

**RÉGION AFRIQUE, DÉPARTEMENT DU DÉVELOPPEMENT HUMAIN
SERIE DOCUMENTS DE TRAVAIL – No.**

**Santé et Pauvreté en
République Démocratique du Congo :
Analyse et Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté**

Rapport d'Etat Santé et Pauvreté

VERSION PROVISOIRE 2

13 mai 2005

Banque Mondiale

Remerciements

Le Rapport d'état santé pauvreté de la République Démocratique du Congo a été élaboré en deux phases par une équipe de la Banque mondiale dirigée par Eva Jarawan (Spécialiste principal en santé), en collaboration avec une équipe congolaise. La première phase a bénéficié du travail participatif de l'équipe nationale « Santé et Pauvreté » avec la contribution de M. Koffi Ekanmian, consultant de la Banque mondiale et de M. Souleymane Sow (AFTH3). L'équipe nationale a rassemblé l'ensemble des partenaires du secteur, notamment des fonctionnaires du Ministère de la Santé et de l'Institut National des Statistiques, des universitaires et des représentants des organisations non gouvernementales. Cette équipe était subdivisée en quatre groupes de travail avec les participants suivants: Groupe I : « Analyse des indicateurs et comportements des ménages »: MM. Kayembe, Kuvula, Matangwa et Manunga; Groupe II : « Analyse de la performance et de l'efficacité technique des services des soins de santé » : MM. Wangata, Kalonji, Kabanga, Komba Djeko et Kipulu ; Groupe III : « Analyse de la dépense publique de santé »: MM. Munyanga, Makengo Maswa, Kangi Muya, Kosi et Kalambay. A l'issue de cette première phase, une version préliminaire du rapport a été distribuée et présentée par Mme Jarawan lors de la Table Ronde Santé qui s'est tenue les 11 et 12 mai 2004 à Kinshasa. Cette première version a également fait l'objet de discussions pendant un atelier de dissémination et de validation

Au cours de la seconde phase, des analyses plus approfondies ont été entreprises par l'équipe de la Banque Mondiale, sur la base des études, des plans d'action et des documents du Ministère de la Santé et sur des rapports du Système National d'Informations Sanitaires (SNIS). Ce rapport a bénéficié de données des Enquêtes Nationales sur la Situation des Enfants et des Femmes (MICS) réalisées par le Gouvernement, avec l'appui de l'UNICEF, en 1995 et 2001. L'analyse s'est aussi appuyée sur les nombreuses enquêtes, parfois à l'échelle nationale, réalisées par des organisations non gouvernementales (ONG) et portant sur l'étude des niveaux, des tendances et des facteurs à l'origine de la mortalité. Enfin le rapport a été enrichi des conclusions du travail de Martin Révillion (consultant de COWI), d'un nombre important d'études ponctuelles et locales, de rapports d'ONG présentes en RDC ainsi que de la revue des dépenses publiques réalisée en 2002 par le Gouvernement en collaboration avec la Banque Mondiale.

Ce document a été rédigé par M. Patrick Mullen, consultant de la Banque Mondiale. M. Fabrice Houdart (AFC16) a écrit le chapitre sur le financement de la santé et M. Marc Donald Néné (consultant de COWI) a rédigé le chapitre sur l'organisation du système de santé. M. Krishna Rao (consultant de COWI) a effectué les analyses économétriques des données sur l'utilisation des services de santé. Des remerciements sont adressés à Mme Nathalie Lopez-Diouf qui a suivi le processus de production de ce rapport.

Enfin, les auteurs tiennent à souligner la contribution généreuse du Fond Fiduciaire « IDA » et du Fond Fiduciaire Danois aux frais de consultants, de publication et de dissémination de cet ouvrage.

Abréviations et Acronymes

ACF	Action Contre la Faim
ASRAMES	Association régional pour l'achat des médicaments essentiels au Kivu
BCG	Bacille de Calmette et Guérin
CDR	Centrale de Distribution Régionale
CS	Centre de Santé
CSR	Centre de Santé de Référence
CTA	Combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine
EDS	Enquête démographique et de santé (Demographic and Health Survey)
DOTS	Traitement de courte durée sous surveillance directe (directly-observed treatment, short-course)
DTC	Vaccination contre la diphtérie, le tétanos, et la coqueluche
ESP	École de Santé Publique, Université de Kinshasa
FEDECAME	Fédération des Centres d'Achat de Médicaments Essentiels
FMI	Fonds monétaire international
GAVI	Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination
HGR	Hôpital Général de Référence
IRA	Infection respiratoire aiguë
IRC	International Rescue Committee
IRIN	Integrated Regional Information Network
ISF	Indice synthétique de fécondité
JNV	Journées nationales de vaccination
MAP	Programme multisectoriel de lutte contre le SIDA (Multicountry HIV/AIDS Project)
MDM	Médecins du Monde
MICS	Enquête Nationale sur la Situation des Enfants et des Femmes
MSF	Médecins sans Frontières
OCHA	Bureau de Coordination des Affaires Humanitaires des Nations Unies
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
PCA	Paquet Complémentaire d'Activités
PEV	Programme Élargi de Vaccination
PIB	Produit intérieur brut
PMA	Paquet Minimum des Activités
PMPTR	Programme Minimum de Partenariat pour la Transition et la Relance
PNLS/IST	Programme National de Lutte contre le VIH/SIDA, les Infections Sexuellement Transmissibles et les Infections Opportunistes
PNLT	Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PNSR	Programme National de la Santé de la Reproduction
PPTE	Pays Pauvres Très Endettés
PSF	Pharmaciens sans Frontières
RDC	République Démocratique du Congo
RNB	Revenu national brut
SNIS	Système National d'Informations Sanitaires
S-P	Sulfadoxine-Pyriméthamine

SRO
UNICEF
USD
VIH/SIDA
ZS

Sel de réhydratation par voie orale
Le Fonds des Nations Unies pour L'Enfance
Dollar américain
Virus de l'immunodéficience humaine/Syndrome
d'immunodéficience acquise
Zone de Santé

Vice President:	Gobind T. Nankani
Country Manager/Director:	Pedro Alba
Sector Manager:	Laura Frigenti
Task Team Leader:	Eva Jarawan

Table des matières

Résumé et conclusions.....	1
1. Situation sanitaire et les OMD	1
2. Les ménages et le communautés	3
3. L'utilisation des services de santé	5
4. Le système de santé	8
5. Financement public du secteur de la santé	11
6. Stratégie du secteur de la santé.....	12
Introduction	17
1. Contexte	17
2. Objectifs et cadre analytique	18
3. Données utilisées et limites de l'analyse.....	19
Chapitre 1 : Analyse de la situation.....	21
1. Les Objectifs du Millénaire pour le Développement.....	21
2. Analyse de la mortalité des enfants	23
3. Analyse de la morbidité des enfants.....	33
4. Analyse de l'état nutritionnel des enfants	35
5. Santé maternelle et reproductive	39
6. VIH/SIDA	41
7. Le paludisme	43
8. La tuberculose et les autres maladies transmissibles.....	43
9. La mortalité générale.....	44
Chapitre 2 : Utilisation des services de santé.....	47
1. Utilisation générale des services de santé	47
2. Utilisation des services hospitaliers.....	50
3. Utilisation des services de santé et nutritionnels pour l'enfant	50
4. Utilisation des services de santé reproductive, maternelle et néonatale.....	53
5. Utilisation des services par type de prestataire.....	55
6. Facteurs déterminants de l'utilisation.....	57
7. Tendances.....	60
Chapitre 3 : Système de santé.....	64
1. Organisation du système de santé.....	64
2. Réseau des services de soins de santé	66
3. Secteur privé.....	66
4. Services et qualité.....	68
5. Participation communautaire.....	71
6. Ressources humaines.....	71
7. Secteur pharmaceutique	75
8. Système d'information sanitaire.....	76
9. Programmes importants.....	77
10. Stratégie du Gouvernement.....	83
Chapitre 4 : Financement du secteur de la santé.....	84
1. Dépenses publiques de santé	84

2. Financement par les entreprises publiques et privées.....	88
3. Aide extérieure au secteur de la santé	88
4. Financement par les ménages.....	90

Références Bibliographiques 97

Liste des Figures

Figure 1. Inégalités socio-économiques de mortalité (${}_5q_0$) et de malnutrition chronique parmi les enfants de moins de 5 ans, RDC.....	2
Figure 2. Indicateurs d'utilisation par quintile socioéconomique, en milieu urbain et en milieu rural, RDC, 2001	6
Figure 3. Docteurs et infirmiers pour 100 000 habitants, DRC, 1998.....	9
Figure 4. Dépenses publiques de santé (sur ressources propres) et PIB par habitant (pays dont le PIB/habitant < 1 000 USD)	11
Figure 5. Cadre analytique reflétant la situation de la RDC.....	18
Figure 6. Estimations indirectes de la mortalité infanto-juvénile (${}_5q_0$), RDC	23
Figure 7. Estimations indirectes de la mortalité infanto-juvénile (${}_5q_0$), milieux rural et urbain, RDC.....	25
Figure 8. Estimations indirectes de la mortalité infanto-juvénile (${}_5q_0$), par région, RDC	25
Figure 9. Estimations indirectes de la mortalité infanto-juvénile (${}_5q_0$), par quintile socio-économique, RDC	27
Figure 10. Courbes de concentration de la mortalité des enfants, RDC, 1995 et 2001	29
Figure 11. Causes rapportées de la mortalité chez les enfants de moins de cinq ans, RDC, 2004	33
Figure 12. Tendances estimées de la malnutrition des enfants de moins de cinq ans, RDC, 1995-2001	36
Figure 13. Courbes de concentration de la malnutrition chronique parmi les enfants de moins de cinq ans, RDC, 1995 et 2001.....	37
Figure 14. Tables-type de survie modèle «Nord» correspondants aux taux de mortalité infanto-juvénile et taux brut de mortalité provenant de différentes enquêtes, RDC, 1984-2004.....	45
Figure 15. Taux annuel de consultations curatives par habitant dans deux Zones de Santé de la Province-Orientale bénéficiant d'une aide de l'Union européenne, 2000-2004 .	48
Figure 16. Indicateurs d'utilisation en fonction du niveau d'instruction de la mère, RDC, 2001 .	54
Figure 17. Indicateurs d'utilisation par quintile socioéconomique, en milieu urbain et en milieu rural, RDC, 2001	56
Figure 18. Vaccination anti-rougeole, RDC, 2001 (% d'enfants âgés de 12 à 23 mois).....	59
Figure 19. Différences régionales de l'utilisation des services de santé, RDC, 2001	60
Figure 20. Tendances de la couverture vaccinale, RDC (% des enfants âgés de 12 à 23 mois)...	61
Figure 21. Courbes de concentration, vaccination anti-rougeole et traitement pour infection respiratoire, RDC, 1995-2001	61
Figure 22. Médecins et infirmiers pour 100 000 habitants, DRC, 1998.....	72
Figure 23. Docteurs et infirmiers pour 100 000 habitants, DRC, 1998.....	73
Figure 24. Part du budget du secteur de la santé dans le budget de l'État.....	85
Figure 25. Dépenses publiques de santé (sur ressources propres) et PIB par habitant (pays dont le PIB/habitant < 1 000 USD)	86
Figure 26. Taux d'utilisation des services curatifs en fonction du coût moyen par épisode, RDC, 2005 (n = 26).....	93

