interviews with resource persons ...). The information collected is analyzed in a historical perspective to capture the permanence and breaks in the organization of health services. Three periods mark its evolution. The first part of colonization until the beginning of the 1970s. The health organization is characterized by a continuity of the colonial model. The second opens with the 1970s. It is marked by a standardization of the territorial base of curative and preventive health services. The functional and territorial reorganization since the 1990s, which characterizes the third period, is based on three principles supposed to break with previous periods: integration of care, simplification of health hierarchy and cost recovery. This reorganization, however, does not take enough account of territorial specificities. A field of research is thus open to geography. Keywords: Congo, health services, territorial and functional organization

Introduction

Le Congo, comme beaucoup de pays africains, a entrepris de nombreuses réformes de son système de santé depuis plusieurs années. Cela s'est fait à travers l'adhésion à divers textes africains ou mondiaux concernant le secteur de la santé, depuis la Déclaration d'Alma-Ata

(1978), sur les soins de santé primaires, à la déclaration d'Alger (2008), sur la recherche pour la santé en Afrique, en passant par la déclaration d'Harare (1987), sur le système de santé de district, et l'Initiative de Bamako (1987), sur le recouvrement des coûts des soins de santé. Les réformes inspirées par ces différents textes avaient comme objectif principal d'améliorer la couverture des besoins sanitaires des populations grâce à de meilleures performances des services de santé. Mais les performances des services de santé ne peuvent être dissociées du contexte dans lequel ces services se déploient. Au nombre des éléments constitutifs de ce « contexte », il y a incontestablement l'organisation territoriale et fonctionnelle indispensable à la réalisation des objectifs assignés aux services de santé. L'objectif de la présente étude est d'analyser l'évolution du cadre fonctionnel et territorial des services de santé au Congo. Quelles sont les traits de continuité et de rupture observables dans l'organisation fonctionnelle et territoriale des services de santé du Congo et quels en sont les ressorts? Telle est la question à laquelle répond cette étude.

I- Approche méthodologique

Différentes sources d'informations ont été utilisées. Nous avons consulté la documentation disponible sur la thématique étudiée. Ce travail bibliographique a été complété par des observations empiriques sur le fonctionnement des différents services et administrations gestionnaires du secteur de la santé et par des entretiens avec des personnes ressources (Responsables de services, Directeurs des programmes de santé…) à différents niveaux de la hiérarchie sanitaire. L'approche adoptée est de type qualitatif. L'analyse des informations recueillies est faite dans une perspective historique qui permet de contextualiser les observations et, par conséquent, de mieux saisir les permanences et les ruptures dans l'évolution de l'organisation des services de santé. Cette perspective historique se fonde par ailleurs sur une articulation de différentes échelles territoriales (nationale et sous régionale), en particulier pour la période coloniale, car l'organisation des services observée sur le territoire du Congo actuel ne peut être saisie, historiquement, qu'en l'insérant, au minimum, dans le cadre plus large de l'Afrique Equatoriale Française (A.E.F.).

II- La dualité de la médecine coloniale

II.1-L'Assistance Médicale et les centres de santé fixes de la médecine curative

Le développement des colonies n'aurait pu se faire sans hommes valides. La santé des populations locale est donc apparue comme l'un des « instruments » de la mise en valeur des

colonies. L'action sanitaire coloniale devait permettre de maintenir la santé des populations locales à un niveau compatible avec les exigences de la mise en valeur économique des territoires. *« Il s'agissait en fait de faire bénéficier les colonisés des progrès de la médecine occidentale pour un objectif précis : le renforcement quantitatif et qualitatif de la main d'œuvre »* (S. Dianzinga, 2009).

L'encadrement sanitaire commence par la mise en place d'une médecine curative. Celle-ci est exercée dans les structures fixes. L'organisation spatiale de ces structures s'appuie sur le découpage administratif, parce qu'elle participe à la maîtrise territoriale. C'est en fonction de ce découpage que s'articule la hiérarchie des services de santé. Le sommet de cette hiérarchie est représenté par l'Hôpital Général situé à Brazzaville, capitale de l'A.E.F. C'est une structure fédérale qui dessert les quatre colonies de l'A.E.F. : le Moyen-Congo, le Gabon, l'Oubangui-Chari et le Tchad. Dans chaque chef-lieu de colonie est implanté un hôpital local autour duquel gravite un certain nombre de formations allant de l'hôpital secondaire (circonscription ou cercle) au poste infirmier (quartier urbain, village). La hiérarchie sanitaire se moule dans l'organisation administrative de l'espace fédéral.

Mais le début de la colonisation est marqué par le développement de maladies endémiques comme la trypanosomiase humaine africaine. Les structures fixes de l'Assistance Médicale se révèlent très vite inadaptées à la lutte contre ces maladies, particulièrement en zone rurale. Ces structures ne sont que *« des sentinelles qui ne voient qu'un petit nombre de patients, souvent à un stade avancé de leur maladie, alors qu'à une journée de marche à peine naît, se développe et se répand une épidémie »* (L. Lapeyssonie, 1988). C'est ainsi que va naître une médecine préventive et itinérante dont le médecin militaire Jamot est l'un des illustres représentants.

II.2-La lutte contre la maladie du sommeil et la naissance des services mobiles de médecine préventive

De retour d'une mission effectuée dans le Nord du Moyen-Congo et dans l'Oubangui-Chari où il s'est aperçu de la gravité de l'endémie sommeilleuse, et tenant compte des conclusions du rapport de la Mission d'étude de la maladie du sommeil faite par Martin, Lebœuf et Roubaud, le Gouverneur Merlin décide, dans un arrêté de juin 1909 : *« Dans tous les centres de la colonies où il existe une formation sanitaire régulière et dans tous ceux où il réside un médecin, il est institué un service de surveillance de la maladie du sommeil »* (Conan, 1913, cité par L. Lapeyssonnie, 1988). L'institut Pasteur de Brazzaville créé en 1908 est chargé de coordonner les activités de ces services. Les services de surveillance de la maladie du sommeil sont d'abord intégrés aux formations de l'Assistance Médicale. En 1917, un autre arrêté du Gouverneur

fédéral charge le Docteur Jamot, Officier du corps de santé des troupes, de mettre en place un service spécialisé dans la lutte contre la maladie du sommeil. Ainsi est créé le Service de Prophylaxie de la Maladie du Sommeil (SPMS). Ce service est autonome car il n'est pas rattaché à l'Assistance Médicale. Il s'en distingue par trois éléments.

