

Opération coup de poing santé au Congo en 1981

DANS de nombreux pays d'Afrique, le niveau d'équipement en matériel hospitalier et en matériel médical, la disponibilité en médicaments dans les hôpitaux et dispensaires sont à un niveau si bas que la crédibilité de ces services est compromise (1).

Pour le spécialiste de santé publique ou pour l'économiste, il est évident que la pénurie de moyens matériels est rarement le seul diagnostic possible.

Mais elle est tellement habituelle, ses effets sont si importants, elle fait l'objet de tant de discussions, qu'il peut sembler intéressant d'examiner un instant ce qui se passe lorsque cette contrainte s'efface brutalement. On voit alors resurgir les autres éléments d'insuffisance : le manque de personnel qualifié et expérimenté, ainsi que les problèmes d'organisation.

Les circonstances de la décision

En 1980-1981, après plusieurs années de vaches maigres, le gouvernement du Congo décide de lancer l'« Opération coup de poing santé » (OCPS) consistant à accroître très sensiblement les achats de médicaments et de matériels du ministère de la Santé et du Service de santé des armées.

Le pays connaît une certaine opulence, lorsque se conjuguent augmentation de la production pétrolière et envolée des cours du pétrole. Il est décidé d'élaborer un plan de développement 1982-1986

afin d'utiliser rationnellement cet argent. Mais pour la santé, il y a urgence et on n'attend pas : dès 1980, le budget initial d'achats de médicaments (290 millions de F CFA) avait été complété par deux dotations supplémentaires, dont l'une sur le budget de la Présidence, d'où un total de 763 millions de F CFA.

En octobre 1980, le « coup de poing santé » est décidé. Il s'agit de faire plus qu'une action d'urgence : redynamiser les services de santé et faire une opération politique. L'objectif officiel est d'« amener à un niveau acceptable l'état de santé du peuple congolais par l'amélioration des unités de production de soins médicaux » (2).

L'OCPS devrait permettre de réactiver les services de santé en relevant leur niveau d'équipement en matériel médical et hospitalier, en fournissant des médicaments en abondance : en dehors de l'intérêt propre de ces achats, cela devait permettre d'agir sur le moral du personnel de santé en lui fournissant des moyens de travail moins dérisoires.

L'intérêt est aussi politique : le 5 février 1979, le président Yhombi-Opango ayant été renversé, le président Sassou-Nguesso et son équipe avaient besoin de renforcer la légitimité de leur pouvoir. En faisant bénéficier directement le peuple d'une partie de l'argent du pétrole qui arrivait à point nommé, on pouvait montrer facilement qu'avec les nouveaux dirigeants, tout irait mieux et que le projet de plan quinquennal n'était pas un discours fumeux. L'OCPS a donc été choisie comme le moyen privilégié de cette redistribution. Cette opération proposée à l'origine comme une opération technique devient rapidement une opération politique abondamment commentée « à la cité » : des bons mots et des rumeurs l'utilisent.

Le choix des dépenses

Quel est le contenu concret de l'opération ? On peut en juger par le budget d'investissement, dépendant du ministère du Plan, par lequel a transité l'essentiel des dépenses.

Celles-ci se répartissent selon les catégories suivantes :

— équipements (construction, réfection, agrandissement de divers bâtiments), pour un montant de 1 521 millions de F CFA ;

(1) B. Hours, *L'État sorcier : santé publique et société au Cameroun*, Paris, L'Harmattan (coll. « Connaissance des hommes »), 1985, 165 p.

(2) Parti congolais du travail, « Bilan d'exécution du programme d'investissement 1981 », *Rapport du comité central au 3^e congrès ordinaire*, Brazzaville, 27-31 juillet 1984,

cité par P. Passi, *Essai d'analyse des impasses des politiques de santé dans les pays sous-développés à partir du cas de la République populaire du Congo*, thèse pour le doctorat de 3^e cycle « Analyse et planification du développement », Université des Sciences sociales de Grenoble, 1986, 364 p.

- lancement de projets spécifiques, tels que lutte contre la trypanosomiase, la tuberculose, la lèpre, organisation de la médecine traditionnelle, en tout 12 projets pour un montant de 365 millions de F CFA ;
- achat de matériel médical et de médicaments pour le service de santé militaire (500 millions de F CFA) ;
- achat d'équipement médical (735 millions de F CFA) ;
- achat de petit matériel médical (400 millions) ;
- achat de literie (471 millions de F CFA) ;
- achat d'équipements hospitaliers et divers (236 millions de F CFA) ;
- achat de médicaments (364 millions de F CFA) ;
- études (70 millions de F CFA).

