ACCESSIBILITE AUX SERVICES DE SOINS EN ZONE RURALE POST-CONFLIT, REPUBLIQUE DU CONGO

Erwan MORAND[1], Elisabeth DORIER[2]
LPED, UMR 151, Aix-Marseille Université

Entre 1993 et 2003, Brazzaville et le sud de la République du Congo sont embrasés par trois guerres entre l'armée et les milices des trois principaux partis en compétition pour l'accès au pouvoir. Cette décennie de guerre civile a désorganisé un système de santé structurellement fragile. Dans le département du Pool, la reconstruction post-conflit amorcée par des organismes extérieurs, n'a toujours pas eu les effets escomptés : le niveau de l'offre de soins demeure dans certaines zones, inférieur à la situation antérieure aux conflits...

EVOLUTION DE L'ACCÈS AUX SERVICES DE SOINS DANS LE DÉPARTEMENT DU POOL

PHASES POLITIQUES — **PHASES SANITAIRES**

1997 — *Guerre* — **DESTRUCTION DU SYSTÈME DE SANTÉ**

1998 — *Instabilité*

1999 — *Guerre*

2000 — *Instabilité* — **PHASE D'AIDE D'URGENCE : APPUI HUMANITAIRE**

2001

2002 — *Guerre du Pool*

2003

2004 — *Insécurité* — **PHASE D'ASSISTANCE SANITAIRE EXTÉRIEURE**

2005

2006 — *Post-conflit*

2007

2008 — **PHASE TRANSITOIRE D'INTÉGRATION DANS LE SYSTÈME NATIONAL**

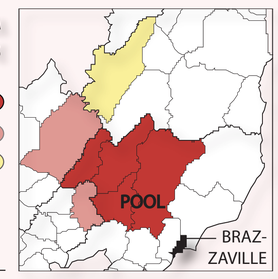
2009

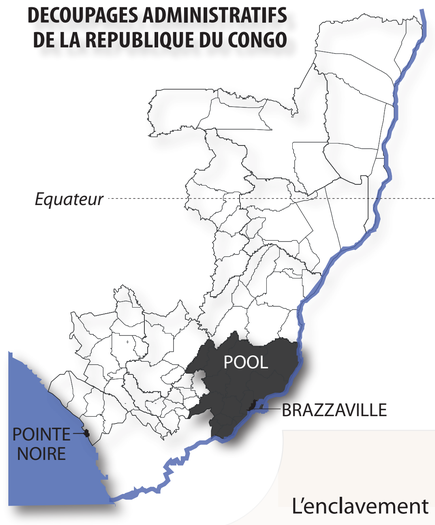
2010

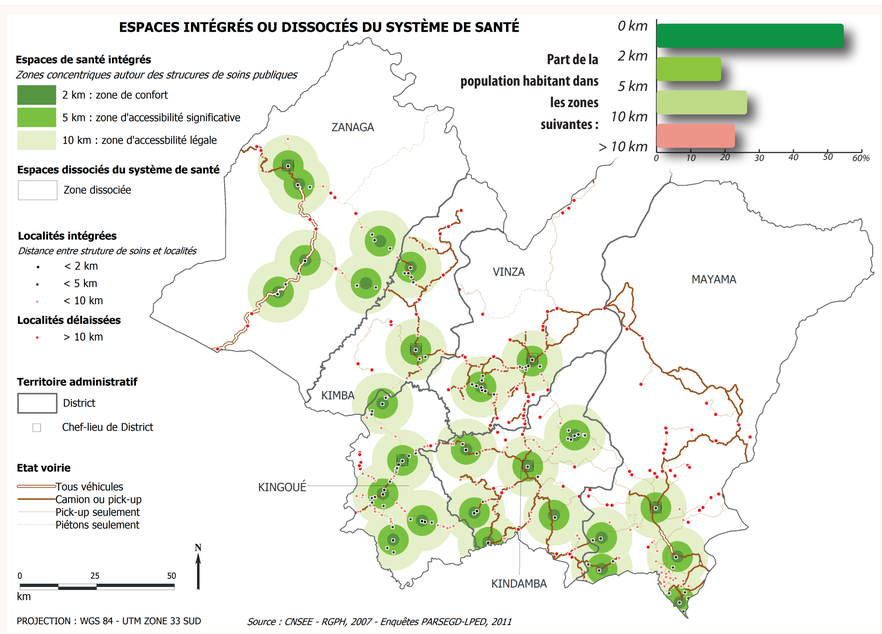
2011 — *Paix et développement ?* — **PHASE DE DÉVELOPPEMENT DU SYSTÈME SANITAIRE ?**

Désaffection d'une structure de soins suite à la migration du personnel de sante

Les impacts des conflits sont très disparates en fonction des zones étudiées. Le Pool est la région rurale la plus touchée : destructions d'infrastructures, migrations du personnel soignant et pillages du matériel technique. Les conflits y ont aggravé des pathologies (malnutrition), accentué des pratiques sanitaires informelles et le recours à la médecine traditionnelle en maintenant les habitants dans un sentiment d'insécurité.