Le premier c'est son autonomie. Le Service de Prophylaxie de la Maladie du Sommeil est autonome administrativement et financièrement. Contrairement à l'Assistance Médicale, dont les formations restent tributaires de l'autorité administrative du territoire ou de la circonscription où elles se trouvent, le SPMS est une structure fédérale relevant directement du Gouverneur Général et fonctionnant avec un budget spécial octroyé directement par le Ministère des colonies. Cette autonomie n'a pas été toujours bien acceptée par les administrations locales. « *Les administrations locales ne supportent guère d'être débordées par un clan de médecins (pour beaucoup militaires) qui tout à la fois les tient pour de simples structures d'appui, leur donne des leçons de colonisation et, comble de suffisance, porte des jugements de valeur sur la conquête européenne en en faisant la principale responsable de la propagation de la maladie du sommeil* » (J.-P. Dozon, 1985).

Le deuxième élément qui singularise le service de la maladie du sommeil est son organisation territoriale. Alors que les services de l'Assistance Médicale s'appuient sur le découpage administratif, celui de la maladie du sommeil s'en affranchit. Il s'organise selon un découpage territorial dont l'unité de base n'est pas la circonscription administrative mais le secteur prophylactique (figure 1).

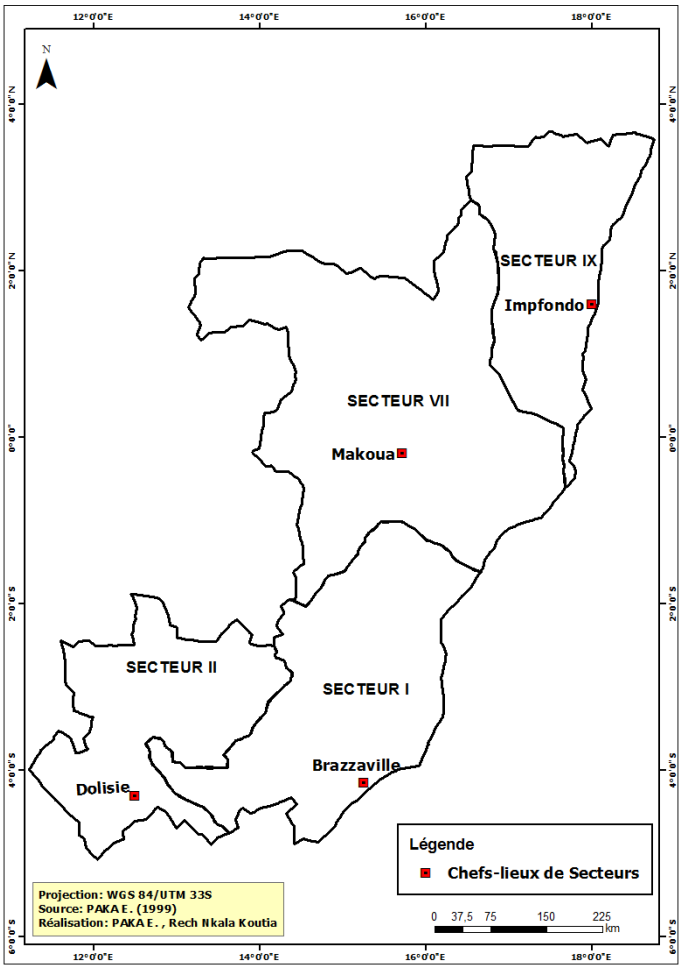


Figure 1 : découpage des secteurs prophylactiques de la médecine préventive jusqu'en 1972

C'est à l'intérieur de cette unité territoriale que sont menées les campagnes de prospection et de traitement. Le secteur prophylactique est souvent un regroupement de circonscriptions administratives, mais ses limites ne se confondent pas nécessairement avec celles du découpage administratif. En 1929, pour le Moyen-Congo (qui correspond aux limites actuelles du Congo) par exemple, on compte sept circonscriptions administratives (figure 2) mais seulement quatre secteurs prophylactiques[12] avec pour chefs-lieux Dolisie, Brazzaville, Makoua et Impfondo.

[12] En 1930 l'A.E.F. comptera jusqu'à 28 secteurs prophylactiques

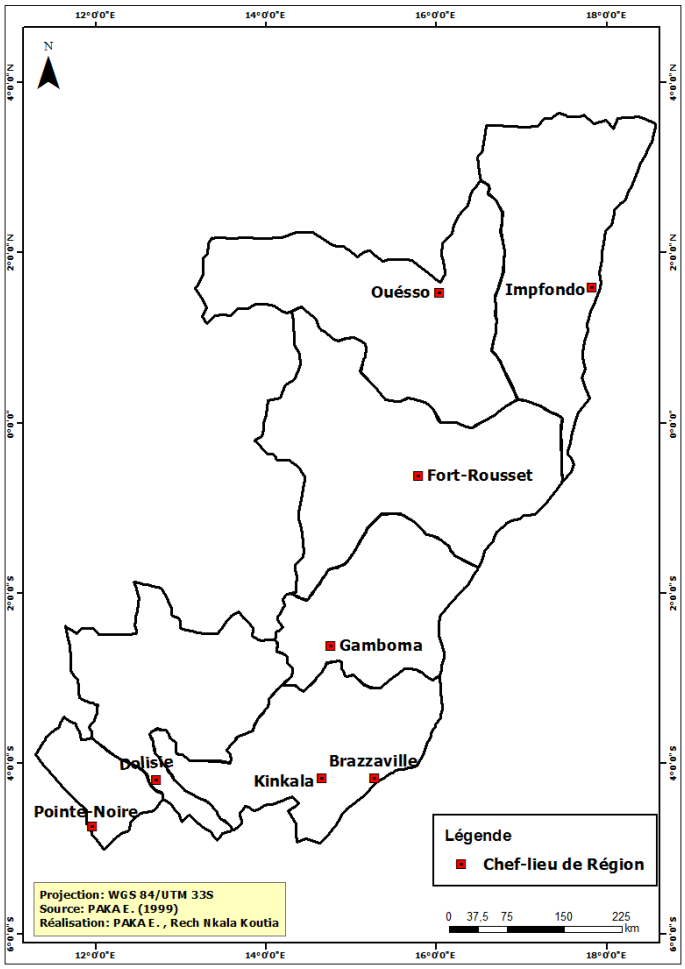


Figure 2 : découpage des circonscriptions administratives en 1960

« *Ainsi une nouvelle administration vient doubler les administrations locales existantes et les Pastoriens (qui sont pour la plupart des médecins militaires), faisant fi des particularismes et des pesanteurs de chaque colonie, flanqués d'une cohorte d'agents sanitaires et d'infirmiers indigènes, traquent en tout point des territoires de l'A.E.F. le fléau trypanique* » (J.-P. Dozon, 1985).