Liste des Tableaux

Tableau 1. Indicateurs de nutrition et de santé et nombre d'habitants affectés sur une année (chiffres estimatifs), RDC	1
Tableau 2. Discussion dans le rapport des différents éléments du cadre analytique	19
Tableau 3. Indicateurs des OMD relatifs à la santé, RDC, estimations les plus récentes	21
Tableau 4. Quelques indicateurs des OMD, RDC et pays de comparaison	22
Tableau 5. Mortalité des enfants de moins de cinq ans, estimés par des enquêtes rétrospectives de mortalité représentatives de la population, RDC.....	24
Tableau 6. Taux brut de mortalité et taux correspondants de mortalité infanto-juvénile (${}_5q_0$), endroits spécifiques, RDC, 1998-2004.....	26
Tableau 7. Taux de mortalité infanto-juvénile (${}_5q_0$) correspondant aux des taux bruts de mortalité observés, endroits spécifiques, RDC, 1998-2004.....	27
Tableau 8. Modèles de régression de Poisson à effets aléatoires pour les facteurs déterminants de la mortalité des enfants, RDC, 2001.....	30
Tableau 9. Modèle de régression de Poisson à effet aléatoire des déterminants de la mortalité des enfants sur les données regroupées, RDC, 1995 et 2001 (mères âgées d'entre 15 et 34 ans)	31
Tableau 10. Modèles de régression logistique à effet aléatoire sur les facteurs déterminants de la fièvre, de l'infection respiratoire, et de la diarrhée parmi les enfants de moins de cinq ans durant les deux semaines précédentes, RDC, 2001 (n = 10 254).....	34
Tableau 11. Modèles de régression logistiques à effet aléatoire pour les facteurs déterminants de la malnutrition parmi les enfants de moins de cinq ans, RDC, 2001	38
Tableau 12. Taux annuel de nouvelles consultations curatives par personne en 2001.....	47
Tableau 13. Taux annuel d'hospitalisation pour 1 000 habitants et taux d'occupation des lits d'hôpitaux, 2001.....	50
Tableau 14. Indicateurs d'utilisation des services de santé infantile, RDC, 2001 (%).....	51
Tableau 15. Indicateurs de santé reproductive et maternelle, RDC, 2001 (% de femmes de 15 à 49 ans)	53
Tableau 16. Accouchements assistés (% des accouchements de l'année précédant l'enquête) en RDC, 2001.....	54
Tableau 17. Traitement des enfants présentant des symptômes de IRA en RDC, 2001 (% d'enfants de moins de cinq ans ayant présenté des symptômes de IRA durant les 2 semaines précédentes)	55
Tableau 18. Modèles de régression logistique sur les facteurs déterminants de l'utilisation des services préventifs, RDC, 2001	57
Tableau 19. Modèles de régression logistique sur les facteurs déterminants de l'utilisation des services curatifs, RDC, 2001	58
Tableau 20. Tendances de l'utilisation des services de santé, RDC, 1995-2001 (%)	62
Tableau 21. Modèle de régression logistique de données regroupées sur les facteurs déterminants de la vaccination contre la rougeole et du traitement pour infection respiratoire, RDC, 1995 et 2001	62
Tableau 22. Nombre d'habitants par formation sanitaire, RDC, 1998	66
Tableau 23. Nombre de Zones de Santé et population par Zone, RDC, 1986 et 2004.....	66
Tableau 24. Disponibilité des ressources humaines dans le secteur de la santé, RDC, 1998.....	72
Tableau 25. Médecins pour 100,000 habitants, RDC, 1998-2003.....	74
Tableau 26. Projection des revenus de l'État dans le domaine de la santé, RDC.....	85
Tableau 27. Budget pour le secteur de la santé par province, RDC, 2002 (milliers USD sauf indication contraire)	87
Tableau 28. Proportion de cas qui n'a pas reçu de soins, en total et pour des raisons financières, RDC.....	91
Tableau 29. Proportion de cas qui a recours à l'automédication et proportion qui n'a pas reçu de soins, RDC	92

Tableau 30. Exemples de tarifs relevés pour les soins de santé, RDC 93

Résumé et conclusions

1. **Le présent rapport a pour objet de décrire et d'analyser la situation sanitaire, nutritionnelle et démographique de la République Démocratique du Congo (RDC) afin d'éclairer le Gouvernement dans la définition de la stratégie de développement du secteur de la santé, en particulier dans le contexte de l'élaboration du Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP).** Ce rapport met en lumière la problématique de la pauvreté dans le secteur de la santé en partant d'une analyse des résultats de santé, de nutrition et de population de la RDC ainsi que des progrès vers l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Il évalue par la suite les capacités des ménages et des communautés en termes de production de santé et de consommation des services de santé puis étudie la performance du système de santé dans sa fonction d'appui aux ménages dans l'entretien de leur capital santé. Enfin, le rapport examine les politiques et les stratégies du Gouvernement et des partenaires extérieurs en prêtant une attention particulière aux questions de financement des soins de santé et leur impact sur les pauvres.

1. Situation sanitaire et les OMD

2. **Les résultats en matière de santé, de nutrition et de population, et en particulier les principaux indicateurs des OMD relatifs à ce secteur, se sont détériorés au cours de la dernière décennie.** La RDC sort d'un conflit long et destructeur, qui a suivi des années de crise économique de sorte qu'elle est devenue l'un des pays les plus pauvres du monde. Plus du tiers des enfants de moins de cinq ans souffrent de malnutrition chronique (retard de croissance) et 16 % souffrent de malnutrition aiguë (émaciation), ce qui dénote une sensibilité généralisée à des crises ponctuelles. Les enquêtes rétrospectives sur la mortalité font apparaître des taux de mortalité extrêmement élevés parmi les populations affectées par le conflit et l'on estime que 3,8 millions de décès peuvent être attribués à la guerre depuis 1997. La mortalité infanto-juvénile, évaluée à partir de l'*Enquête nationale sur la situation des enfants et des femmes* (MICS2) de 2001, est de l'ordre de 220 ou plus pour 1 000, ce qui est l'un des taux les plus élevés du monde. De même la mortalité maternelle est parmi les plus élevées du monde avec un ratio estimé à 1 289 pour 100 000 naissances vivantes. L'indice synthétique de fécondité est très élevé, à 7,1.

Tableau 1. Indicateurs de nutrition et de santé et nombre d'habitants affectés sur une année (chiffres estimatifs), RDC

	indicateur (estimations)	nombre d'habitants affectés sur une année
population 2004	58 318 000	
produit intérieur brut par habitant 2003 (USD)	100	
malnutrition chronique (retard de croissance) (% enfants <5 ans)	38	4 210 560
mortalité infantile (${}_5q_0$) (pour 1 000)	128	362 038
mortalité infanto-juvénile (${}_5q_0$) (pour 1 000)	220	565 101
mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	1 289	36 458
prévalence du VIH chez les adultes (%)	4.5	1 167 818

Sources : 2001 MICS2, ONUSIDA (2004), Banque Mondiale (2004).

3. **Du fait de l'importance même de sa population et de la pauvreté de la situation sanitaire, la RDC représente une concentration énorme de morbidité et de mortalité dans le centre de l'Afrique.** Avec une population évaluée à 58,3 millions d'habitants en 2004, la RDC

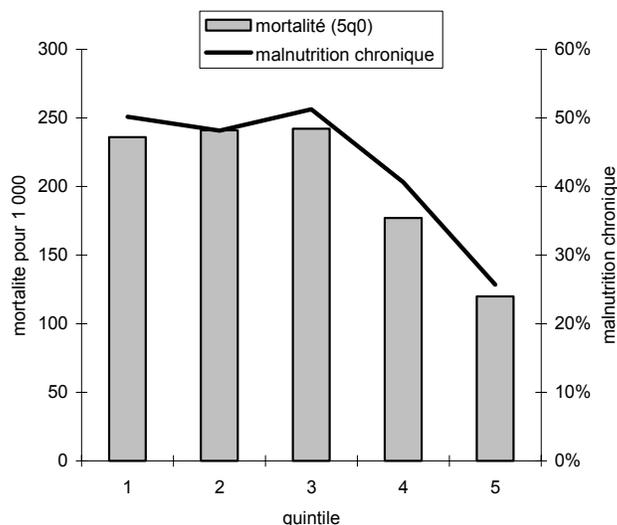
est le troisième pays le plus peuplé de l'Afrique subsaharienne (après le Nigeria et l'Éthiopie). Selon les estimations établies, 4,2 millions d'enfants de moins de cinq ans souffrent de malnutrition, 362 000 nourrissons meurent avant leur premier anniversaire, plus d'un demi million d'enfants de moins de cinq ans décèdent chaque année, 36 000 femmes meurent chaque année en couche et près de 1,2 million d'adultes sont infectés par le VIH.

4. **Le paludisme est la principale cause de mortalité parmi les enfants en RDC.** C'est une maladie fortement endémique dans ce pays. Les enquêtes montrent que la fièvre est liée à 40 % des décès d'enfants et qu'une proportion importante de la mortalité lui est imputable à tous les âges. Autrement dit, entre 150 000 et 250 000 enfants de moins de cinq ans meurent chaque année de cette maladie. La couverture pour les moustiquaires imprégnées d'insecticide est très faible, et la résistance du parasite aux traitements classiques augmente.

5. **Le VIH/SIDA et la tuberculose sont aussi des problèmes majeurs.** La prévalence du VIH est évaluée à 4-5 % dans la population générale, et à au moins 30 % parmi les groupes à haut risque. L'incidence de la tuberculose est élevée, avec 384 cas pour 100 000 habitants et par an selon les estimations établies.

6. **La guerre a accentué les inégalités, mais la situation sanitaire de la plus grande partie de la population reste précaire.** Les données d'enquêtes menées auprès des ménages sur la mortalité et la malnutrition montrent que les résultats sanitaires dans la partie ouest du pays, qui n'a pas été directement affectée par la guerre, sont généralement meilleurs que ceux du reste du pays. De même, les indicateurs de santé sont meilleurs dans les zones urbaines que dans les régions rurales. Toutefois, même dans ces zones mieux loties, la situation s'est aggravée depuis le début des années 1990, et il convient de souligner que leur état sanitaire et nutritionnel est mauvais par rapport aux moyennes générales observées dans d'autres pays. En 1997 par exemple, le taux de mortalité infanto-juvénile estimé dans les zones urbaines était de 158 pour 1 000, chiffre comparable aux estimations concernant l'ensemble de la Tanzanie ou de l'Éthiopie, mais plus élevé que le ratio national du Kenya.

Figure 1. Inégalités socio-économiques de mortalité (5q0) et de malnutrition chronique parmi les enfants de moins de 5 ans, RDC



Estimations des auteurs sur la base des données de l'enquête MICS2 de 2001.

7. **La malnutrition et la mortalité sont plus élevées parmi les couches pauvres.** Sur la base des données d'enquêtes de ménages, la mortalité infanto-juvénile dans le quintile le plus pauvre est estimée à 256 pour 1 000 en 1997-1998, contre 128 pour 1 000 dans le quintile le plus riche.

De même, en 2001, la malnutrition chronique affectait 43 % des enfants de moins de cinq ans dans les ménages les plus pauvres contre 19 % dans les ménages plus aisés. Toutefois, parmi les quatre quintiles inférieurs, les disparités des résultats dans ces domaines n'apparaissent pas de façon évidente, ce qui témoigne d'une situation de vulnérabilité pour la grande masse de la population. D'autre part, il convient de noter que, si certains groupes de la population se portent mieux que d'autres, la situation sanitaire est loin d'être optimale, même parmi les groupes mieux lotis. Le taux de mortalité infanto-juvénile dans le quintile socio-économique le plus favorisé est estimé à 128 pour 1 000 en 1997, chiffre qui excède par exemple le ratio estimé pour le Kenya dans son ensemble.

8. Il faudra déployer beaucoup d'efforts et de ressources pour progresser dans la voie de la réalisation des OMD. Les OMD sont définis en termes de réduction de la malnutrition et de la mortalité par rapport aux niveaux de 1990. La RDC n'a pas seulement perdu la décennie des années 1990, elle a aussi perdu du terrain par rapport à ces années-là puisque les taux de mortalité et l'espérance de vie par exemple ont été ramenés aux niveaux enregistrés dans les années 1950 et 1960. S'il y a des raisons de penser que la mortalité en particulier pourrait diminuer avec la consolidation de la paix, pour pouvoir inverser la situation il faudra avant toutes choses que le pays puisse bénéficier d'une stabilité politique et économique. De plus, il faudra aussi une forte concentration d'efforts et d'investissements dans le secteur de la santé.

2. Les ménages et les communautés

9. Parmi les principaux déterminants de la santé et de la nutrition des ménages sont le niveau d'éducation de la mère et les comportements tels que l'allaitement maternel, les pratiques sexuelles et l'utilisation des contraceptifs. Mis à part l'incidence de la fièvre (qui dépend surtout de la situation épidémiologique du paludisme), la plupart des modèles statistiques des déterminants de diverses composantes de la situation sanitaire (mortalité des enfants, malnutrition, diarrhée et infections respiratoires) montrent que les enfants dont les mères ont une instruction, quel qu'en soit le niveau, courent moins de risques que les autres – même lorsque l'on contrôle pour les effets du statut socio-économique. Ce constat concorde avec les conclusions notées dans de nombreux autres pays, et il peut s'expliquer par le fait que les mères qui ont un certain niveau d'éducation sont plus au courant des pratiques préventives de santé et plus enclines à consulter un prestataire de santé qualifié pour leur enfant. La majorité des mères de famille (72 %) ont plus ou moins fréquenté l'école, mais la proportion est bien plus faible dans les régions rurales (62 %) que dans les zones urbaines (91 %). Ces résultats relativement encourageants sont tempérés par les estimations actuelles du taux brut de scolarisation dans les écoles primaires, qui se situent autour de 65 %, ce qui correspond aux taux enregistrés dans d'autres pays pauvres d'Afrique subsaharienne.