UNE ACCESSIBILITE GEOGRAPHIQUE REMISE EN CAUSE PAR LES DÉSÉQUILIBRES DÉMOGRAPHIQUES

Les faibles densités du peuplement (moins de 2 hab/km² dans les zones rurales concernées) et la dispersion de la population consécutive aux conflits induisent de fortes inégalités dans l'accès aux soins.

Plus d'un tiers de la population est exclue du système de soins pour des motifs d'accessibilité géographique. Les limites significatives sont :

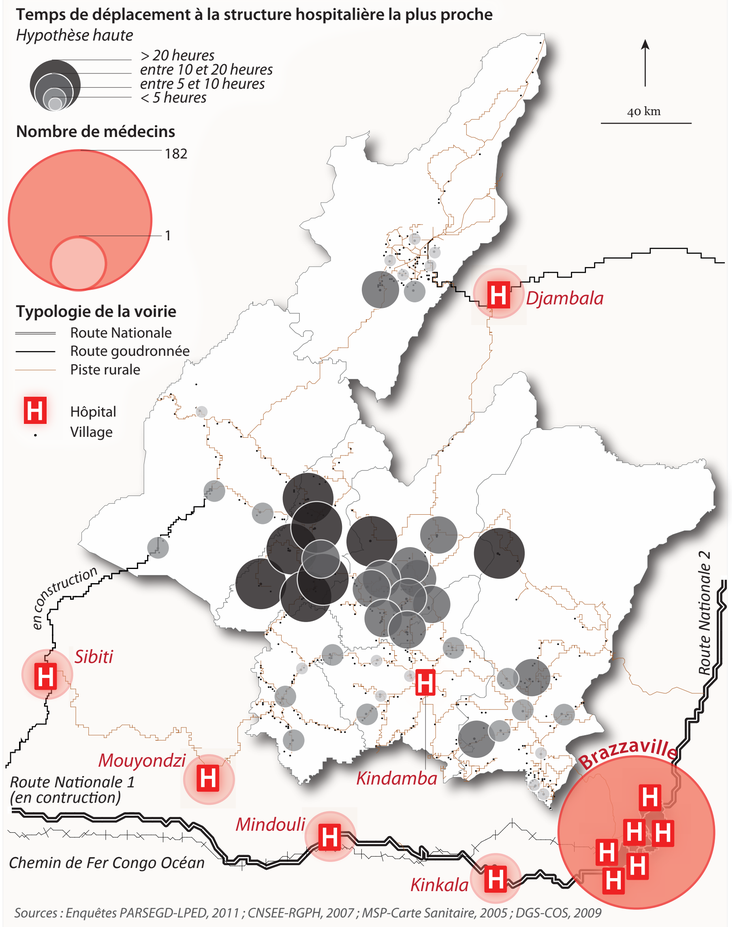
- une distance > 10 km,
- un déplacement > 2h.

L'ENCLAVEMENT

L'enclavement structurel du Pool, aggravé par les guerres et par un gel des aménagements publics, s'avère être l'obstable majeur dans l'organisation des services de soins (approvisionnnement en médicaments, référencement de la population).

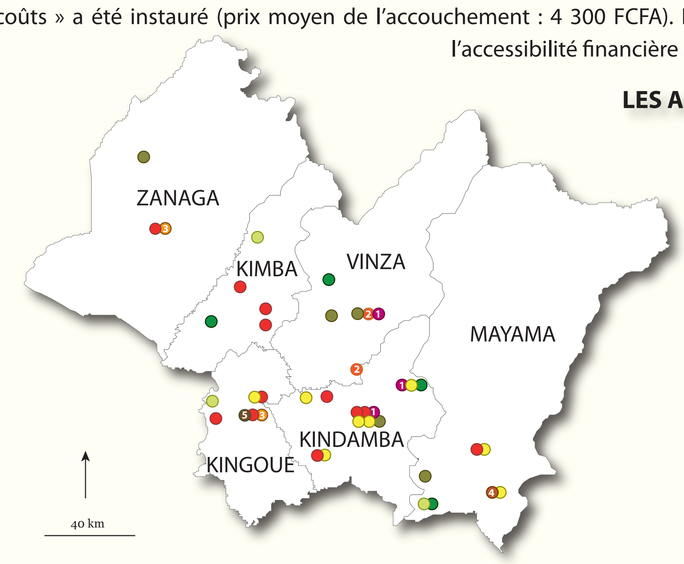
Dans ces zones considérées comme des fiefs potentiels de rébellion, le désengagement de l'Etat revêt une dimension géopolitique : seulement 3 médecins excercent dans l'ensemble du Pool (236 595 habitants). Aucun n'est affecté dans l'hôpital de Kindamba, supposé desservir environ 30 000 personnes au cœur de notre zone d'étude *(cartes ci-dessous)*.