Le dernier élément qui distingue la médecine préventive de la médecine curative est l'existence des équipes mobiles. Elles sont le fondement même du modèle prophylactique mis en place par Jamot à partir des années 1920. Le recours aux équipes mobiles découle de deux « Postulats de Jamot » formulés par De Raadt (1999) cité par J.F. Louis, P.P. Simarro et P. Lucas (2002) :

> *« 1. Dans les territoires où la densité médicale est faible, les distances considérables, la population dispersée et où règnent des endémies meurtrières, on ne peut attendre aucun résultat appréciable d'une médecine statique. 2. Aucun renseignement précis sur le taux d'endémicité ne peut être escompté de l'examen, pratiqué dans les formations fixes, de*

> *malades qui se présentent spontanément. Seules des enquêtes portant sur des tranches entières de population sont susceptibles d'apporter à cet égard des renseignements exploitables ».*

On ne peut lutter efficacement contre la maladie du sommeil que si l'on va chercher les malades là où ils sont, avant que la maladie n'atteigne des formes graves, invalidantes ou irréversibles. Ainsi, en dépit des réserves émises par J.-P. Bado (1999) sur l'originalité de la « méthode Jamot » ; celui-ci

> *« mit sur pied une médecine offensive et itinérante innovante qui vint compléter l'A.M.I*[13]*. Elle était constituée d'équipes médicales mobiles qui, sous la conduite d'un médecin, sillonnaient les contrées atteintes et les subdivisaient en secteurs. Ces équipes poussées par la nécessité adoptèrent une stratégie autoritaire imposant des rassemblements de populations, l'examen de dépistage de tous les individus sans exception, l'examen du sang au microscope, la ponction des ganglions des suspects et la ponction lombaire si jugée nécessaire, le marquage des malades, l'administration du traitement, le fichage et le contrôle strict des malades traités*» (A. Héraut, 2006)

C'est fort des résultats remarquables obtenus dans la lutte contre la maladie du sommeil que la conférence de Brazzaville (1944-1945) décida que le modèle prophylactique mis en place par Jamot pour la maladie du sommeil soit élargi aux autres maladies endémiques comme la lèpre, le paludisme ou l'onchocercose (D. Domergue-Cloarec,1986). Ainsi sont créés en 1944, en Afrique Occidentale Française (A.O.F.) et en 1945, en Afrique Equatoriale Française (A.E.F.), les Services Généraux d'Hygiène Mobile et de Prophylaxie (S.G.H.M.P.). Ce sont des services polyvalents qui organisent la lutte contre toutes les endémo-épidémies et s'occupent aussi de la vaccination dans les zones rurales. Cet élargissement consacre de fait la dualité fonctionnelle et territoriale entre la médecine curative, qui s'adresse à l'individu et qui est exercée par les formations fixes de l'Assistance Médicale, et la médecine préventive qui s'adresse à la collectivité et qui est du ressort des S.G.H.M.P.

L'évolution vers un système de soins double, du point de vue fonctionnel et territorial, ne semble donc pas avoir été le résultat d'une politique murement réfléchie. Elle a plutôt été imposée par les spécificités épidémiologiques des pathologies auxquelles il a fallu faire face.

[13] L'Assistance Médicale indigène

Les résultats obtenus dans la lutte contre ces pathologies ne peuvent pas non plus être exclusivement attribués aux méthodes de luttes mises en place. Ils doivent aussi être interprétés en les replaçant dans le contexte global de la société coloniale. Ces méthodes se sont avérées efficaces parce qu'elles se sont appuyées sur de fortes contraintes administratives, par exemple l'obligation de se présenter aux prospections médicales. *« L'administratif et le technique sont les deux pôles autour desquels s'articule la médecine coloniale* » (L. Lapeyssonnie, 1988). L'organisation des services de santé héritée de la période coloniale ne s'est pourtant pas estompée avec l'indépendance du Congo en 1960.

III- L'organisation des services de santé à partir de 1960

III.1-L'héritage colonial jusqu'en 1972

L'organisation des services de santé reste inchangée après l'indépendance. Elle demeure marquée par la dualité entre la médecine curative et la médecine préventive, cette dernière étant souvent assimilée au service « des grandes endémies » (C. Becker et R. Colligon, 1998). Le seul changement concerne l'appellation des services. L'Assistance médicale devient le Service de la Coordination. Le Service Général d'Hygiène Mobile et de Prophylaxie devient le Service des grandes endémies. Si l'organisation territoriale de la médecine curative suit celle de l'administration, les services de médecine préventive sont toujours organisés sur la base territoriale des quatre secteurs prophylactiques.

On peut s'interroger sur ce maintien du modèle sanitaire colonial alors que le contexte sociopolitique est marqué par un nouveau paradigme, celui de l'indépendance, synonyme de liberté pour les populations. Il semble, qu'à ce moment historique, la santé, du moins l'organisation des services qui s'y réfèrent, n'est plus une priorité absolue pour les nouvelles autorités politiques comme elle l'a pu être pour le pouvoir colonial au cours des premières décennies de XXème siècle. Les progrès sanitaires réalisés jusqu'aux années soixante, notamment en matière de contrôle des maladies endémo-épidémiques, sont tels qu'il n'y a pas ou plus de « péril sanitaire ». C'est ce que J.F. Louis, P.P. Simarro et P. Lucas (2002) qualifient de « premier paradoxe » concernant la trypanosomiase. *« Les jeunes États manquent souvent de moyens et la maladie du sommeil est victime du succès de la lutte: elle n'est plus considérée comme un problème de santé publique* ». La priorité du nouvel Etat indépendant est le développement économique. L'observation générale faite par M. Barbieri et P. Cantrelle (1991) pour les pays en développement vaut également pour le Congo.

> *« Le développement économique était considéré comme le mécanisme de base des politiques sociales qui incluaient, souvent implicitement, la santé. L'élévation du niveau de vie, qui devait résulter du décollage économique des jeunes nations, aurait automatiquement conduit à une amélioration du bien-être de l'ensemble de la population. La formulation de politiques spécifiques en matière de santé était donc considérée comme inutile, celle-ci devenant un simple sous-produit du développement économique global* ».

Au Congo, effectivement, il a fallu attendre vingt ans après l'indépendance pour que les premières orientations d'une politique nationale de santé soient formulées lors du IIIème congrès extraordinaire du parti Congolais du Travail (PCT)[14] tenu en mars 1979 (N'djobo-Mamadoud, 2010). S'inspirant des conclusions de la conférence d'Alma-Ata, la priorité fut accordée aux soins de santé primaires sans pour autant modifier la base fonctionnelle et territoriale du secteur de la santé.