10. L'allaitement exclusif au sein est un déterminant crucial de la santé et la nutrition des nourrissons et des enfants, et c'est aussi un déterminant crucial de leur développement. Presque tous les enfants sont plus ou moins allaités au sein, mais un quart d'entre eux seulement le sont exclusivement pendant les six premiers mois de leur existence, et cette proportion diminue au fil du temps. Parmi les autres pratiques qui ont un impact important sur la santé, citons l'utilisation d'une méthode moderne de contraception (le taux d'utilisation n'est que de 4,4 % seulement), et les comportements sexuels à risque.

11. La pauvreté, qui affecte la grande masse de la population, a clairement un impact négatif sur l'état sanitaire et nutritionnel. Pour tous les indicateurs de santé et de nutrition analysés (sauf l'incidence de la fièvre), on observe des différences manifestes et importantes entre les plus démunis et les plus aisés. Les divers modèles de régression montrent que le statut socio-économique est un déterminant constant des résultats de santé. Par exemple, lorsque l'on

contrôle pour les effets de divers autres facteurs, les enfants des foyers qui font partie du quintile le plus élevé courent 0,7 fois moins de risques de souffrir d'infections respiratoires ou de maladie diarrhéique. Toutefois cette relation de cause à effet n'est pas aussi évidente pour les ménages qui se situent dans les couches socio-économiques les moins privilégiées, ce qui indique que le degré de pauvreté de la masse de la population est plus ou moins uniforme et que les problèmes de santé et de nutrition l'affectent de façon similaire. Par contre, il faut être conscient que tous éléments sont présents pour que les disparités s'accroissent avec la croissance économique dans les années à venir.

12. Parmi les facteurs communautaires, il faut noter l'importance du conflit qui affecte le pays depuis 1997 et qui a entraîné une forte augmentation de la mortalité et une dégradation de la situation sanitaire et nutritionnelle en générale. Des taux de mortalité extrêmement élevés sont enregistrés parmi les populations touchées par le conflit, mais la mortalité a augmenté aussi dans d'autres régions du pays non directement touchées par les combats. Les données montrent que la plupart des décès n'étaient pas directement imputables à la violence, mais à l'augmentation de la vulnérabilité des ménages. Les effets directs et indirects du conflit sur la santé et la nutrition passent par des canaux de transmission divers, notamment l'impact des hostilités sur les ressources des ménages, l'économie en générale et les structures sociales, ainsi que sur l'action gouvernementale et les finances publiques – et le système de santé en particulier.

13. Les preuves empiriques des effets du conflit sur les résultats en matière de nutrition et de santé se traduisent par les tendances des indicateurs aussi bien au niveau national que régional. Un modèle de régression a montré que, compte dûment tenu de divers autres facteurs et notamment du statut socio-économique, les enfants du Centre et de l'Est du pays risquaient beaucoup plus de souffrir de malnutrition chronique que les enfants des provinces de l'Ouest.¹ Les enquêtes menées auprès des populations particulièrement affectées par la guerre révèlent parfois des taux extrêmement importants de mortalité. Le même modèle montre que, toute chose égale par ailleurs, le risque de mortalité des enfants en 2001 était nettement plus important dans le Centre et l'Est que dans l'Ouest. Pour ce qui est des tendances, les données des enquêtes sur les ménages indiquent que la malnutrition chronique a augmenté entre 1995 et 2001 dans l'Est du pays alors qu'elle restait stable ou diminuait dans les autres régions. Les enquêtes de mortalité rétrospectives font ressortir que l'augmentation de la mortalité a coïncidé avec les périodes de conflit les plus intenses et que c'est dans les parties centrale et orientale du pays, autrement dit les régions les plus directement touchées par la guerre, qu'elle a été la plus forte.

14. Il y a des raisons de penser que le conflit a réduit l'impact de certains déterminants de la santé tels que l'éducation et le statut socio-économique des ménages, mais qu'il a accru l'importance de la disponibilité des services de santé. Les modèles de régression des données de mortalité des enfants tirées des enquêtes de ménages de 1995 et 2001 indiquent que les effets protecteurs du niveau d'éducation de la mère et du statut socio-économique des ménages ont diminué dans le temps, ce qui donne à penser que le conflit a affecté de larges pans de la population, quelle que soit leur situation socio-économique. Toutefois, les analyses tendent à montrer que les effets positifs de la disponibilité des services de santé se sont accentués dans le temps, en particulier dans les régions les plus touchées par la guerre. C'est une indication encourageante, qui montre que les services de santé font une différence dans ces situations.

¹ Pour les besoins du présent rapport, les provinces sont groupées comme suit : provinces de l'ouest (Bas-Congo, Kinshasa et Bandundu), provinces du centre (Équateur, Kasai oriental, Kasai occidental et Katanga) et provinces de l'est (Province orientale, Maniema, Nord Kivu et Sud Kivu).

3. L'utilisation des services de santé

15. L'utilisation des services de santé de base pour l'enfant est faible dans l'ensemble. En général, l'utilisation des interventions de santé préventives pour les enfants n'est pas élevée. En 2001, seulement 50 % des enfants âgés d'un an étaient vaccinés contre la rougeole et le BCG, 11,5 % des enfants de moins de cinq ans recevaient une supplémentation en vitamine A et 0,7% dormaient sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide. De même, le recours aux soins curatifs de base est faible. Diverses sources d'information indiquent que le taux de consultations curatives par habitant est de 0,20 ou moins, contre les taux jusqu'à 0,60 observés dans les années 80 dans des Zones de Santé bien déservies. En 2001, seulement un tiers des enfants souffrant d'infections respiratoires et la moitié des enfants souffrant de fièvre avaient été traités par un prestataire de soins.

16. En dehors des consultations prénatales, l'utilisation des services de santé reproductive et maternelle est faible. Le recours aux services de planification familiale est très faible, et la prévalence des méthodes modernes de contraception se situe à 4,4 %. Si l'utilisation des consultations prénatales dispensés par du personnel médical est relativement élevée (65,7 %), le pourcentage des accouchements médicalement assistés est nettement plus faible puisqu'il était de 32,0 % dans les régions urbaines, 20,2 % dans les régions rurales et 23,7 % globalement en 2001. On ne dispose par de données nationales sur l'utilisation des soins obstétriques d'urgence – le principal déterminant de la mortalité maternelle – mais on sait que les possibilités d'accès géographiques et financières et la qualité des soins sont des problèmes importants en RDC. Une analyse des données concernant deux hôpitaux ruraux concluait par exemple que 3 % seulement des accouchements susceptibles de complications se déroulaient en milieu hospitalier.

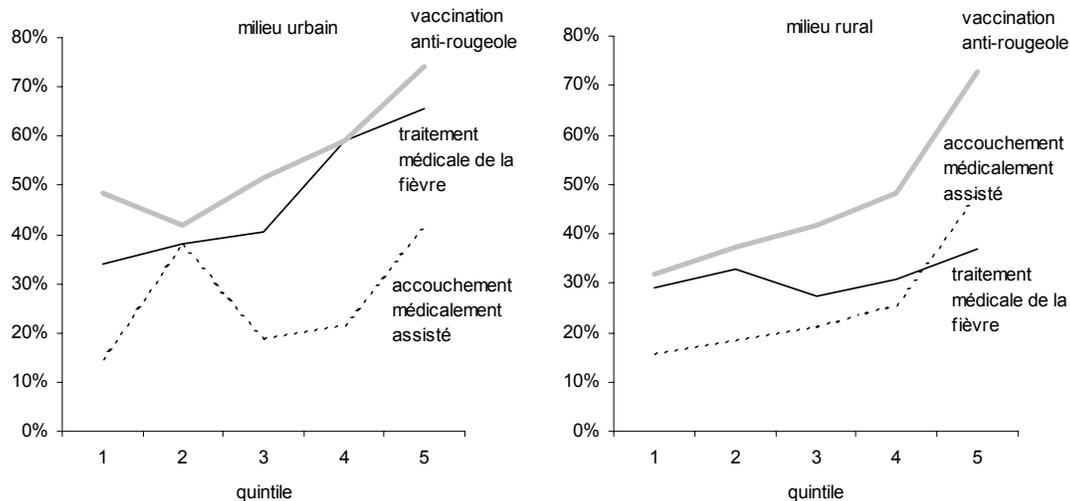
17. En générale, un grand nombre de patients n'accèdent pas aux services de santé formels. Dans les zones urbaines comme dans les régions rurales, le MICS2 de 2001 a trouvé que entre 40 et 45% des enfants qui souffrent d'une infection respiratoire ne reçoivent aucun traitement et, dans 25 % des cas environ, les ménages s'adressent à des vendeurs de médicaments ou à d'autres personnes. Plusieurs petites études plus récentes montrent aussi que 50 à 60 % des malades ne vont pas consulter un prestataire de santé formel ; ils préfèrent ne pas solliciter de traitement ou opter pour l'automédication. En générale, il apparaît qu'au moins deux tiers des patients ne recourent donc pas au système de santé pour obtenir des soins.

18. La probabilité que les plus pauvres utilisent les services de santé de base est nettement plus faible que celle des autres couches de la population. Tant dans les zones urbaines que dans les régions rurales, l'utilisation des services de santé de base diminue à mesure que l'on descend dans l'échelle socio-économique. Par exemple, dans les zones urbaines comme dans les régions rurales, à peu près 15 % des mères appartenant au quintile le plus pauvre bénéficient d'un accouchement médicalement assisté contre 45 % environ dans le quintile le plus élevé. De même, dans les zones urbaines, 34 % des enfants fébriles des ménages issus du quintile le plus pauvre seront traités, contre 66 % pour les ménages du quintile le plus élevé. Dans les régions rurales, les proportions sont respectivement de 29 % et 37 %. Les modèles de régression montrent que, pour chaque passage d'un quintile de pauvreté au quintile immédiatement supérieur, il y a entre 1,2 et 1,4 fois plus de chances que les enfants soient vaccinés contre la rougeole et reçoivent un traitement médical en cas de fièvre ou d'infection respiratoire aigue.

19. Les barrières financières sont l'une des principales causes de la faible utilisation des services parmi les pauvres. La faible couverture des services, l'insuffisance des moyens d'intervention et de la qualité des soins ont entraîné une réduction de l'utilisation globale des services, mais les pauvres sont les plus affectés en raison des obstacles financiers liés au manque de financements publics pour le système. Contrairement au constat dressé pour les résultats de santé (mortalité et malnutrition), l'influence du statut socioéconomique sur l'utilisation des

services est évident entre toutes les couches socio-économiques, indiquant que la demande est fortement sujette au revenu des ménages et/ou le prix des services de santé. Plusieurs petites études récentes en RDC montrent que 10 à 20 % des cas de maladie ne reçoivent pas de traitement pour des raisons financières. De même, les données tendanciennes de certaines Zones de Santé montrent que l'utilisation des services peut augmenter de façon significative lorsque le tarif des consultations et le prix des médicaments baissent (et que leur qualité augmente) grâce à la mise en place de programmes d'aide extérieurs.

Figure 2. Indicateurs d'utilisation par quintile socioéconomique, en milieu urbain et en milieu rural, RDC, 2001



Estimations des auteurs sur la base des données de l'enquête MICS2 de 2001.

20. Le coût des services de santé peut avoir des effets d'appauvrissement. De nombreux ménages ne peuvent supporter les coûts de soins de santé, de sorte qu'ils choisissent soit de ne pas demander de soins, soit d'obtenir des traitements moins coûteux auprès de prestataires informels, soit de vendre des biens ou s'endetter. Une étude effectuée en 2003 au Nord-Kivu par exemple montre que, pour payer leurs dépenses médicales, 24 % des patients ont vendu des actifs et 18 % se sont endettés.

21. Le niveau d'instruction de la mère est un déterminant important de l'utilisation des services de santé, en particulier dans les zones urbaines et pour les soins préventifs. Dans les régions urbaines, l'utilisation des services de santé, et des interventions préventives en particulier, augmente avec chaque année de scolarisation de la mère, mais le lien de cause à effet n'est pas aussi clair dans les régions rurales, ce qui conduit à penser que le manque d'accès aux services de santé dans les régions rurales (pour des raisons autant géographiques que financières) peut être une contrainte qui affecte aussi bien les mères instruites que les mères qui ne le sont pas. Les modèles de régression indiquent qu'il y a plus de chances que les mères qui ont été un tant soit peu scolarisées aient bénéficié d'un accouchement médicalement assisté et qu'elles aient fait vacciner leurs enfants contre la rougeole. Mais, si l'on tient compte de la situation socio-économique, cet avantage n'est pas évident pour les soins curatifs de base aux enfants- ce qui tend à montrer là aussi que le problème peut tenir à l'accessibilité physique et financière des services de santé.