A ces dépenses d'investissement, c'est-à-dire contrôlées par le ministère du Plan, il faut ajouter celles du budget de fonctionnement : achat de petit matériel (170 millions), de médicaments (600 millions), crédits supplémentaires pour l'acheminement de ces achats vers l'intérieur du pays (montant inconnu), et les achats effectués par l'hôpital général sur son propre budget.

Au total, les crédits pour les médicaments se sont élevés à plus de 964 millions et ceux pour le matériel médical à plus de 1 928 millions de F CFA. Ces chiffres sont à comparer à ceux des années antérieures : en 1980, les dépenses en médicaments avaient atteint à 763 millions de F CFA et celles en matériel à quelques dizaines de millions de F CFA.

La procédure du choix des remèdes a bénéficié de la liste de médicaments « essentiels » qui avait été établie en 1980, c'est-à-dire la liste de ceux agréés pour les différentes catégories d'hôpitaux et de dispensaires du pays. Pour le matériel, une consultation des chefs de service (médecins inspecteurs régionaux, médecins chefs de service de l'hôpital général entre autres) a été effectuée ; on leur a demandé quels étaient leurs besoins et ils ont communiqué leurs listes.

Le choix d'importantes dépenses de literie a été un choix politique, les décideurs considérant que l'on pouvait ainsi à bon compte faire des choses visibles et supposées appréciées de la population (lits neufs, matelas avec alaises, draps). Ce point de vue a été contesté par des Congolais considérant que le fait d'avoir des lits neufs et des draps ne serait pas spécialement apprécié par la majorité des gens qui n'ont pas ce confort chez eux. On peut remarquer que l'achat de matelas neufs et d'alaises en plastique permettait en tout cas d'améliorer sensiblement les conditions d'hygiène des malades hospitalisés.

Le choix entre les différentes demandes a été effectué par le cabinet du ministre de la Santé de manière relativement arbitraire, car aucun critère précis n'était disponible pour cela. Il n'y avait

ni recensement des matériels existant, ni statistiques, ni normes de consommation de médicaments en fonction de la pathologie ; les normes d'équipement disponibles étaient peu applicables : le matériel en place n'étant pas recensé, on ne savait pas ce qui manquait. Le seul critère objectif était la ventilation géographique : des quotas existaient pour répartir les médicaments par région ; ils étaient fondés sur les données démographiques, avec un coup de pouce entre autres pour les zones-frontières et les localités enclavées.

La précipitation avec laquelle a été élaborée la liste des équipements est apparue au grand jour lorsque le ministre a dû défendre son budget devant l'Assemblée nationale. Il était écrit dans le projet « Dispensaire de Ntam : 2 000 draps » ; interrogation d'un député : « Qu'allez-vous faire de 2 000 draps à Ntam ? » (il faut savoir que le dispensaire de Ntam est le plus reculé du pays, situé dans une zone presque inhabitée) ; réponse embarrassée du ministre enfin sauvé par un conseiller qui découvre qu'il s'agissait d'une faute de frappe et que les 2 000 draps concernaient le pays tout entier...

L'acheminement des médicaments et matériels

Pour réceptionner, vérifier, stocker et envoyer aux utilisateurs tous ces achats, le ministère de la Santé disposait d'un dépôt à Pointe-Noire, près du port, au bord de la voie ferrée menant à Brazzaville ; ce dépôt était très ancien, relativement petit, équipé d'une menuiserie pour faire les caisses de réexpédition, d'une machine mécanographique à bout de souffle sortant les états avec plusieurs mois de retard et ne disposait pas de chambre froide, mais seulement d'une pièce climatisée. Le personnel comprenait un certain nombre de gens encadrés par deux pharmaciens débordés par leur responsabilité : approvisionner tous les services publics de santé en médicaments et en matériels.

Les moyens matériels et humains du dépôt de Pointe-Noire n'étant pas à la hauteur, l'opération risquait de capoter et de créer un scandale politique de première grandeur. Devant ce danger, le ministre de la Santé, qui s'était beaucoup avancé pour le succès de l'opération, prit les choses en main en s'installant personnellement pendant deux mois à Pointe-Noire avec une partie de son cabinet au moment de l'arrivée du matériel et des médicaments dans le port. Il dirigea lui-même sur place la réception, la vérification, le stockage des médicaments et matériels, la confection des caisses, leur expédition. Il participa même à leur acheminement dans les régions, grâce à des avions militaires ; cela lui permit de se montrer dans tout le pays avec les caisses du coup de poing santé qui

furent remises solennellement aux responsables politiques régionaux et locaux. Grâce à quoi, l'OCPS s'est déroulée normalement (3).