Le maintien du modèle sanitaire colonial dans un contexte sociopolitique différent de celui dans lequel il s'est forgé posera quelques problèmes au cours des années suivantes. Comme nous l'avons indiqué plus haut, ce modèle n'a pu fonctionner que grâce à un système de contraintes administratives et sanitaires rendues possibles par le contexte colonial. Les populations devenues libres, dans un Etat désormais indépendant, ne sont plus sujettes à obéir à ces contraintes. « *Les contrôles sanitaires participent d'une situation coloniale désormais caduque ou en voie de profondes transformations… En d'autres termes, ce qui était au centre de la doctrine Jamot, à savoir la « stérilisation du réservoir à virus » et, partant, l'exigence d'une présence maximale des populations aux dépistages, ne peut plus s'appliquer efficacement* » (J.-P. Dozon, 1985).

La pertinence d'une politique ou d'une organisation sanitaire dépend intimement du contexte social dans lequel elle se déploie. C'est en fonction de ce contexte social qu'il faut définir les méthodes, les outils et l'infrastructure institutionnelle à mettre en œuvre. Au lendemain de l'indépendance, il y a manifestement un décalage entre une organisation sanitaire héritée de la colonisation et un contexte sociopolitique nouveau. D'aucuns ont évoqué ce décalage comme l'un des facteurs ayant conduit au « réveil » de certaines maladies endémo-épidémiques comme la trypanosomiase dès la fin des années 1960 (J.F. Louis, P.P. Simarro et P. Lucas 2002 ; G. Ollivier et D. Legros, 2001). Pour le cas du Congo, on peut en effet observer avec J.-L. Frézil

[14] Parti unique

(1983) de nouvelles flambées épidémiques de la trypanosomiase dans le « foyer du Niari » à la fin des années 1960, dans le « foyer du couloir » (région de Nbé) et dans le « foyer de la Sangha » au début des années 1970. L'auteur fait à juste titre remarquer que ces flambées épidémiques ont suivi des périodes stationnaires, voire de régression de la maladie courant depuis la fin des années 1950. Le propos n'est pas, ici, de dire que tout se passait au mieux sous la colonisation. Loin s'en faut. Il est plutôt de mettre en lumière, au minimum, l'inadaptation de l'organisation sanitaire héritée de la période coloniale et de ces instruments aux évolutions des réalités politiques, sociales et économiques post indépendance.

III.2-La réorganisation territoriale et le maintien du modèle dual

En 1972 ont lieu les premières modifications substantielles de l'organisation des services de santé héritée de la période coloniale. Elles concernent toutefois uniquement l'organisation territoriale. La région sanitaire, dont les limites correspondent désormais à celle de la région administrative, devient ainsi l'unité territoriale de l'organisation de l'ensemble des services de santé curatifs et préventifs (figure 3).

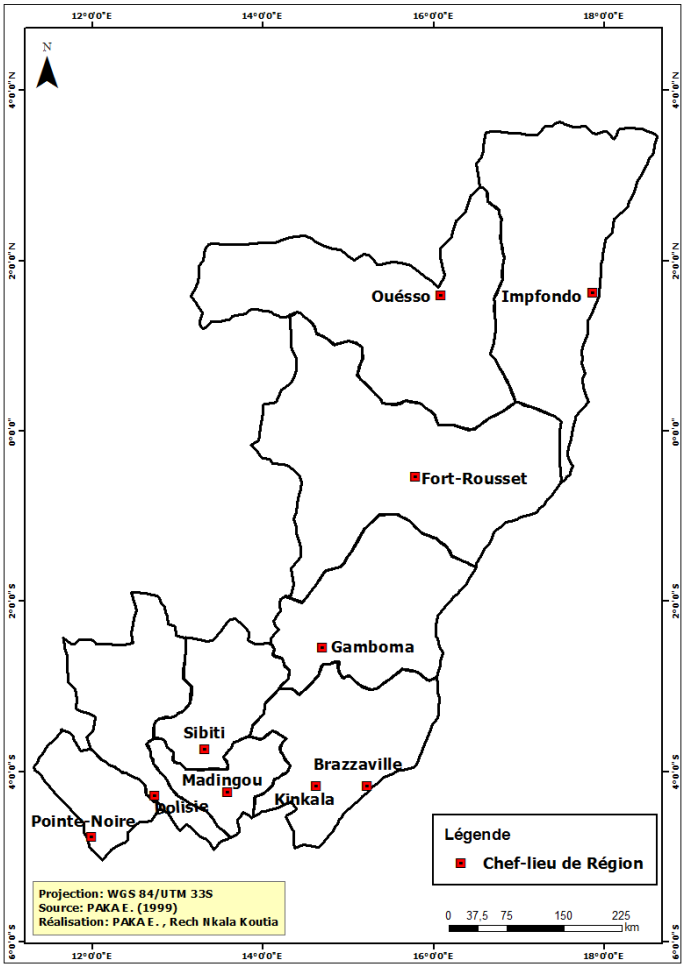


Figure 3 : découpage des régions administratives et sanitaire en 1972

Cette nouvelle organisation territoriale entraîne de facto l'éclatement des quatre secteurs prophylactiques de la médecine préventive. L'homogénéisation territoriale n'a cependant pas modifié le fonctionnement réel des services de santé. La dualité médecine curative et médecine préventive demeure sur le plan opérationnel et fonctionnel.

- ***Une organisation pyramidale pour les services curatifs***

Jusqu'au début des années 1990, les services fixes de la médecine curative sont, comme pendant la période coloniale, organisés selon un modèle hiérarchique pyramidal à plusieurs niveaux qui s'appuie sur le découpage administratif (figure 4). Même s'ils n'ont pas été formellement formulés, deux principes implicites paraissent fonder cette organisation : un principe spatial et un principe fonctionnel.