22. En général, les habitants des régions rurales utilisent moins les services de santé parce qu'ils sont plus pauvres et qu'il y a moins de services disponibles. En 2001, la couverture pour la vaccination contre la rougeole parmi les enfants de 12 à 23 mois était de 65 % dans les zones urbaines, contre 40 % seulement dans les régions rurales. De même, la proportion des accouchements médicalement assistés était de 32 % dans les zones urbaines, contre 20 % dans les

régions rurales. Les modèles de régression qui tiennent compte du statut socio-économique montrent que la probabilité d'utilisation des services est bien plus élevée dans les zones urbaines, ce qui tient probablement au fait que l'offre de services est plus importante. En milieu urbain par exemple, la probabilité qu'un enfant qui a de la fièvre reçoive un traitement médical est 1,4 fois plus élevée qu'en milieu rural.

23. Pour ce qui est de l'utilisation des services, les différences régionales ne sont pas aussi évidentes que pour les résultats en matière de santé. En ce qui concerne la couverture vaccinale contre la rougeole, on observe des différences entre les régions, en particulier dans les régions rurales, les enfants des provinces de l'ouest ayant plus de chances d'être vaccinés. Toutefois, les disparités dans l'utilisation d'autres types de services ne sont pas aussi évidentes. Sauf pour la vaccination contre la rougeole, les divers modèles de régression des déterminants des indicateurs d'utilisation ne font pas apparaître d'effets significatifs associés à telle ou telle région.

24. Les données tendancielle partielles disponibles montrent que l'utilisation des soins curatifs de base a diminué dans l'ensemble entre 1995 et 2001, alors que la couverture de certaines interventions préventives est restée stable ou a légèrement augmenté. Les données tendancielle concernant les services de soins curatifs sont fragmentaires ; mais on estime qu'en 1995 à peu près 55% des enfants souffrant d'infections respiratoires avaient bénéficié de soins médicaux, proportion qui est tombée selon les estimations à 48 % en 2001. Par contre, les tendances de la couverture des soins préventifs de base sont plus positives, puisque la couverture vaccinale de la rougeole est passée de 32 % à 48 % et que la couverture des consultations prénatales est restée stable aux alentours de 63 %.

25. La baisse des taux d'utilisation des soins curatifs est un phénomène apparemment commun à toutes les régions, mais l'augmentation de la couverture vaccinale des enfants en particulier a été concentrée dans le Centre et l'Est du pays. Par exemple, entre 1995 et 2001 la proportion des enfants souffrant d'infections respiratoires qui ont reçu un traitement est tombée de 58 % à 50 % dans l'Ouest, de 52 % à 42 % dans le Centre et de 60 % à 52 % dans l'Est. Toutefois la couverture vaccinale contre la rougeole est restée stable dans l'Ouest avec un taux de 55 % environ, et elle a augmenté de manière significative dans le Centre et l'est du pays, passant de 25 % environ à 40-50 %. Les explications de ces évolutions ne sont pas connues ; elles sont peut être liées aux interventions humanitaires dans les régions touchées par la guerre.

26. Cependant, les données sur l'utilisation des services et sur la qualité perçue par les usagers indiquent que la demande pour les services au niveau des formations sanitaires du Gouvernement, des ONG et des associations confessionnelles est potentiellement importante, fournissant une base solide pour le développement du système de santé. Les données, provenant des enquêtes de ménage, sur le traitement des infections respiratoires chez les enfants montrent que 40% des cas dans les zones urbaines et 30% dans les zones rurales ont recours aux centres de santé publics ou confessionnels. La proportion des enfants traités dans des hôpitaux est bien plus faible (15 % dans les zones urbaines et 2 % dans les régions rurales), ce qui indique que, contrairement à ce qui se passe dans d'autres pays, les services de santé primaires ne sont généralement pas court-circuités. Ces chiffres montrent que le système de soins de santé primaires peut encore mobiliser une proportion importante de la demande. De même les données sur la qualité perçue par les usagers indiquent une perception généralement bonne (malgré les plaintes relatives aux coûts des services), surtout dans les villes. Au cours d'une enquête conduite dans neuf provinces en 2004, 80% des usagers des établissements hospitaliers ont indiqués être satisfaits ou très satisfaits de leurs traitements.

27. Les profils d'utilisation analysés ici reflètent non seulement des facteurs liés aux caractéristiques des ménages – c'est-à-dire à la demande – mais aussi des facteurs liés à l'offre, en particulier la couverture, la qualité et le coût des services. Les taux d'utilisation

plus élevés dans les villes traduisent non seulement le fait que le niveau socioéconomique est généralement plus élevé que dans les zones rurales, mais aussi reflètent une meilleure couverture et une meilleure qualité des services de santé en milieu urbain. Les différences régionales dans l'utilisation des services ne sont pas très évidentes, mais les provinces de l'Ouest semblent mieux desservies que le reste du pays. Les différences d'utilisation liées à des facteurs socioéconomiques sont patentées et traduisent certainement des obstacles financiers à l'obtention de soins, mais sans doute aussi des différences dans l'offre de services entre les communautés les plus démunies et les plus aisées.

4. Le système de santé

28. L'organisation du système de santé est décentralisée, avec les soins de santé primaires et de première référence intégrés dans les Zones de Santé. Dans les années 80, le pays a été l'un des pionniers à engager des réformes axées sur les soins de santé primaires intégrés dans les Zones de Santé. Le développement du système était principalement axé sur l'amélioration de la fonctionnalité des Zones de Santé. Chaque Zone est responsable des soins de santé de base et de première référence dans un bassin démographique de 110 000 habitants en moyenne. En 2001, les autorités ont décidé de porter le nombre des zones de 306 à 515. Dans la hiérarchie administrative, on trouve au dessus de la Zone les Districts, les Provinces et les services centraux du Ministère de la Santé à Kinshasa. En dehors des responsabilités qui sont les leurs pour les hôpitaux provinciaux et les hôpitaux tertiaires, les autorités concernées à ces niveaux n'ont pas de rôle opérationnel important, elles s'occupent essentiellement de l'élaboration de la politique générale de la santé, de la supervision et de la réglementation.

29. Les Zones de Santé et les installations considérées individuellement disposent d'une autonomie de gestion importante, mais les structures ministérielles ont conservé un certain contrôle administratif, en particulier sur le personnel. Le manque de financements publics au cours de la dernière décennie a conduit les Zones de Santé et les différentes structures de soins à fonctionner de façon largement autonome. En l'absence de soutien extérieur, de nombreuses structures sont devenues financièrement autonomes de fait, ne pouvant compter que sur les paiements des patients pour financer la rémunération de leurs agents et leurs coûts d'exploitation. Les hôpitaux des principales villes fonctionnent de façon autonome. Dans bien des cas, la fonction de supervision du Ministère s'est réduite à ponctionner les recettes des formations sanitaires. Par contre, les responsables des échelons intermédiaires et centraux ont maintenu une influence sur les questions qui concernent le personnel.

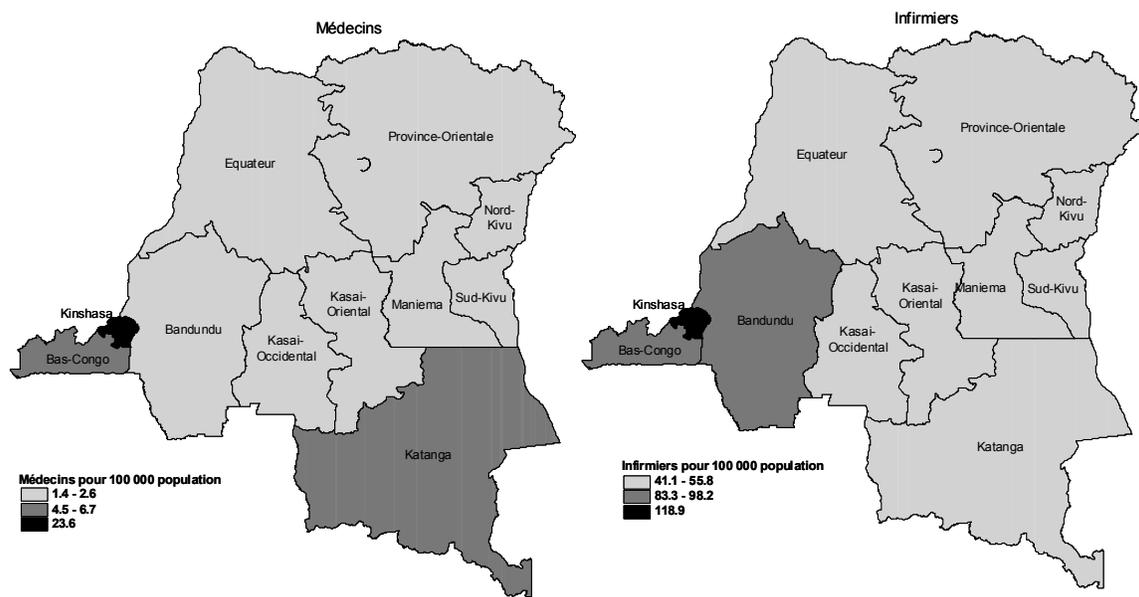
30. La structure formée par les Zones de Santé fournit une bonne base pour le redressement et le développement du système. La crise économique et sociale et le conflit qui s'en est suivi dans les années 1990 ont grandement perturbé l'organisation des services, mais dans bien des cas les structures des Zones de Santé ont fait montre d'une résilience remarquable. Dans un grand nombre de régions, ces structures – l'infrastructure physique et les personnels – sont toujours en place, bien que leurs niveaux de fonctionnalité soient très faibles. Tenant compte de cette situation, les organismes humanitaires et d'aide au développement prennent appui sur le système actuel d'organisation des services.

31. Les autorités ont une longue expérience des partenariats publics-privés, en particulier avec les groupes confessionnels et les ONG, tandis que la part du secteur à but lucratif est limitée. Selon les estimations établies, le tiers des installations de santé du pays est dirigé par des groupes confessionnels, qui travaillent depuis longtemps en partenariat avec le Ministère de la Santé. Dans de nombreuses Zones de Santé par exemple, l'hôpital de recours est géré par l'église. Cet usage a facilité la mise en place de partenariats plus récents avec les organisations non gouvernementales (ONG), qui exécutent des programmes d'aide, particulièrement au niveau

des Zones de Santé. Avec le modèle décentralisé de la Zone de Santé, l'expérience d'intégration avec des acteurs non gouvernementaux fournit une bonne base pour la reconstruction du système de santé.

32. Auparavant, des entreprises paraétatiques, telles que les sociétés de transport et les sociétés minières, géraient d'importants services de santé, mais il ne reste pas grande chose de ces structures. Le secteur des prestataires formels à but lucratif est circonscrit à des cliniques et à des maternités de petite taille dans les principales villes du pays. Dans de nombreuses zones urbaines et rurales, il est courant de trouver des prestataires informels, et des vendeurs de médicaments en particulier.

Figure 3. Docteurs et infirmiers pour 100 000 habitants, DRC, 1998



Estimations des auteurs sur base des données du Ministère de la Santé (1999a).

33. **Bien que les données administratives ne soient pas à jour, il est évident que la couverture géographique est insuffisante et qu'elle s'est dégradée au cours de la dernière décennie.** La décision récente des autorités de créer plus de 200 nouvelles zones sanitaires était essentiellement motivée par la volonté d'élargir la couverture géographique des services de niveau plus élevé étant donné que chaque Zone de Santé doit être dotée d'un hôpital de première référence. Cela se conçoit : compte tenu de la taille géographique et démographique d'un grand nombre de zones, une forte proportion de la population des régions rurales se trouve hors du rayon d'action de tout établissement de santé. Dans la province de l'Équateur par exemple, les possibilités d'accès physiques aux services sont extrêmement variables. Des enquêtes récentes montrent que, dans la zone de Basankusu, 42,7 % des ménages doivent effectuer huit heures de marche pour atteindre une installation de santé, alors qu'à Befale et Bolomba les pourcentages sont respectivement de 21,2 % et 3,6 %.

34. L'inventaire actuel des installations remonte à 1998, de sorte qu'il ne reflète pas la détérioration du système depuis cette époque, en particulier dans les régions du pays touchées par la guerre, où une proportion substantielle des infrastructures sanitaires ne fonctionne plus. Les services de santé ont souvent été la cible de violences et de pillages. Même en 1998, les ratios de la population aux installations étaient élevés. Il y avait un hôpital de recours pour 300 000 personnes dans les zones urbaines et pour 160 000 personnes dans les régions rurales. Les normes officielles sont de 150 000 pour les zones urbaines et 100 000 pour les régions rurales.

De même, il y avait un Centre de Santé pour 100 000 personnes dans les zones urbaines et un centre pour 60 000 personnes dans les régions rurales, alors que les normes sont fixées respectivement à 20 000 et 15 000. Ces ratios sont nettement plus élevés que dans d'autres pays subsahariens.