TEMPS D'ACCÈS À UNE STRUCTURE HOSPITALIÈRE ET DEMOGRAPHIE MEDICALE



Sources : Enquêtes PARSEGD-LPED, 2011 ; CNSEE-RGPH, 2007 ; MSP-Carte Sanitaire, 2005 ; DGS-COS, 2009

Les conflits ont exacerbé la croissance de Brazzaville et Pointe-Noire, qui concentrent désormais 56% de la population nationale et la majorité de l'offre de soins.



LES APPUIS AU SECTEUR SANITAIRE POST-CONFLITS

Phase d'aide d'urgence
- Comité International de la Croix-Rouge (CICR)

Phase d'assistance sanitaire
1. Médecins Sans Frontière
2. Unicef
3. PNUD
4. Comité d'Aide Médicale (CAM)
5. Campagne présidentielle

Phase d'intégration dans le système national
- Médecin d'Afrique (transition gratuité / recouvrement des coûts)
- Union Européenne (projet en cours)
- Député

Phase de développement
- Conseil Départemental (projet futur)

Au sortir des accords de cessez-le-feu, la période d'assitance humanitaire a apporté une offre de soins gratuite et de qualité. Durant la phase suivante visant l'intégration des structures de soins touchées au système sanitaire national, le « recouvrement des coûts » a été instauré (prix moyen de l'accouchement : 4 300 FCFA). La population a ainsi du faire face à une dégradation de l'accessibilité financière aux soins, alors que l'économie rurale n'était pas restaurée.

DE FAIBLES FRÉQUENTATIONS

La fréquentation des structures de soins officielles se situe à un niveau extrêmement faible : entre 0,18 et 0,39 nouvelle consultation par an et par habitant *(carte ci-contre)*.

L'accessibilité financière demeure le principal obstacle à l'accès aux soins pour la population. Mais c'est bien la faible qualité de l'offre de soins qui constitue la défaillance structurelle majeure du système. Les « agents communautaires » sont très peu qualifiés (personnel soignant payé par les usagers), le matériel technique fait défaut et la présence de médicaments reste incertaine.

Sept ans après la fin officielle des conflits, la destructuration du tissu socio-sanitaire est toujours préoccupante. L'embryon de décentralisation et le retour de l'Etat via le programme présidentiel de la « Municipalisation Accélérée » pour 2012 sont les principaux espoirs de développement sanitaire pour le Pool.

Mais ces réalisations porteront-elles un retour durable de l'Etat dans son bastion d'opposition ou s'arrêteront-elles à des constructions d'infrastructures symboliques ? Les futurs projets prendront-ils enfin en compte le contexte socio-territorial de l'accès aux soins pour répondre aux besoins des populations ?

EMPILEMENTS DE POLITIQUES CONTRADICTOIRES

Les réformes sanitaires, comme la gratuité sectorielle des soins, sont laborieusement mises en place. Les services proposés par les centres de santé sont très variables (coûts, qualité de l'offre de soins, qualification du personnel soignant). L'empilement de politiques sanitaires multiscalaires (institutions internationales, Etat, structures de soins) et d'actions isolées d'origines variées (bailleurs internationaux, ONG, mécénat) engendre des risques de désorganiser et fragmenter un système de santé extrêmement fragile.

Conception, réalisation :
Laboratoire Population Environnement Développement - UMR 151
Aix-Marseille Université

Association des Géographes Français, Colloque AGF,
La géographie de la santé en France en 2011, quelles formations, quelles applications ?
Coordination : Jeanne-Marie AMAT-ROZE & Stéphane RICAN
Samedi 10 décembre 2011

[1] Géographe, Doctorant, Aix-Marseille Université, erwan.morand@yahoo.fr
[2] Géographe, Professeure des Universités, elisabeth.dorier@univ-provence.fr