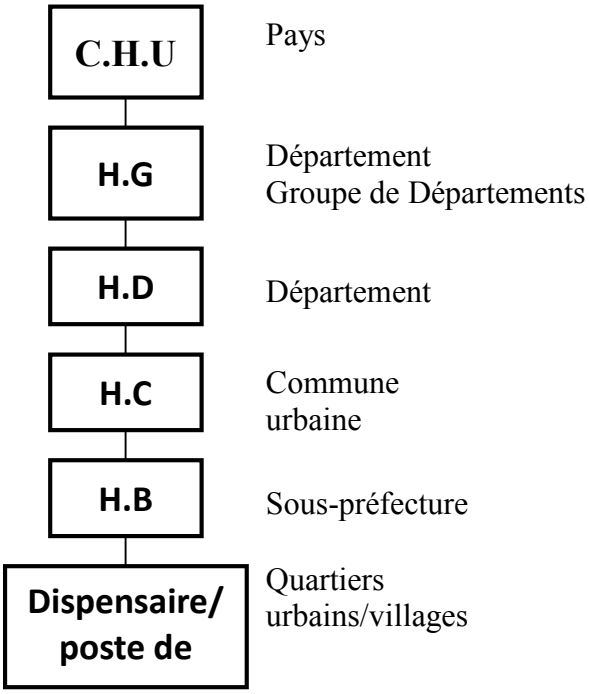


Figure 4 : la hiérarchie sanitaire au début des années 1990

Le principe spatial détermine, en fonction du niveau de soins fournis, la répartition géographique des formations sanitaires fixes et leurs aires théoriques de desserte. Ce principe spatial s'inspire en fait d'une recherche de justice territoriale. La base de la pyramide est constituée des services fournissant les soins primaires (dispensaire, poste de santé). Leur aire de desserte couvre un groupe de villages en zone rurale ou un groupe de quartiers en zone urbaine. Cela permet (théoriquement) d'avoir une couverture spatiale maximale susceptible de garantir une meilleure accessibilité géographique aux soins de santé. En remontant la hiérarchie sanitaire on trouve différents types de structures de soins hospitaliers : les Hôpitaux de Base

(H.B), les Hôpitaux Communaux (H.C), les Hôpitaux Régionaux et les Hôpitaux Généraux. Le Centre Hospitalier Universitaire (C.H.U) situé à Brazzaville, capitale politique et administrative, constitue le sommet de la hiérarchie.

En réalité, ce modèle spatial n'a jamais réellement fonctionné. La justice spatiale/territoriale qui le sous-tend est demeuré de l'ordre du principe. La distribution des centres de santé, notamment ceux de première ligne, obéit plutôt à des logiques spatiales locales ou régionales. E. Paka (1998) relève, pour les cas du Kouilou et du Niari, que l'exigence de proximité relative à la distribution des centres de premier recours est très loin d'être réelle. Il apparaît que les espaces de moyennes et de fortes densités de populations qui se dessinent autour des postes administratifs, en zone de savane, et des foyers de mise en valeur économique, en zone forestière, disposent d'un réseau de centre de santé plus dense et de meilleure qualité. A ces espaces « centraux », s'opposent des espaces « périphériques » caractérisés par de faibles densités de populations et par un réseau de centres de santé moins dense, voir même inexistant. Le principe fonctionnel fixe les rapports entre les différents niveaux du système de soins. Les formations périphériques, en tant que premier niveau de contact entre le système de soins et la population, doivent jouer un rôle de filtre. En fonction de leur localisation, ces formations périphériques ne doivent laisser passer aux niveaux supérieurs que les cas nécessitant des compétences plus qualifiées et un plateau technique approprié. Aucun patient ne devrait, en théorie, accéder aux structures hospitalières sans y être référé par un centre de premier recours. Ce principe fonctionnel n'est pas également effectif. En zone rurale comme en zone urbaine, très peu de patients passent par les centres de premier recours pour avoir un billet d'évacuation vers une structure de référence. Même lorsqu'ils passent par une structure périphérique, peu de patients respectent ensuite la hiérarchie sanitaire. C'est particulièrement le cas en zone rurale où les hôpitaux de base, lorsqu'ils existent, sont très mal, voire pas du tout équipés pour assurer la prise en charge des malades. Analysant 3459 références effectuées par les dispensaires ruraux du Kouilou et du Niari sur une période de dix ans (1985 à 1994), E. Paka (1999) indique que près de 97% de celles-ci (soit 3366 patients) ont été directement adressées vers un hôpital urbain contre seulement 3% vers un hôpital de sous-préfecture qui est pourtant le premier niveau de référence en zone rurale. En plus du faible niveau d'équipement évoqué précédemment, le «courcicuitage» des hôpitaux de sous-préfecture s'explique aussi par la polarisation des centres urbains, la configuration spatiale et l'état du réseau routier, sans parler de la faiblesse de la desserte en moyens de transport. Il en résulte des difficultés telles qu'il est plus souvent facile, voir plus opportun, de rejoindre la ville que d'aller au chef-lieu de sous-préfecture.

Les villes n'échappent pas à ces phénomènes de contournement des centres de premier recours. Les études effectuées dans d'autres villes africaines attestent de ces phénomènes de contournement. A partir d'une enquête réalisée au service de pédiatrie du CHU Gabriel Touré de Bamako, dernier niveau de référence en matière de soins pédiatrique au Mali, A. Guindo et B. Coulibaly (2018) montrent comment certains déterminants de l'accès aux soins au sein et en dehors de l'espace hospitalier perturbent le système de référence. Ces déterminants, qui tiennent à la fois des relations sociales, des systèmes de connivences et « *d'entraide institutionnalisée* », de la « *bureaucratie d'interface* », du niveau d'insertion urbaine et de l'organisation spatiale du système de soins en lien avec la structuration de l'espace urbain, influencent beaucoup plus les parcours de soins que «*le respect des normes stables tel que prôné par la santé publique* ».

- ***Les programmes verticaux de la médecine préventive***

Le dispositif opérationnel et fonctionnel de la médecine préventive a toujours été moins hiérarchique et pyramidal, du moins en termes de niveaux d'intervention, que celui de la médecine curative. Il est resté longtemps constitué des programmes nationaux de lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles supervisés naguère par la Direction de la Médecine Préventive (DMP) et actuellement par la Direction Générale de l'Epidémiologie et de la lutte contre les Maladies (DGELM). DMP et DGELM sont, dans une certaine mesure, une version contemporaine des Services Généraux d'Hygiène Mobile et de Prophylaxie (S.G.H.M.P.) Chaque programme national a, en fonction des besoins, une antenne départementale supervisée à cette échelle par le secteur opérationnel. Chaque programme national, ainsi que son antenne départementale, s'attache de fait à la lutte contre une maladie spécifique. Pour les maladies transmissibles, on compte actuellement sept programmes qui fonctionnent avec plus ou moins de fortune (Paludisme, VIH/Sida, Tuberculose, Onchocercose, Ulcère de Buruli/Pian, Schistosomiases, Trypanosomiases). La structure verticale des programmes, héritage colonial, empêche souvent une bonne coordination de la surveillance épidémiologique alors même que ces programmes s'adressent parfois aux mêmes populations et interviennent dans des espaces d'interactions pathologiques. Globalement, ces programmes ont une activité qui s'effrite au fils des années car ils souffrent d'un manque chronique de moyens humains, matériels et financiers. Leur financement est resté longtemps, et l'est encore aujourd'hui, assuré par des organismes extérieurs (OMS, UNICEF, GTZ…..). Cette situation fait que certains programmes cessent d'être opérationnels dès lors que le financement extérieur est épuisé, les faibles capacités financières de l'Etat ne pouvant permettre d'assurer leur

pérennisation. Les équipes mobiles qui ont durant des années été le principal mode d'intervention des programmes sur le terrain ont quasiment disparu.