35. Les personnels qualifiés sont insuffisants, en particulier dans les régions rurales. Les données concernant ces personnels sont fragmentaires, mais elles indiquent que le nombre des cadres supérieurs de la santé est faible. En 1998, il y avait apparemment à peu près 2 000 docteurs en activité dans le pays, soit 3,6 médecins pour 100 000 habitants, ce qui est l'un des ratios les plus faibles du monde. L'offre d'infirmiers était comparativement plus élevée, avec un effectif de 27 000 en 1998, soit environ 50 infirmiers pour 100 000 personnes. C'est un ratio faible, même si ce n'est pas le plus faible du monde. Les normes officielles de la RDC sont de 10 médecins et 20 infirmiers pour 100 000 personnes.

36. Les structures de formation sont en place ; il existe plusieurs écoles de médecine et des dizaines de centres de formation pour les infirmiers et d'autres agents techniques. Toutefois, comme pour le reste du système, le manque de crédits budgétaires et de soutiens financiers compromet grandement la qualité de la formation. On ne dispose pas de données sur la qualification et la qualité des personnels de santé, mais certains éléments tendent à indiquer que les besoins de formation continue sont importants.

37. Les ressources humaines sont concentrées à Kinshasa, mais l'infrastructure ne suit pas le rythme d'accroissement démographique de la ville. Selon les données de 1998 par exemple, le nombre de médecins pour 100 000 Kinnois était supérieur à 10, contre moins de deux dans le reste du pays. Il semble toutefois que les infrastructures sanitaires n'ont pas progressé au même rythme que la population de la capitale puisque les ratios de la population aux formations sanitaires de Kinshasa sont plus mauvais que dans d'autres provinces.

38. L'approvisionnement en médicaments est fragmenté et inefficace, mais des dispositions ont été prises depuis peu pour développer le réseau des centrales de distribution régionales. Comme pour d'autres aspects du système, avec la disparition des financements publics dans les années 1990, les zones de santé et les installations individuelles ont dû se charger seules de l'achat des médicaments. Cela s'est traduit par de très importantes déséconomies d'échelle et une absence de contrôle sur la qualité car les prestataires de services achetaient les médicaments à un large éventail de fournisseurs privés. Dans de nombreuses régions du pays, les distributeurs sont peu nombreux et leurs produits coûteux. Les autorités ont entrepris de créer un réseau de centrales régionales d'achat et de distribution, mais il arrive souvent que les prestataires de services continuent de se procurer les médicaments auprès d'entités privées qui pratiquent des prix plus bas du fait qu'il n'y a pas de contrôle de qualité.

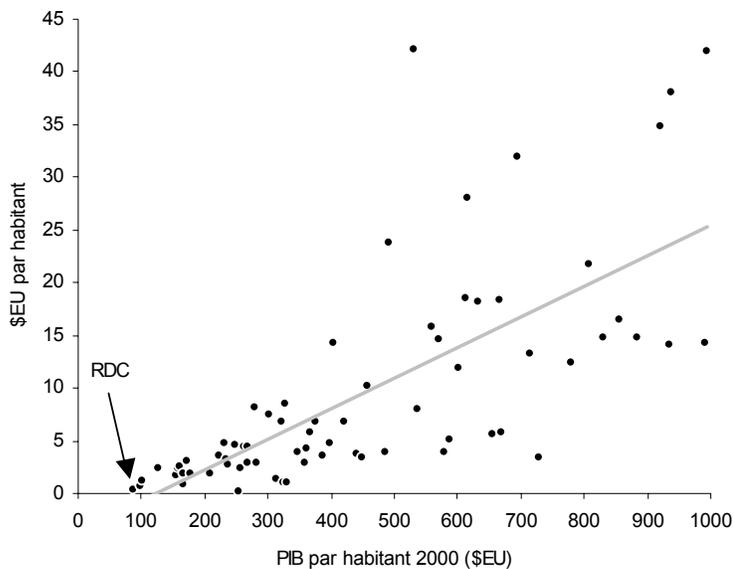
39. D'autres secteurs – en particulier l'éducation, l'eau, l'assainissement, la sécurité alimentaire et les transports – ont un impact important sur la santé et la nutrition. L'analyse de ce rapport est centrée sur le secteur de la santé, mais l'on sait que d'autres secteurs peuvent avoir une incidence extrêmement importante sur les résultats en matière de santé et de nutrition. Les effets protecteurs évidents de l'instruction de la mère ont été examinés plus haut. Les modèles de régression des déterminants de la mortalité, de la morbidité et de la malnutrition ne font pas apparaître clairement les effets de l'eau potable et de sanitaires adéquats, mais nul n'ignore que l'accès à ces infrastructures est indispensable pour une bonne hygiène et une bonne santé. La malnutrition est déterminée dans une large mesure par des facteurs extérieurs au secteur de la santé, qui influent sur la sécurité alimentaire des ménages, et notamment sur la situation économique et agricole et les mécanismes de protection sociale. Les transports sont un autre secteur d'activité important. L'absence de routes et de moyens de transports dans de nombreuses parties du pays aggrave encore le problème de la couverture géographique du système de santé et

des services de recours en particulier. Cette déficience a un impact, en particulier sur la mortalité maternelle et néonatale, dont la prévention nécessite des possibilités d'accès en temps voulu aux maternités et aux soins obstétricaux d'urgence. Une étude sur deux hôpitaux du Nord-Kivu a montré que les femmes résidant à plus de 90 minutes de marche des ces centres couraient un risque accru de complications obstétricales et de mortalité néonatale. Les services de santé sont certes un outil important pour progresser vers l'atteinte des OMD relatifs à la santé, mais les avancées sur ce plan dépendront aussi des progrès accomplis dans ces secteurs, ainsi que du développement économique et politique en général.

5. Financement public du secteur de la santé

40. L'insuffisance des financements publics au cours de la dernière décennie a entraîné une détérioration du système de santé et conduit les ménages à assumer pratiquement toute la charge du financement des services. Dans les années 80, le pays a fait figure de pionnier en matière de réformes du secteur de santé, mettant l'accent sur les soins de santé primaires, l'intégration des systèmes de référence et la décentralisation. La création des Zones de Santé, qui intègrent les services de santé de base et de première référence au sein d'une structure administrative décentralisée, était le fruit d'un partenariat entre l'État (qui devait prendre en charge les dépenses de fonctionnement et les salaires en particulier), la population (qui devait financer la majeure partie des médicaments à travers les fonds de roulement) et les bailleurs de fonds extérieurs (à qui il appartenait de financer les investissements). Ce partenariat s'est démantelé au début des années 1990 avec la compression drastique des financements publics et le retrait de l'aide extérieure, qui ont obligé les ménages à assumer l'essentiel de la charge du financement des services. Les personnels des centres de santé ont augmenté la tarification des services et les prix des médicaments afin de financer leurs salaires. Les obstacles financiers aux soins (et la dégradation de la qualité des services) ont fait plonger les taux d'utilisation, en particulier parmi les couches les plus pauvres de la population.

Figure 4. Dépenses publiques de santé (sur ressources propres) et PIB par habitant (pays dont le PIB/habitant < 1 000 USD)



Source: Auteurs sur base de données OMS et Banque Mondiale.

41. Les crédits budgétaires alloués à la santé ont augmenté, mais leur exécution est faible.

Le Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté Intérimaire (*DSRP-I*) de la RDC pour 2002 inclut un engagement du Gouvernement d'allouer au moins 15 % du budget national au secteur de la santé. La proportion des dépenses publiques allouées à la santé a de fait fortement augmenté, puisqu'elle est passée de moins de 2 % en 2002 à plus de 7 % en 2004. Toutefois, seule une portion de ces crédits a été exécutée ; selon les estimations établies, les dépenses estimées pour 2004 s'élevaient à quelque 25 millions USD, alors que les dotations inscrites au budget dépassaient 80 millions USD.

42. Conjuguée à un accroissement des financements publics, l'augmentation de l'aide extérieure dans les années à venir devrait aider le pays à avancer dans la voie des OMD.

On prévoit que l'assistance extérieure au secteur de la santé devrait dépasser les 200 millions USD par an dans les années à venir. Compte tenu de l'augmentation des financements publics, les dépenses publiques consacrées à la santé pourraient atteindre 4 USD par habitant et par an. Il reste un écart important à combler par rapport au minimum de 16 USD par habitant jugés nécessaires pour atteindre les OMD dans d'autres pays de la région, mais c'est un bon début. D'autant plus que la majorité des ressources est affectée aux services de base, qui traitent les causes les plus importantes de la morbidité et de la mortalité. Mais il est clair que, même avec des taux de croissance économique élevés, une aide substantielle des bailleurs de fonds sera nécessaire pour soutenir l'action entreprise sur le long terme.

6. Stratégie du secteur de la santé

43. Les objectifs généraux des autorités pour le secteur sont d'élargir l'accès aux services de soins de santé primaires et de maîtriser les maladies prioritaires.

La stratégie du Gouvernement pour le secteur de la santé est décrite dans le *DSRP-I*, qui précise que l'objectif global est d'augmenter l'accès des pauvres aux soins de santé primaires. Pour atteindre cet objectif, le *DSRP-I* met l'accent sur l'appui aux Zones de Santé, en particulier dans les régions rurales, et sur le soutien aux interventions axées sur certaines maladies. Il expose les grandes lignes des programmes élaborés pour le VIH/SIDA, la tuberculose, la santé reproductive et la vaccination.

44. Les partenaires extérieurs soutiennent la stratégie sectorielle du Gouvernement. Une grande partie de l'assistance extérieure au secteur, même dans le cadre des programmes humanitaires, prend la forme de soutiens à la mise en place de services de base dans le cadre des structures existantes des Zones de Santé. D'autre part, une très forte proportion de l'aide extérieure à venir sera centrée sur les maladies prioritaires. Ce sont les deux principaux piliers de la stratégie du Gouvernement pour le secteur.

45. La priorité accordée par le Gouvernement et les partenaires extérieurs aux services de santé de base vise à répondre aux énormes besoins de santé de la population.

L'analyse de la situation sanitaire montre clairement que la population de la RDC ploie sous le poids d'une charge énorme de morbidité et de mortalité, dont les causes peuvent être évitées ou traitées au niveau des soins primaires et de première référence. La priorité accordée par le Gouvernement et les bailleurs de fonds extérieurs aux services de santé de base est tout à fait justifiée étant donné que notamment la mortalité des enfants est imputable dans la plupart des cas à des maladies telles que le paludisme, les infections respiratoires, la diarrhée et la malnutrition – qui peuvent toutes être traitées au niveau des services communautaires et primaires.

46. Globalement, la stratégie et la politique gouvernementales fournissent une bonne base pour poursuivre le développement du système.

La priorité accordée par les autorités à la décentralisation des services et les partenariats avec des groupes confessionnels et des ONG sont des atouts importants pour la reconstruction et le développement du système de santé. En

particulier, ces éléments constituent des points d'entrée pour l'assistance extérieure au secteur, impliquant des acteurs non gouvernementaux pour appuyer la structure des Zones de Santé.

47. Les fonctions des différentes structures de la Zone de Santé sont bien définies et les paquets d'activités aux différents niveaux de la pyramide sanitaire reflètent la situation épidémiologique et correspondent aux pratiques optimales au niveau international. Le système d'information sanitaire est bien conçu ; il repose sur un ensemble restreint de données de base, mais il existe des déficiences importantes au niveau de l'exécution.

48. **Il reste d'importantes failles à combler, car les financements de l'État et des bailleurs de fonds couvrent de façon inégale la population.** Pas moins du tiers de la population réside dans des Zones de Santé qui ne reçoivent aucune aide de l'extérieur, que ce soit de l'administration centrale (sauf pour les salaires dans certains cas) ou des bailleurs de fonds internationaux. La qualité et l'utilisation des services de santé restent donc très faibles, et la situation sanitaire demeure très préoccupante. D'autre part, le soutien fourni aux Zones de Santé est extrêmement variable, puisque l'assistance des bailleurs de fonds oscille entre 0,70 et 5,00 USD par habitant. Si ces disparités tiennent dans bien des cas au fait que les besoins sont différents, en particulier pour les programmes humanitaires, elles reflètent le plus souvent les niveaux de financement, les priorités et les modalités des différents bailleurs de fonds. À mesure que les capacités du Ministère de la Santé en matière d'élaboration des politiques et de coordination se renforceront, il devra, avec la coopération des bailleurs de fonds, prendre davantage d'initiatives pour améliorer la cohérence de l'assistance extérieure.