En fait, que sont devenus ces médicaments et tout ce matériel ? Pour les médicaments, on sait (4) que l'essentiel est resté dans les villes et dans les localités bien desservies par le réseau de communication, c'est-à-dire deux ou trois localités dans chacune des dix régions du pays. Le fait que seules les localités principales aient été desservies tient probablement, d'une part, aux difficultés de circulation (pistes en très mauvais état, peu de véhicules tout terrain en état de marche dans les services de santé, très peu de crédits de carburant) et, d'autre part, à ce que l'acheminement s'est arrêté au niveau des principales formations sanitaires : il semble que celles-ci n'aient pas reçu la consigne de devoir partager la dotation avec d'autres. Comme ces dotations n'étaient pas d'une abondance démesurée, elles ont tout gardé pour elles-mêmes. Pour le matériel, il en est probablement de même.

L'utilisation de ces achats

Pour les médicaments, on dispose de très peu d'informations. Les dotations reçues ont duré environ 6 mois pendant lesquels les ordonnances pour acheter des médicaments dans les pharmacies ont été moins systématiques ; à l'issue de cette période, on s'est retrouvé dans la situation initiale de pénurie, en attendant la dotation pour l'année 1982.

On dispose par contre d'une description de l'utilisation du matériel dans certains hôpitaux (5). Une visite effectuée un an après l'opération a montré que seul un petit nombre d'équipements était utilisé. Cette constatation est banale, mais il est intéressant de savoir pourquoi : la réponse principale est que l'environnement nécessaire à ce matériel a été très largement sous-estimé. On peut citer des machines à laver et des autoclaves restés en caisse dans des hôpitaux n'ayant pas l'eau courante, les bistouris électriques non déballés là où il n'y a pas d'électricité, des appareils d'anesthésie inutilisables par manque de distribution d'oxygène et de protoxyde d'azote, un scialytique à fixer au plafond ne pouvant être installé là où le plafond n'est pas assez solide, des frigidaires rapidement en panne à cause des trop fortes variations de tension...

Il convient également de parler des problèmes de personnels. Certains matériels assez sophistiqués ont été demandés par des méde-

(3) Parti congolais du travail, *op. cit.*

(4) P. Passi, *op. cit.*

(5) J. Razer, *La Question des équipements des formations sanitaires en République popu-*

laire du Congo. État actuel et perspectives, Brazzaville, ministère du Plan/ministère de la Santé, 1982.

cins spécialistes coopérants qui ont quitté le pays entre le moment de la demande et celui de l'arrivée du matériel : ce matériel inhabituel est inconnu de leurs remplaçants qui, de ce fait, ne s'en servent pas. Certains appareils exigent une formation pour leur emploi ; ne l'ayant pas reçue, médecins et infirmiers ne peuvent l'utiliser. C'est le cas d'appareils d'anesthésie, de couveuses, d'appareils de laboratoires (dans un cas, 50 % du matériel de laboratoire est inutilisé). Le personnel n'étant pas formé à l'entretien quotidien de matériel parfois fragile et sophistiqué, celui-ci est rapidement hors d'usage.

Mais le plus important provient de l'absence de personnel technique et d'entretien dans le pays. Il y avait en tout et pour tout une petite cellule de maintenance du matériel de radiologie à l'hôpital général et une entreprise privée s'occupant de l'entretien. Ces questions-là n'ont pas été prévues au départ : la cellule de maintenance n'a pas été consultée pour les achats, les cahiers des charges étaient succincts et imprécis sur les modalités d'installation et de garantie, si bien que le personnel spécialiste du matériel a été vite débordé par les problèmes à résoudre et a limité ses interventions à ce qui est apparu le plus urgent. Ces problèmes de maintenance étaient d'autant plus aigus que le matériel acheté était souvent plus complexe que le matériel existant et que le système d'appels d'offres a multiplié les modèles différents. Un sondage a montré que fin 1982, 27 % des appareils médicaux n'étaient pas en service.

L'utilisation effective des achats semble avoir été limitée aux médicaments qui ont été consommés, aux lits qui ont été facilement mis en place, mais non aux draps, difficiles à laver, au petit matériel médical non spécialisé et à une partie assez limitée du matériel médical plus important et du matériel hospitalier.

L'impact du coup de poing santé

Les effets de l'OCPS sont à analyser sous plusieurs angles : effets sur le niveau de santé, effets sur le fonctionnement du système, effets sur les comportements et les conceptions des professionnels, effets sur les attitudes et demandes de la population.

L'opération a élevé d'une certaine manière le niveau de prestations des soins : la présence de petit matériel et d'équipements médicaux spécialisés a permis de fournir des soins qui ne l'étaient pas auparavant, la disponibilité de médicaments a permis à la population n'ayant pas les moyens d'en acheter d'être soignée. En élevant la qualité des prestations offertes, elle a dû accroître la demande de soins, donnant une activité minimum aux services désertés aupa-

ravant par la population qui constatait leur grande misère et surchargeant encore plus les services déjà saturés. On ne dispose toutefois pas d'informations précises sur ces points.