IV-De la dualité à l'intégration : un chemin difficile depuis les années 1990

L'inadaptation du modèle colonial, les difficultés relatives au financement du système de santé, le bilan assez mitigé de la stratégie des soins de santé primaires et sa remise en cause à la fin des années 1980 sont entre autres facteurs qui ont conduit le Congo, et bon nombre d'autres pays africains, à engager des réformes dans le secteur de la santé. Pour l'essentiel, ces réformes s'inspirent du système de santé de district (SSD). Au Congo, ces réformes ont donné lieu au premier Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) de 1992 à 1996 (CNSEE, 2010), suivi en 2000 par l'adoption du premier Plan National de Santé (PNS) fixant les nouvelles orientations dans le secteur sanitaire. Du point de vue de l'organisation des services de santé, trois principes fondent les nouvelles orientations sanitaires et sont censés rompre avec la passé: simplification, intégration et recouvrement des coûts.

IV.1-Simplification de la hiérarchie sanitaire et de la structure territoriale : une nouvelle forme de sectorisation

Nous avons précédemment vu que la hiérarchie sanitaire se caractérisait par une multitude de niveaux verticaux allant du dispensaire au Centre Hospitalier Universitaire. Dans la nouvelle organisation adoptée depuis les années 1990, le principe de la verticalité des niveaux de recours n'est pas fondamentalement remis en cause. L'objectif visé est plutôt de simplifier ou de compresser la hiérarchie sanitaire en en réduisant le nombre de paliers ou de niveaux (figure 5).

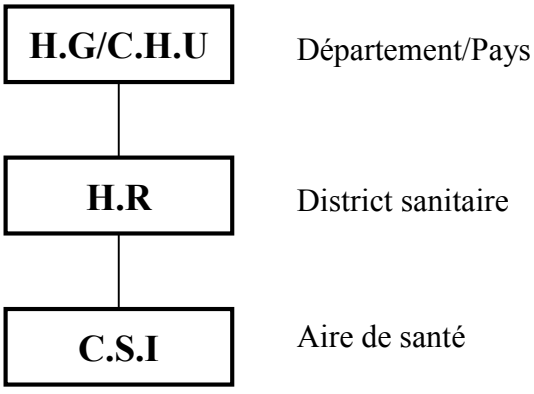


Figure 5 : la hiérarchie sanitaire inspirée du système de santé de district à partir des années 1990

La pyramide sanitaire est désormais constituée de deux principaux niveaux. Le premier est représenté par le centre de santé intégré (CSI) défini comme « *l'unité opérationnelle de base, le point d'intersection entre le service de santé et la communauté* » (Annuaire des statistiques

sanitaires, 2012). Le second est l'hôpital de référence (HR) qui « *constitue le premier niveau de recours pour les centres de santé intégrés. A ce titre l'hôpital de référence est responsable de la prise en charge des patients référés par les CSI* » (Annuaire des statistiques sanitaires, 2012). Ces deux structures (CSI/HR) sont coiffées au niveau départemental par l'Hôpital Général (H.G) et au niveau national par le Centre Hospitalier Universitaire (C.H.U).

Dans ce dispositif une place importante est donc donnée à l'hôpital de référence. C'est le maillon pivot entre la base et le sommet de la hiérarchie. C'est l'hôpital de référence avec son « équipe cadre » qui est chargé d'animer et de « superviser » les centres de santé intégrés qui forment avec lui le district sanitaire (DS). Plus généralement, le rôle important accordé à l'hôpital de référence aboutit en fait à une forme de « réhabilitation » de « l'hôpital » tant décrié dans les années 1970 (B. Hours, 1992 ; GTZ, 2004). Faut-il rappeler que c'est la critique de l'hospitalo-centrisme urbain, parfois justifiée, qui a, entre autres, servi de justification à la promotion des soins de santé primaires. Les structures participatives associées à la stratégie des soins de santé primaires étaient censées rapprocher l'offre de soins des populations notamment en zone rurale. Quelques années plus tard, force est de constater que cette stratégie n'a pas donné les résultats attendus, en partie parce que ces structures participatives n'étaient pas suffisamment associées au reste du dispositif sanitaire. *«En remettant l'accent sur l'hôpital, il serait possible d'atteindre un niveau acceptable de soins de santé, ne serait-ce que dans un seul (grand) établissement* » (GTZ, 2004).

La simplification de la hiérarchie sanitaire a eu pour corollaire une refonte de la structure territoriale des services de santé. Le centre de santé intégré et l'hôpital de référence desservent chacun une unité territoriale spécifique, respectivement l'aire de santé (AS) et le district sanitaire (DS). Actuellement, le Congo compte douze départements administratifs, chacun d'eux abritant une Direction Départementale de la Santé (DDS) qui supervise l'ensemble des services sanitaires. Chaque département est découpé en districts sanitaires (DS), soit au total 50 districts sanitaires pour l'ensemble du pays (Journal Officiel de la République du Congo, 2017). Les DS sont subdivisés en aires de santé. Contrairement aux découpages territoriaux précédents, dont les critères étaient implicites ou pas formellement formulés, le découpage des districts sanitaires et des aires de santé est fait selon trois types de critères explicitement formulés : les critères démographiques, géographiques et administratifs.

L'arrêté portant découpage des districts sanitaires (J.O., 2017) stipule que chaque district sanitaire « *peut être urbain ou rural et correspond soit à un district*[15]*, soit à un arrondissement*

[15] Il s'agit du district administratif ou sous-préfecture.

ou à un regroupement de districts ou d'arrondissements ». En calquant ainsi le quadrillage sanitaire sur la trame administrative on fait comme si les frontières administratives constituaient des barrières quant au recours aux soins, comme si les « espaces sanitaires » se superposaient aux circonscriptions administratives. On retrouve, une fois de plus, la prégnance de la trame administrative dans l'organisation spatiale des services de santé. Or les mobilités, les logiques et les pratiques spatiales des populations concernant le recours aux soins et les espaces sanitaires qui en découlent, en zone urbaine comme en zone rurale, ne s'enferment pas toujours dans le cadre fixe ou imposé des limites administratives (E. Paka 1999 ; M. Harang Cissé 2007 ; A. D. Kibenga Nsimba, 2018 ; S.C. Mouata, 2018). Il faudrait, autant que faire se peut, partir des pratiques des populations pour mieux penser les découpages sanitaires pertinents.