49. Au fur et à mesure que le nécessaire aura été fait pour répondre aux besoins des pauvres des régions rurales, il faudra se préoccuper des zones urbaines. Premièrement, si la situation sanitaire des zones urbaines est meilleure que celle des régions rurales, elle n'en est pas moins mauvaise quelle que soit la norme considérée. En 1997 par exemple, le taux de mortalité estimé chez les enfants de moins de cinq ans était de 158 pour 1 000 dans les zones urbaines, ce qui est comparable aux estimations établies pour la Tanzanie ou l'Éthiopie globalement, et qui dépasse le taux estimé pour le Kenya. Deuxièmement, la population des zones urbaines est dense et ne cesse d'augmenter. Kinshasa, où la pauvreté urbaine est importante, représente au moins 12 % de la population du pays. C'est pourquoi l'assistance aux Zones de Santé urbaines est incluse dans le soutien apporté actuellement au secteur.

50. **L'aide apportée actuellement aux services de base est pour l'essentiel centrée sur l'offre de services de santé primaires, et elle néglige souvent les facteurs liés à la demande, les méthodes à base communautaire et les hôpitaux de premier recours.** D'abord, les obstacles financiers figurent au premier rang des facteurs, du côté de la demande, qui influent sur l'utilisation des services. Des programmes humanitaires pratiquent des tarifs réduits et subventionnent fortement les médicaments fournis, mais la plupart des programmes de développement ne se sont pas attaqués directement à ce problème, qui est évidemment très lié aux financements qu'ils reçoivent. Il n'est peut-être pas possible d'adopter une stratégie ou une politique uniforme, et ce n'est peut-être pas souhaitable compte tenu de la grande diversité des contextes que l'on retrouve dans le pays. Mais il faut à l'évidence effectuer d'autres études, renforcer la coordination et élargir le débat.

51. Ensuite, bien que la politique concernant les agents de santé communautaires soit en place, la stratégie d'organisation des services doit être mieux comprise, puis renforcée afin d'atteindre les populations situées en dehors du rayon d'action des formations sanitaires. L'expérience d'autres pays indique que le renforcement des interventions sanitaires de proximité devrait aller de pair avec le soutien global apporté au système de soins de santé primaires. Il conviendrait de mettre à l'essai des stratégies permettant de rapprocher les soins curatifs de la population – pour le traitement des infections respiratoires par exemple.

52. De plus, l'hôpital général de référence est l'élément de base de la Zone de Santé, il fournit des services de référence et il assure la supervision et l'encadrement technique du réseau des centres de santé. C'est là que réside la grande force du système intégré des Zones de Santé. Toutefois, l'assistance apportée actuellement aux Zones de Santé n'inclut en général qu'un soutien restreint aux services de première référence, souvent pour les urgences obstétricales et la transfusion sanguine. Tout d'abord, le coût qu'implique un soutien plus important aux structures existantes pour les dépenses de fonctionnement et d'investissement est énorme. D'autre part, l'augmentation récente du nombre des Zones de Santé suppose une expansion importante et coûteuse du réseau hospitalier étant donné que chaque Zone de Santé doit être dotée d'un hôpital général de référence. Cependant, à mesure que les soins de santé primaires vont s'améliorer dans les années à venir, il faudrait commencer à se préoccuper des besoins de ces hôpitaux de première ligne.

53. Une importante proportion de l'augmentation de l'aide extérieure prendra la forme de programmes de lutte contre des maladies spécifiques, ce qui risque d'accentuer la verticalité du système. Dans le passé, le Ministère de la Santé a créé une pléthore de départements et de programmes pour traiter des maladies ou des problèmes particuliers, souvent parce qu'il bénéficiait des financements extérieurs pour le faire. Dans les années à venir, un tiers ou plus de l'assistance extérieure annuelle sera liée à des programmes de lutte contre des maladies spécifiques, en particulier le VIH/SIDA et le paludisme. Il faut empêcher la fragmentation tant au niveau central qu'au niveau de l'organisation des services. Il faut rationaliser l'organisation du Ministère et assurer une coordination efficace entre le Ministère et les partenaires extérieurs. Il faut éviter les doubles emplois dans les systèmes de gestion, de passation des marchés, d'information et d'établissement des rapports à l'échelon central, de même qu'il faut éviter les déséquilibres des ressources en matériel et en personnel ainsi que les inefficacités dans l'organisation des services de base. Cela nécessite une volonté politique de la part du Ministère et de la flexibilité de la part des bailleurs de fonds extérieurs. Le mieux serait que les programmes de lutte contre des maladies spécifiques fournissent les intrants et les conseils techniques nécessaires et que les détails de la mise en œuvre soient laissés aux Zones de Santé.

54. Parallèlement au soutien apporté aux services de santé de base pour répondre aux besoins urgents de la population, il faudra progressivement consacrer plus d'attention et de ressources au développement des capacités du système. À l'heure actuelle, les ONG fournissent un soutien extérieur aux Zones de Santé afin de redynamiser les services de santé de base de façon à pouvoir faire face aux besoins urgents de la population. Mais, à mesure que la situation s'améliorera sur ce plan, il faudra accorder progressivement plus d'attention au renforcement à long terme des capacités du système de santé. Il faut que les responsables des Zones de Santé et des Districts de Santé participent davantage aux décisions d'allocation et de gestion des ressources afin de les responsabiliser et de développer leurs capacités dans ces domaines. L'établissement du budget, la gestion financière et la gestion du personnel sont autant de domaines où le renforcement des capacités est particulièrement nécessaire. D'autre part, il faut faire un effort plus important pour améliorer les compétences techniques des agents de première ligne. Au cours des dernières années, certains bailleurs de fonds ont financé des activités de renforcement des capacités à l'échelon central, mais là aussi il faut accentuer les efforts, en particulier pour améliorer les fonctions d'organisation et de coordination du Ministère.

55. Une meilleure connaissance des ressources humaines du secteur de la santé est indispensable de même que l'élaboration de stratégies pour renforcer ces ressources. L'élaboration de la politique et de la stratégie pour le secteur pharmaceutique progresse – et la question de l'approvisionnement en médicaments est mentionnée à plusieurs reprises dans le *DSRP-I* – mais peu d'attention est prêtée à l'autre élément clé que sont les ressources humaines de la santé. On reconnaît de plus en plus que les ressources humaines sont une contrainte

fondamentale à l'amélioration et à l'extension des services de santé de base pour progresser dans la réalisation des OMD en Afrique subsaharienne. Ce problème implique d'aborder des questions très diverses, notamment la réforme de la fonction publique et des salaires, le partenariat entre le secteur public et le secteur privé, les ressources de formation, la qualité et la production de la formation, la répartition des qualifications dans le secteur de la santé, et le marché du travail et le système d'incitations pour ce secteur. Une meilleure compréhension de ces questions est un préalable indispensable à l'élaboration d'une stratégie efficace pour le secteur.

56. Le niveau des salaires est d'une importance cruciale pour la mise en oeuvre de la stratégie relative aux ressources humaines, ainsi que pour la réforme globale de la fonction publique et les projets de décentralisation budgétaire. La majeure partie des dépenses publiques de santé est absorbée par les salaires, et le Gouvernement semble faire un effort récemment pour améliorer la régularité des paiements. Toutefois, l'on s'accorde pour dire que les salaires sont trop bas, et de nombreux agents de santé comptent davantage sur les suppléments de salaire qu'ils reçoivent avec les programmes d'aide extérieurs que sur leur salaire officiel. La stratégie élaborée pour déterminer le niveau des salaires dans le secteur doit s'inscrire dans le cadre des travaux menés pour définir la stratégie globale en matière de ressources humaines. Elle doit aussi tenir compte de la stratégie arrêtée pour le secteur à moyen terme et des coûts qui en résulteront et être liée à l'action de l'ensemble de l'équipe gouvernementale pour mener à bien la réforme de la fonction publique et la décentralisation budgétaire à moyen terme. Redynamiser le système centralisé de gestion du personnel de santé qui existait dans le passé peut être une solution, mais le Gouvernement devrait aussi envisager des options stratégiques novatrices, par exemple en tirant parti de l'autonomie actuelle des Zones et installations de santé et des partenariats publics-privés.

57. Il est nécessaire d'approfondir les connaissances et les travaux d'analyse sur la place du secteur de la santé dans la stratégie de décentralisation du Gouvernement. La question est de déterminer la place du secteur de la santé dans les plans de décentralisation budgétaire actuels du Gouvernement. Ces plans prévoient d'attribuer à l'échelon central un rôle important pour les questions touchant le personnel et le paiement des salaires, et d'effectuer des transferts non affectés à des administrations décentralisées afin de leur permettre d'assumer leurs responsabilités pour l'organisation des services sociaux. Les décisions stratégiques pour le secteur de la santé concernent notamment la question de savoir dans quelle mesure le centre doit conserver la haute main sur la gestion au quotidien du personnel et les questions salariales, et dans quelle mesure le centre devrait décider l'allocation sectorielle des transferts aux structures décentralisées et leur donner des directives à ce sujet. Dans un premier temps, il pourrait être utile d'examiner les expériences de décentralisation d'autres pays.

58. Il est indispensable d'approfondir les connaissances, d'élaborer des politiques et de développer les capacités dans plusieurs autres domaines liés au financement des soins de santé. Plusieurs questions liées au financement des soins de santé doivent être examinées :

- i) Pour comprendre les goulots d'étranglements actuels et y remédier, il est indispensable d'avoir une connaissance plus fine des flux et des mécanismes de financement publics. Le renforcement de la coordination stratégique et opérationnelle entre le Ministère de la Santé et les Ministères de la Fonction publique et des Finances est une question connexe qu'il faut aussi traiter dans ce contexte.
- ii) Il faudrait renforcer les capacités à tous les niveaux qui s'occupent des financements : à l'échelon central et aux échelons intermédiaires, cela concerne l'établissement du budget global et la gestion des ressources publiques et, au niveau de l'organisation des services, il faut mettre en place des capacités de budgétisation et de comptabilité.
- iii) Les systèmes d'exonération des pauvres – qualifiés comme une priorité dans le *DSRP-I* – constituent une question particulière, qui doit être étudiée.

- iv) Un partenaire extérieur a entrepris récemment une étude sur les systèmes de financement communautaires, étude dont les conclusions devraient servir pour la définition de la stratégie et de la politique gouvernementale.
- v) Il faudrait disposer de données plus précises sur les paiements directs des usagers pour les services de santé afin de pouvoir faire face à cet obstacle fondamental à l'utilisation des services.

59. Enfin, la coordination intersectorielle est indispensable pour avancer véritablement dans la voie de la réalisation des OMD. La nécessité d'une coordination entre les secteurs est souvent reconnue, mais elle n'est que rarement mise en oeuvre. En RDC, trois secteurs en particulier sont essentiels pour améliorer la situation sanitaire : l'éducation, l'eau et les transports. L'importance du niveau d'instruction de la mère de famille a été soulignée à maintes reprises dans l'analyse, ce qui met en évidence non seulement le rôle de l'enseignement primaire, mais aussi la nécessité d'améliorer l'éducation sanitaire au niveau communautaire. En outre, l'enseignement technique et supérieur est d'une importance fondamentale pour la stratégie relative aux ressources humaines et le développement du système à plus long terme. L'approvisionnement en eau potable, qui fait défaut dans de nombre zones urbaines et rurales, est essentiel, en particulier pour la santé des enfants. Le manque de routes et de moyens de transports rend plus aiguë encore l'insuffisance de la couverture géographique du système de santé. Ce problème a une incidence dramatique sur la mortalité maternelle en particulier, puisque le temps perdu pour obtenir des soins obstétricaux d'urgence est fatal. Le Gouvernement comme les partenaires extérieurs ont un rôle à jouer pour améliorer la coordination intersectorielle. Le *Projet multisectoriel d'urgence de reconstruction et de réhabilitation (PMURR)* de la Banque mondiale est un bon exemple dans ce contexte, en ce que, parallèlement à la reconstruction de la Route nationale 1, l'aide fournie est centrée sur l'éducation, la santé et d'autres secteurs. Il faut exploiter au maximum les avantages que représente ce ciblage géographique coordonné tout en améliorant la coordination stratégique au niveau de l'action gouvernementale.