L'OCPS a laissé de côté toute une série de problèmes qu'elle ne visait pas à résoudre :

- les conditions de vie en général de la population (hygiène, malnutrition...) qui pèsent très lourdement sur la santé publique ;
- l'hypertrophie des deux grands hôpitaux du pays par rapport au reste du système de santé ;
- le faible niveau de compétence du personnel ;
- les procédures de travail dans les services de santé faisant peu appel au professionnalisme.

Par ailleurs, l'OCPS a eu deux effets tout à fait négatifs sur le fonctionnement des services de santé et sur la conception de leur avenir que pouvaient espérer les professionnels et la population : d'une part, désorganiser le fonctionnement normal des services centraux du ministère, d'autre part, rendre encore plus aiguës les pénuries et inciter à une sorte de fuite en avant.

On ne s'étendra pas longuement sur la désorganisation entraînée dans les services centraux du ministère qui s'est produite parce que le ministère ne disposait pas de services de logistique suffisamment étoffés, ni de personnel formé à ce travail : les pharmaciens connaissent techniquement les médicaments, mais n'ont pas à approvisionner tout un pays et encore moins à installer des équipements médicaux ; ils ne sont pas les seuls à avoir été mobilisés : tout le personnel du ministère l'a été peu ou prou. Cela a été particulièrement gênant au moment où ces services auraient dû, en dehors de leur travail habituel, participer à la préparation du plan quinquennal.

L'impact sur la conception du développement des services de santé est peut-être moins évident, mais il paraît beaucoup plus grave. Puisqu'il n'y a pas eu d'évaluation complète de l'OCPS qui aurait permis de déceler toute une série d'insuffisances dans le fonctionnement des services de santé, on en est resté à l'idée que l'opération « s'est déroulée normalement », puisque l'on a pu acheter ce qui était prévu et ensuite l'acheminer dans toutes les régions du pays. Toute une série de problèmes mis ici en évidence ont été largement ignorés, à cause du caractère extrêmement politique de l'opération. Or, l'analyse de ces problèmes est très instructive.

Les matériels médicaux et les médicaments n'ont aucune utilité par eux-mêmes : pour fonctionner efficacement, ils doivent s'intégrer dans un ensemble de ressources et dans une organisation adaptée, et surtout correspondre à des objectifs clairement énoncés, à des besoins bien analysés. L'improvisation dans les achats fait que les choix ont été peu effectués en fonction des objectifs des services de santé et des performances qu'ils pouvaient apporter ; les dif-

ficultés matérielles d'acheminement, de mise en place et d'utilisation montrent à l'évidence que les problèmes du système de santé sont nombreux et ne se résument pas seulement à une pénurie de matériels et de médicaments. L'absence de ces ressources, de cette organisation et de ces objectifs n'apparaît pas clairement lorsque les matériels et médicaments manquaient de façon criante, mais devient évidente lorsque ces produits arrivent brutalement en abondance, même relative.

Faute de cette analyse, l'acquisition de médicaments et de matériel devient alors un objectif en soi, c'est-à-dire que la rationalité de ces acquisitions est complètement occultée, d'autant plus que les moyens sont abondants. En cas de grande pénurie réelle, la sélectivité des choix est forcément très forte. Lorsque cette pénurie se réduit et que les objectifs poursuivis ne sont pas clairs, lorsqu'il n'y a pas de structure rodée pour organiser la répartition de ces moyens, on aboutit à faire apparaître toute une série de nouvelles pénuries qui n'étaient pas ressenties : par exemple dans les petits hôpitaux, l'eau courante n'était pas considérée comme une priorité absolue, mais elle l'est devenue le jour où l'on a reçu des draps et des machines à laver ; dans les plus grands hôpitaux, l'arrivée d'instruments de chirurgie neufs et modernes souligne la misère des bâtiments, des services de laboratoires, de radiologie, de consultation, de cuisine, etc.

On a cru s'approcher de la modernité, mais elle s'éloigne comme un mirage. Les attentes que l'OCPS a fait naître ont été déçues et l'Opération contribue à renforcer l'idée qu'il n'y a pas de progrès durables possibles. Ces progrès sont conçus exclusivement en termes de stocks — disposer à un moment donné d'un ensemble de moyens — et non en termes de flux — organiser dans le temps l'élévation du niveau des moyens disponibles.

Mais le poids des objectifs politiques assignés à l'opération étant très important, la seule évaluation à faire ne se situe sans doute que dans la légitimation politique recherchée. A cet égard, l'opération a peut-être été un succès.

Jérôme Dumoulin
CNRS, IREP-Développement, Grenoble