Les critères géographiques doivent aussi être mieux précisés. L'arrêté cité plus haut indique qu'un district sanitaire ne doit pas dépasser «50 km d'étendue ». S'il est évident qu'une telle indication ne peut s'appliquer qu'en zone rurale, on ne sait pas en revanche à partir de quel point cette distance doit être calculée (à partir du chef-lieu de district ou d'un autre point plus central ?).

Quant aux critères démographiques, ils se résument en un certain nombre de seuils : un district sanitaire pour 30.000 à 100.000 habitants en milieu rural et 100.000 à 300.000 habitants en milieu urbain ; une aire de santé pour 2500 à 10.000 habitants en zone rurale et 10.000 à 15.000 habitants en zone urbaine[16]. Ce type de critère suppose que la population soit répartie de manière plus ou moins homogène dans l'espace. C'est peut-être le cas dans les villes, moyennes et grandes, grâce à la concentration de populations. Mais l'essentiel du territoire congolais demeure rural et très faiblement occupé (en général moins de 5 hab./km²) avec une forte tendance au peuplement linéaire. L'application non articulée de ces critères démographiques risquerait donc d'exclure une bonne partie de la population rurale de la couverture sanitaire, à moins de consentir à avoir des aires de santé s'étalant sur plusieurs kilomètres pour rassembler les 2500 habitants nécessaires à leur création. Cette éventualité n'est pas envisageable compte tenu de l'effet dissuasif ou limitatif de la distance dans l'utilisation des services de santé en zone rurale. Agir sur les variables de l'offre de soins implique donc que l'on définisse des seuils démographiques beaucoup plus flexibles et qui tiennent compte des spécificités de chaque territoire.

[16] Décret n° 96-525 du 31 décembre 1996, portant définition, classification et mode de gestion des formations sanitaires publiques en République du Congo.

IV.2-Intégration des soins curatifs et des soins préventifs : un défi majeur

Comme nous l'avons vu plus haut, l'organisation sanitaire du Congo est restée longtemps marquée par la dualité entre la médecine curative, assurée par les formations sanitaires fixes, et la médecine préventive, dévolue aux programmes verticaux mettant l'accent sur un problème de santé particulier. Nous avons également fait remarquer que ces programmes verticaux, dont l'approche sélective ne favorisait pas une meilleure coordination de la veille épidémiologique nécessitait aussi, pour leur fonctionnement, une permanence de moyens financiers que l'Etat ne peut garantir. C'est, entre autres, pour ces considérations que les réformes en cours proposent une approche plus horizontale, intégrant médecine curative et médecine préventive dans le cadre d'un système de soins de santé intégrés. L'avant-garde de ce système est le centre de santé intégré. Celui-ci a pour vocation d'assurer les soins curatifs mais aussi l'ensemble des activités préventives (la vaccination, les soins pré et postnatals, le dépistage des maladies endémo-épidémiques, la prise en charge thérapeutique, la surveillance épidémiologique communautaire) et promotionnelles (Information, Education, Communication). Les centres de santé intégrés seraient ainsi les nouvelles « sentinelles » chargées de recueillir et de remonter toutes les informations nécessaires à la prise de décision au niveau intermédiaire ou central. Cela suppose qu'ils aient un minimum d'équipements et de moyens. Ce n'est pas encore tout à fait le cas. La première enquête nationale d'évaluation des CSI (CNSEE, 2010) indique que, faute de moyens et d'équipements principalement, 40% des CSI n'assurent pas les soins promotionnels, 78% ne prennent pas en charge le dépistage et le suivi thérapeutique des maladies chroniques**.** Certes, certains centres de santé intégrés urbains et ruraux sont actuellement équipés et leurs personnels formés pour faire du dépistage passif des maladies transmissibles (grâce au test de dépistage rapide, TDR) et/ou la prise en charge thérapeutique pour certaines pathologies comme le paludisme, l'onchocercose, la trypanosomiase et le VIH/Sida. Mais la supervision de ces activités demeure pour l'essentiel du ressort des programmes nationaux qui, eux-mêmes, n'ont toujours pas les moyens de déployer convenablement leurs activités. On est donc encore loin de l'intégration souhaitée, et une partie des CSI déjà implantés fonctionnent, pour le moment, comme des *« sentinelles aveugles »* tant décriées par les pasteuriens comme Jamot. Curieux retour sur l'histoire.

IV.3-Le recouvrement des coûts : la fin de l'Etat providence

Le recouvrement des coûts est certainement le principal marqueur, la principale rupture de la politique de santé en cours par rapport aux pratiques précédentes. Il s'agit d'un vrai changement

de paradigme en matière de financement du système de santé. Il s'est produit au Congo, tout comme dans de nombreux pays africains, à la fin des années 1980 et le début des années 1990 au moment de la crise économique et financière ayant conduit aux plans d'ajustements structurels. Dans ce contexte, les pouvoirs publics ne pouvant plus couvrir la totalité du financement du système de santé, la solution est *«La contribution des usagers aux coûts des services de santé fournis par l'Etat, communément appelée politique de recouvrement des coûts, a été prônée de façon systématique avec l'objectif affiché que le financement privé se substitue partiellement au financement étatique et permette une augmentation globale des capacités de financement du secteur public de la santé* » (B. Cissé, S. Luchini et J.P. Moatti. ,2004). Cette nouvelle option marque ainsi la fin de l'Etat providence, la fin de l'époque où les soins de santé étaient considérés comme une action charitable. *« Longtemps considérée comme une activité charitable, étatique ou privée, il s'agit pour la santé publique d'une rupture majeure avec une tradition d'assistance publique d'abord européenne, puis coloniale, enfin nationale »* (B. Hours, 1992). Les critères démographiques que nous avons évoqués précédemment pour le cas du Congo ne se justifient en réalité que par rapport à cet impératif du recouvrement des coûts. Certes on ne peut pas concevoir l'implantation d'un centre de santé intégré sans population à desservir. Mais les impératifs en termes de « management » impliquent surtout que cette population à desservir atteigne une masse critique et suffisante pour garantir le recouvrement des coûts nécessaire à la pérennisation de l'offre de soins.

Le recouvrement des coûts n'est toujours pas bien compris et accepté par une population habituée à être soignée gratuitement. A ce titre, il peut constituer un frein au recours aux soins pour une partie de la population. L'Enquête de Base sur l'Utilisation des Centres de Santé Intégrés (CNSEE, 2010) indique en effet que 20 à 30 % des personnes interrogées pensent que le coût de la consultation, des traitements et des examens sont élevés ou très élevés. Le risque est que les aspects purement gestionnaires prennent finalement le pas sur les impératifs en termes de santé publique.