Introduction

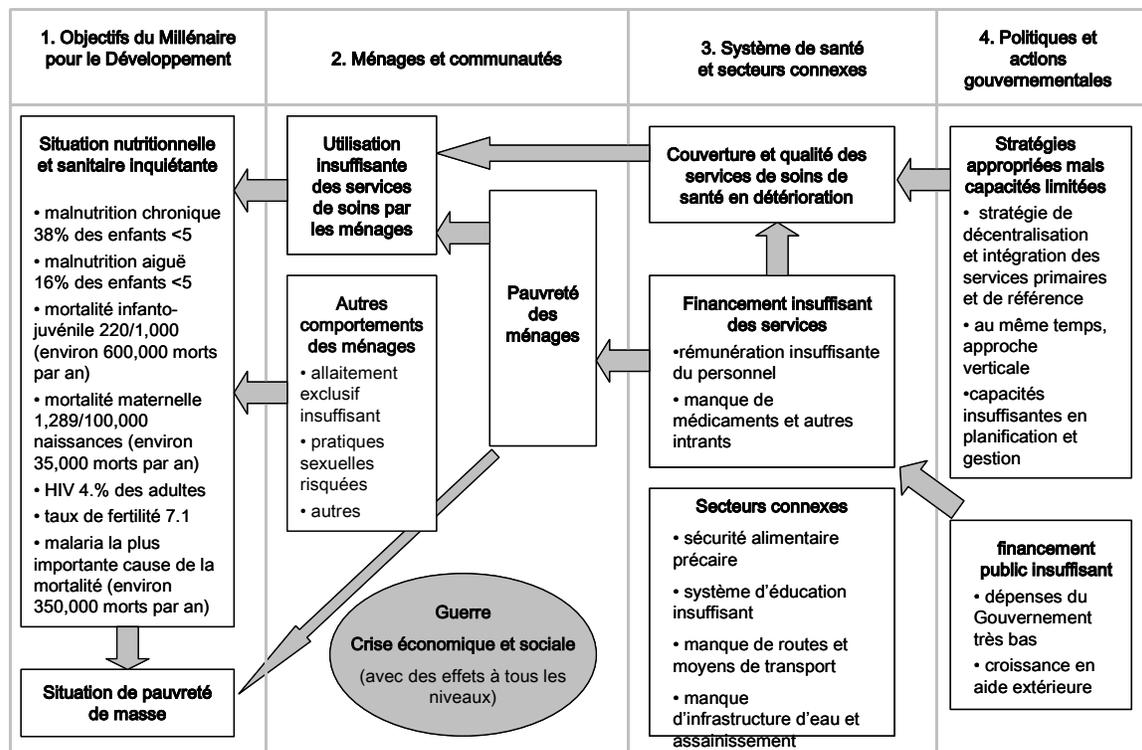
1. Contexte

1. Après une décennie de conflit armé et d'instabilité politique en République Démocratique du Congo (RDC), un processus de paix et de reconstruction se poursuit, surtout depuis 2002. Cependant la guerre et les décennies de mauvaise gestion qui l'ont précédé ont contribué à l'appauvrissement d'un des pays potentiellement les plus riches d'Afrique. Avec 80% de sa population pouvant disposer seulement de 0,5 USD/jour et un produit intérieur brut (PIB) par habitant inférieur à 100 USD, soit un des plus faibles au monde. Avec presque 60 millions d'habitants, la RDC représente une concentration énorme d'extrême pauvreté au centre du continent africain. L'amplitude des besoins et la dévastation à travers la RDC créent donc un véritable défi pour le Gouvernement et la communauté internationale qui ont tenté d'y apporter un début de réponse ces dernières années.
2. Les conséquences économiques du conflit, instabilité du cadre macro-économique et la chute de la production nationale, ont affecté le pouvoir d'achat des ménages. Le PIB par habitant est passé de 307 USD en 1970 à 167 USD en 1992 puis 96 USD en 2002, un niveau parmi les plus bas du monde.
3. Les effets du conflit récent sur la population congolaise furent d'une ampleur extrême dont un excès de mortalité estimé à plus de 3,8 millions de vies humaines et 2,7 millions de personnes déplacées durant la période 1997-2004.
4. La faiblesse du niveau des indicateurs sociaux et particulièrement de santé est révélatrice des conséquences catastrophiques du conflit sur les conditions de vie de la population, particulièrement sur les couches pauvres et vulnérables. L'espérance de vie de 52,4 ans en 1994, a chuté à 45 ans ou moins en 2004. Les taux de mortalité infantile-juvénile et maternelle ont augmenté durant les années 1990 et sont largement supérieurs aux moyennes de l'Afrique subsaharienne. Les maladies, particulièrement le paludisme, la malnutrition, et l'épidémie du VIH/SIDA, pèsent sur l'état de santé des ménages.
5. Les services gouvernementaux, notamment les services sociaux, et les infrastructures sociales de base se sont effondrés peu à peu tandis que le budget de l'État dans ces secteurs atteignait le niveau le plus bas dans l'histoire du pays.
6. Les conditions de vie dans le pays diffèrent fortement selon les provinces et le lieu d'habitation. Parmi les 11 Provinces, celles qui étaient situées le long de l'ancienne ligne de front (Province Orientale, Kasai Occidental, Kasai Orientale, Katanga) ont ainsi particulièrement souffert. Tandis que certaines parties de l'Est du Pays, dans le Nord Kivu, Sud Kivu et Maniema, continuent de connaître une grande insécurité et traversent toujours une crise humanitaire. Le Bandundu et l'Equateur connaissent des problèmes spécifiques liés à leur isolement. Kinshasa, la capitale administrative et politique, et le Bas-Congo sont les provinces relativement les moins pauvres, mais avec de grandes populations vulnérables à l'instabilité économique.
7. Par ailleurs, au sein même de ces provinces de fortes disparités existent entre les milieux urbains plus privilégiés et le milieu rural. Les conditions sont particulièrement graves dans les zones en conflit ou enclavées, où les interventions de l'État et des partenaires externes ne s'étendent pas encore.
8. Depuis 2002, la situation s'est nettement améliorée au niveau politique avec i) un gouvernement d'union nationale ; ii) la réunification du territoire ; et iii) un plan de transition vers des élections démocratiques. Par ailleurs, les progrès effectués dans la mise en œuvre des

programmes économiques soutenus par les institutions de Bretton Woods, a permis une accélération de la croissance économique en 2004. La RDC est éligible pour l'allègement de la dette dans le cadre de l'initiative en faveur des Pays Pauvres Très Endettés (PPTTE) et prépare un *Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP)*. Le Gouvernement, appuyé par les bailleurs de fonds, a mis en place des programmes de réformes et d'investissements visant à améliorer les conditions de vie tant à Kinshasa que dans les provinces, y compris les plus reculées.

9. Enfin le Gouvernement dans son *Programme Minimum de Partenariat pour la Transition et la Relance (PMPTR)* de novembre 2004, présenté aux bailleurs de fonds, a développé un cadre stratégique clair décrivant les actions prioritaires dans tous les domaines visant à la reconstruction et la stabilisation du pays. Les objectifs dans le secteur de la santé qui rejoignent les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) pour 2015, se concentrent sur i) la revitalisation des 515 Zones de Santé ; et ii) le renforcement des capacités à tous les niveaux du système sanitaire.

Figure 5. Cadre analytique reflétant la situation de la RDC



Modifié de Wagstaff et Claeson (2004)

2. Objectifs et cadre analytique

10. Dans ce contexte le présent document, intitulé « Rapport d'État Santé et Pauvreté », a pour objectif de décrire, analyser et évaluer l'état de santé de la population et le système sanitaire. Son objectif est d'éclairer les décisions liées à l'élaboration et la mise en œuvre de la stratégie du Gouvernement, de ses politiques et du plan d'action qui en découlent et particulièrement de renforcer la contribution des interventions sanitaires à la réduction de la pauvreté et à l'amélioration de la santé des plus pauvres.

11. Il a pour objectif secondaire de servir d'intrant au processus d'élaboration du DSRP et d'allocation des ressources libérées par l'initiative PPTTE dans le secteur de la santé. Il s'inscrit

résolument dans la lignée des efforts mis en œuvre par le Gouvernement et les partenaires pour atteindre les OMD.

12. Cette analyse, menée par le Ministère de la Santé en collaboration avec la Banque Mondiale, a bénéficié du travail participatif de l'équipe nationale « Santé Pauvreté » rassemblant des fonctionnaires du Ministère, des universitaires et des organisations non gouvernementales (ONG) et représentant l'ensemble des partenaires dans le secteur. Il a fait l'objet de discussions autour d'une première version du document en mai 2004 lors des *Tables Rondes de la Santé*. Il a aussi donné lieu à un atelier de dissémination des résultats préliminaires et un atelier de validation.

13. Le cadre analytique prend comme point d'ancrage le statut et l'évolution des indicateurs de santé mais aussi de pauvreté liés aux objectifs que le Gouvernement s'est posé dans le cadre des OMD (première colonne à gauche) et qui sont décrits et analysés dans le Chapitre 1 de ce rapport. (Voir la Figure 5 et le Tableau 2).

Tableau 2. Discussion dans le rapport des différents éléments du cadre analytique

élément du cadre analytique	chapitre et élément de l'analyse
1 Objectifs du Millénaire pour le Développement	1 État de santé, nutrition et population 4 Dépenses de santé des ménages
2 Ménages et communautés	1 Facteurs déterminants de l'état de santé 2 Facteurs déterminants de l'utilisation des services 4 Dépenses de santé des ménages
3 Système de Santé	3 Organisation et composantes du système de santé 2 L'utilisation du système de santé 4 Financement du système de santé
4 Politiques et actions du Gouvernement	3 Organisation et composantes du système de Santé 4 Financement du système de santé

14. L'analyse remonte ensuite, vers la droite, la chaîne causale des mesures et actions contribuant à l'amélioration de ces indicateurs. D'abord au niveau des caractéristiques et des comportements des ménages et des communautés, appréciées à travers l'analyse d'interactions souvent complexes entre les comportements et les ressources des ménages, les caractéristiques socio-économiques et démographiques, et l'environnement communautaire (seconde colonne correspondant toujours au Chapitre 1). L'utilisation des services de santé et des déterminants de l'utilisation aux niveaux des ménages et des communautés sont discutés au Chapitre 2. Par rapport au cadre analytique, ce chapitre se réfère à la colonne 2 (ménages et communautés) mais aussi implique les caractéristiques du système de santé (colonne 3).

15. Ensuite, dans le Chapitre 3, l'analyse évolue vers les facteurs liés au système de santé et aux politiques gouvernementales: l'organisation, les normes, le rôle, les forces et les faiblesses du système de santé qui appuie les ménages dans leur processus de production de santé (colonnes 3 et 4). Au Chapitre 4 le financement du secteur est analysé, y compris la contribution des ménages, ce qui implique surtout les colonnes 2 et 3 du cadre logique. Enfin, les conclusions principales de l'analyse sont présentées avec les implications sur la stratégie du secteur.

3. Données utilisées et limites de l'analyse

16. Ce rapport s'est principalement appuyé sur les études, les plans d'action et les documents du Ministère de la Santé et sur des rapports du Système National d'Informations Sanitaires (SNIS).

Introduction

Il a bénéficié des données des Enquêtes Nationales sur la Situation des Enfants et des Femmes (abréviation MICS en anglais) réalisées par le Gouvernement avec l'appui de l'UNICEF en 1995 et 2001. L'analyse s'est aussi appuyée sur les nombreuses études, parfois à l'échelle nationale, réalisées par des organisations non gouvernementales (ONG) et portant sur l'étude des niveaux, des tendances, et des facteurs à l'origine de la mortalité. Enfin le rapport a bénéficié d'un nombre important d'études ponctuelles et locales, de rapports d'ONG présentes en RDC ainsi que de la revue des dépenses publiques réalisée en 2002 par le Gouvernement en collaboration avec la Banque Mondiale.

17. Toutefois, la non disponibilité de certaines informations et la qualité des données collectées dans la documentation existante constituent une limite de cette étude, surtout au sujet des ressources et du fonctionnement du système de santé. Ainsi l'information sur les dépenses publiques est incomplète et une enquête nationale sur les dépenses des ménages n'a pas encore eu lieu en RDC. L'absence de données administratives de base actualisées sur les formations sanitaires, leur personnel, leur fonctionnement et leur performance limite aussi l'analyse.

Chapitre 1 : Analyse de la situation

1. Les Objectifs du Millénaire pour le Développement

1. Les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), adoptés lors du Sommet du Millénaire des Nations Unies en 2001, traduisent la nature multidimensionnelle du développement. Un ensemble d'indicateurs assortis de cibles a été élaboré pour guider les politiques et mesurer les progrès accomplis. Cinq des huit objectifs sont directement liés à la santé et leurs indicateurs et cibles fournissent des moyens utiles pour apprécier la situation en termes de santé, de nutrition et de population en RDC.