Conclusion

Au terme de cette analyse, il est à retenir que trois principales périodes marquent l'évolution de l'organisation fonctionnelle et territoriale des services de santé au Congo. Chacune des périodes est au fond marquée, à la fois, par une forme de permanence et de rupture. La première période commence avant 1960 et se prolonge jusqu'au début des années 1970. La permanence est la principale caractéristique de l'organisation de service de santé. Malgré la rupture politique que représente l'accession du pays à l'indépendance, l'organisation sanitaire se caractérise en effet

par une continuité de la logique coloniale. Ce qui ne manque pas d'occasionner certains dysfonctionnements, par exemple dans la conduite de la lutte contre les maladies endémiques. La deuxième période s'ouvre avec les années 1970. Elle laisse apparaître les premiers signes de changement dans l'organisation sanitaire, mais ces changements ne concernent en réalité que l'organisation territoriale, les services curatifs et préventifs continuant à fonctionner comme auparavant, c'est-à-dire de manière duale. La troisième période remonte au début des années 1990. La réorganisation fonctionnelle et territoriale en cours depuis ce moment est guidée par un nouveau paradigme. Ce nouveau paradigme, censé représenter une rupture avec les périodes précédentes, est fondé sur trois principaux principes, dont ce texte a montré les implications: intégration des soins, simplification de la hiérarchie sanitaire et recouvrement des coûts. Mais, à bien y regarder, le découpage territorial en districts et en aires de santé que ce paradigme préconise n'est-il pas en réalité un retour à une forme de sectorisation des services de santé ? De plus cette sectorisation se fait en général sans tenir compte des spécificités des espaces et des territoires, à la ville comme à la campagne. La thématique abordée par ce texte n'est donc pas épuisée et laisse un immense champ de recherche aux géographes en particulier.

Références bibliographiques

Bado Jean Paul, 1999, «Histoire, maladies et médecines en Afrique Occidentale XIXe-XXe siècles». *Revue française d'histoire d'Outre-Mer*, tome 86, n°322-323, p. 237-268.

Barbieri Magali et Cantrelle Pierre, 1991, «Politique de santé et population ». *In* : Gendreau F (ed.), Vimard Patrice (ed.). Politiques de population. *Politique Africaine*, n°31, p.51-65.

Becker Charles et Collignon René, 1998, «Épidémies et médecine coloniale en Afrique de l'Ouest» *Cahiers Santé*, n° 8, p. 411-415

Centre National de la Statistique et des Etudes Economiques, 2010, Enquête de base sur l'utilisation des centres de santé intégrés, 114 p.

Cissé Boubou, Luchini Stépane. et Moatti Jean-Paul, 2004, «Recouvrement des coûts et demande de soins dans les PED» *Revue française d'économie*. Vol. 18, n°4, p. 111-149.

Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ), 2004, Le système de santé de district. Expériences et perspectives en Afrique. Manuel à l'intention des professionnels de la santé publique, Wiesbaden, 2éme édition, 290 p.

Dianzinga Scholastique, 2009, « Santé et maladie en situation coloniale : l'exemple du Moyen-Congo (1908-1958) », *Annales de l'Université Marien Ngouabi, Lettres et Sciences Humaines*, vol.10, n°1, p.92-107

Domergue-Cloarec Danielle, **1986,** La santé en Côte d'Ivoire, 1905-1958, Académie des sciences d'outre-mer, Paris, 587 p.

Dozon Jean-Pierre, 1985, «Quand les pasteuriens traquaient la maladie du sommeil » *Sciences sociales et santé,* vol. 3, n° 3-4, p. 27-56

Frézil Jean Louis, 1983, La trypanosomiase humaine en République Populaire du Congo , *Travaux et documents de l'ORSTOM*, n° 155, 165 p.

Guindo Abdoulaye et Coulibaly Balla, 2018, «L'accès aux soins à l'épreuve d'une nouvelle organisation territoriale de la santé. Le cas du service de pédiatrie du Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré (CHU GT)» *Territoires d'Afrique*, n° 10, p. 69-80

Harang Cissé Maud, 2007, «La carte sanitaire à l'épreuve des pratiques sanitaires des citadins : analyse des aires d'attraction des structures de soins à Ouagadougou (Burkina Faso)». *Territoire en mouvement* [En ligne], n°4 |, mis en ligne le 15 décembre 2012, (consulté le 17 décembre 2012), URL : http://tem.revues.org/874

Héraut Louis Armand, 2006, «La médecine militaire coloniale française. Une aventure médicale de trois quarts de siècle (1890-1968) ». *Histoire des sciences médicales*, n° 4, p. 381-392

Hours Bernard, 1992, «La santé publique entre soins de santé primaires et management ». *Cahiers ORSTOM, Série Sciences Humaines*, vol. 28, n°1, p 123-140

Journal Officiel de la République du Congo, 2017, 59e ANNEE - n° 33, Arrêté n° 5369 portant découpage des districts sanitaires, p. 1099-1101

Kibenga Nsimba Arno Dany, 2018, Les pratiques sanitaires des populations en matières de recours aux soins : cas des centres de de santé Intégrés de Tenrikyo et de Diata. Mémoire de Master de géographie, Université Marien Ngouabi, 104 p.

Lapeyssonnie Léon, 1988, La médecine coloniale. Mythes et réalités, Paris, Ed. Seghers, Coll. Médecine et Histoires, 310 p.

Louis F.J., Simarro P.P. et Lucas P., 2002), « Maladie du sommeil : cent ans d'évolution des stratégies de lutte ». *Bulletin de la Société de Pathologies Exotiques*, vol. 95, n° 5, p.331-336

Ministère de la santé et de la population, 2012, Annuaire des statistiques sanitaires**,** 89 p.

Mouata Syntyche Chelfaite, 2018, Etude géographique du centre de santé intégré Marien Ngouabi, Mémoire de Master de géographie, Université Marien Ngouabi, 87 p.

N'djobo-Mamadoud, C., 2010, «La santé au Congo de 1958 à nos jours ». *In* Obenga T. *Histoire générale du Congo des origines à nos jours. Volume III. Le Congo au 20è siècle*, L'Harmattan, p.311-335

Ollivier Gaëlle et Legros Denis, 2001, «Trypanosomiase humaine africaine: historique de la thérapeutique et de ses échecs ». *Tropical Medicine and International Health*, vol. 6, **n° 11**, p. 855-863

Paka Etienne et Hervouët Jean-Pierre, 1998, Contribution aux études sur le système de soins modernes en République du Congo : approche géographique, *Cahiers Santé*, **n° 8** : p. 454-460

Paka Etienne, 1999, Espace, système de soins et santé dans le sud de la République du Congo (Régions du Kouilou et du Niari).Thèse de doctorat de géographie (Nouveau Régime), Université Paris X Nanterre, 282 p. et un Atlas de 47 planches.