Tableau 3. Indicateurs des OMD relatifs à la santé, RDC, estimations les plus récentes

	milieu urbain RDC	milieu rural RDC	RDC	Afrique sub- saharienne
OMD 1: Réduction de l'extrême pauvreté et de la faim				
prévalence de l'insuffisance pondérale (% enfants <5 ans)	22	36	31	30
prévalence de la malnutrition chronique (retard de croissance) (% enfants <5 ans)	29	43	38	41
prévalence de la malnutrition aiguë (émaciation) (% enfants <5 ans)	12	18	16	10
OMD 4: Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans				
taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	158	243	220	174
taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes)	95	144	128	103
vaccination anti-rougeoleux (% enfants 12-23 mois)	65	40	48	58
OMD 5: Améliorer la santé maternelle				
taux de maternité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	..	..	1 289	917
accouchements assistés par du personnel de santé qualifié (%)	32	20	24	39
OMD 6: Combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies				
taux de prévalence du VIH (% des adultes)	..	..	4 à 5	7.5
taux d'utilisation de la contraception (% des femmes âgées de 15 à 49 ans)	..	..	31	23
nombre d'enfants orphelins du SIDA	..	..	770 000	12,1M
taux d'utilisation des moustiquaires traitées de l'insecticide (% enfants <5 ans)	..	..	0,7	2,0
enfants atteints de la fièvre ayant reçu un traitement anti-paludique (% enfants < 5 ans atteints de la fièvre)	63	47	52	42
taux d'incidence annuel de la tuberculose (pour 100 000)	..	..	384	358
cas de tuberculose détectés sous DOTS (%)	..	..	52	..
OMD 7: Assurer un environnement durable				
accès à une source d'eau meilleure (% de la population)	84	29	46	58
accès à un meilleur système d'assainissement (% de la population)	61	39	46	54
Indicateurs généraux				
population	..	..	58,3 M	689 M
indice synthétique de fécondité (femmes de 15 à 49 ans)	6,3	7,4	7,1	5,1
espérance de vie (ans)	..	..	45,3	45,8

Sources : 2001 MICS2, ONUSIDA (2004), Banque Mondiale (2004a), Banque Mondiale (2004b).

2. La majorité des indicateurs des OMD relatifs à la santé sont plus mauvais en RDC par rapport aux moyennes de l'Afrique subsaharienne, avec des niveaux de mortalité chez les enfants et chez les mères parmi les plus élevés au monde. Le Tableau 3 présente les estimations pour divers indicateurs des OMD au niveau national, rural et urbain accompagnées des valeurs moyennes pour l'Afrique subsaharienne. En général, la RDC a une performance

relativement médiocre avec des niveaux de mortalité chez les enfants et chez les mères particulièrement inquiétants. Les estimations pour d'autres indicateurs tels que la vaccination contre la rougeole, les accouchements médicalement assistés et l'accès à l'eau potable et aux assainissements sont également plus mauvaises en RDC que les moyennes observées en Afrique subsaharienne.

3. Le taux de malnutrition chronique des enfants est comparable à la moyenne de l'Afrique subsaharienne mais le taux de malnutrition aiguë est plus élevé, traduisant l'impact du conflit. Le chiffre estimé de l'accès aux antipaludiques est supérieur à la moyenne subsaharienne.² De même, la prévalence du VIH est inférieure à la moyenne régionale et s'explique peut-être par l'enclavement de l'importante population rurale de la RDC mais aussi par l'importance de l'intervalle de confiance de ces estimations.

Tableau 4. Quelques indicateurs des OMD, RDC et pays de comparaison

	RDC	Ethiopie	Kenya	Nigeria	Tanzanie
population 2004 (millions)	58,3	71,3	33,0	125,8	36,1
produit intérieur brut (PIB) par habitant 2003 (USD)*	100	90	390	320	290
malnutrition chronique (retard de croissance) (% enfants <5 ans)	38	52	30	38	44
mortalité des enfants de moins de cinq ans (pour 1 000)**	216	166	115	201	147
mortalité maternelle (par 100 000 naissances vivantes)***	1 289	871	414	800	1 500
accouchements assistés par du personnel qualifié (% des naissances)	24	6	..	42	36
taux de prévalence VIH (% des adultes)	4,2	4,4	6,7	5,4	8,8

* méthode Atlas

** Le taux estimé pour la RDC vient d'une méthode indirecte (Brass) tandis que ceux des pays de comparaison sont estimés par la méthode directe.

*** Le taux estimé pour la RDC vient d'une méthode indirecte (méthode des sœurs) tandis que ceux de l'Ethiopie et du Kenya sont des estimations directes et ceux pour le Nigeria et la Tanzanie résultent d'un modèle statistique.

Sources : 2001 MICS2, AbouZahr et Wardlaw (2001), Measure DHS (2004), ONUSIDA (2004), US Census Bureau (2004), Banque Mondiale (2004a), Banque Mondiale (2004b).

4. En général, le niveau des indicateurs des OMD est plus mauvais en RDC que dans les autres grands pays pauvres d'Afrique subsaharienne qui connaissent portant une situation médiocre. Le Tableau 4 effectue une comparaison pour certains indicateurs des OMD entre la RDC et certains pays d'Afrique subsaharienne à forte démographie. Il faut toutefois noter que seule l'Ethiopie est considérée aussi pauvre économiquement que la RDC car le Kenya, le Nigeria et la Tanzanie ont des revenus moyens par habitant au moins trois fois supérieurs à celui de la RDC. Pour chaque indicateur, les valeurs les plus mauvaises dans les pays de comparaison sont indiquées en gras. Avec le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans³ le plus élevé, le second taux le plus faible de vaccination contre la rougeole, le second ratio le plus élevé de mortalité maternelle et le second taux le plus faible d'accouchements médicalement assistés, la situation sanitaire des enfants et des mères peut être jugée généralement plus mauvaise en RDC que dans les autres pays. Il faut noter que compte tenu de l'importance des intervalles de

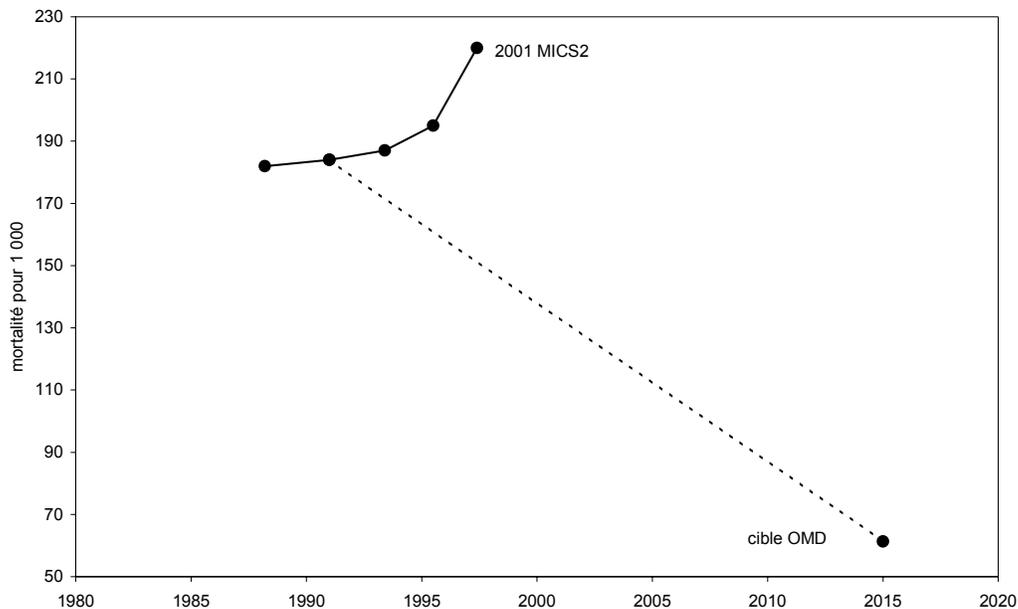
² Les chiffres estimés pour la malnutrition chronique et l'accès aux antipaludiques semblent contradictoires avec le fort taux de mortalité des enfants. Les raisons possibles sont discutées ailleurs dans le rapport mais dans tous les cas il pourrait s'agir d'éventuels problèmes avec les données. Pour ce qui est de la malnutrition chronique, il pourrait s'agir de la physiologie régionale de la malnutrition et de la mortalité aussi bien que d'un biais de survie, tous deux associés au conflit. Concernant l'accès aux antipaludiques, la raison pourrait être la résistance croissante du parasite aux traitements usuels.

³ Les taux de mortalité infanto-juvénile, estimés par la méthode indirecte en RDC et par la méthode directe dans les autres pays, ne peuvent être directement comparés. Toutefois, d'autres éléments discutés ci-dessous indiquent que la mortalité des enfants est en effet extrêmement élevée en RDC.

confiance entourant les estimations des ratios de mortalité maternelle, on peut considérer que tous ces pays (exception faite peut-être du Kenya) connaissent des niveaux de mortalité maternelle particulièrement élevés.

5. En raison de la situation de crise qu'a connue la RDC pendant la décennie écoulée, peu ou pas de progrès ont été enregistrés vers l'atteinte des OMD. Le suivi de la performance de la RDC en regard des indicateurs des OMD est limité en raison des contraintes de données. Comme on pouvait s'y attendre, compte tenu de la situation de crise qu'a connue le pays au cours des dernières années, les informations disponibles suggèrent que la RDC a effectué peu ou pas de progrès vers l'atteinte des OMD. Les tendances des indicateurs de santé sont analysées plus en détail ci-dessous. A l'instar de nombreux pays d'Afrique subsaharienne, l'atteinte des OMD en RDC est très improbable si les tendances observées se maintiennent. Pour enclencher une dynamique positive il faudra mobiliser des efforts et des ressources considérables.

Figure 6. Estimations indirectes de la mortalité infanto-juvénile ($_{5q_0}$), RDC



Estimations des auteurs sur la base des données de l'enquête MICS2 de 2001.

2. Analyse de la mortalité des enfants

6. Globalement, la RDC connaît une mortalité des enfants parmi les plus élevées au monde avec au moins un enfant sur cinq qui meurt avant l'âge de cinq ans. Le MICS2 de 2001 a collecté des informations (le nombre total de naissances vivantes chez chaque femme enquêtée et le nombre total d'enfants survivants) qui permettent d'estimer indirectement (méthode de Brass) la mortalité des enfants. La Figure 6 présente, pour différentes périodes, les estimations de la mortalité des enfants de moins de cinq ans (mortalité infanto-juvénile) tirées de cette enquête. Sur la période 1997-1998, le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans a été estimé à 220 décès pour 1 000 naissances vivantes,⁴ ce qui traduit la mort de 450 000 à 500 000 enfants chaque

⁴ Cette estimation provient de données pondérées, utilisant le modèle Nord des tables-type de mortalité de Coale et Demeny et basé sur la proportion de décès parmi les enfants nés vivants des femmes du groupe d'âges 25 à 29 ans, considérés plus fiable (en pratique, le risque de mortalité chez les enfants des jeunes mères est souvent supérieur à la moyenne en raison de facteurs comme le faible statut socioéconomique de ce groupe).

année. La mortalité infantile (les enfants âgés de moins d'un an) a été estimée à 128 décès pour 1000 naissances vivantes, indiquant que plus d'un enfant sur dix meurent avant d'atteindre l'âge de leur premier anniversaire.

Tableau 5. Mortalité des enfants de moins de cinq ans, estimés par des enquêtes rétrospectives de mortalité représentatives de la population, RDC

période de rappel	région	ONG	taux brut de mortalité (pour 10 000 par jour)	taux brut de mortalité (pour 1 000 par an)	taux correspondant de mortalité des enfants de moins de cinq ans (${}_5q_0$) (pour 1 000)*
jan. 02 - oct. 02	régions non affectées par le conflit	IRC	1,4	53	228
jan. 02 - oct. 02	régions affectées par le conflit	IRC	3,0	108	408
jan. 02 - oct. 02	moyenne nationale**	IRC	1,7	64	267
jan. 03 - avr. 04	régions non affectées par le conflit	IRC	1,3	48	210
jan. 03 - avr. 04	régions affectées par le conflit	IRC	1,9	70	288
jan. 03 - avr. 04	moyenne nationale**	IRC	1,7	61	259

* La mortalité que connaîtrait une cohorte de naissances sur une période de cinq ans si le taux brut de mortalité mesuré était maintenu constant sur cette période.

** pas présenté dans le rapport de l'enquête, mais estimé par les auteurs sur base de l'information présentée

7. Des ONG ont mené un certain nombre d'enquêtes rétrospectives de mortalité qui fournissent des estimations directes de la mortalité des enfants à partir des déclarations des membres des familles enquêtées. Le Tableau 5 présente les estimations obtenues à partir d'enquêtes rétrospectives de mortalité, sur des échantillons représentatifs de la population entière entre 2002 et 2003. Les taux bruts de mortalité ont été mesurés mais, afin de faciliter l'analyse comparative, ont été convertis en taux de mortalité infanto-juvénile ou risque de décès entre zéro et cinq ans exactement (${}_5q_0$).⁵

8. Les estimations les plus récentes au niveau national couvrent l'année 2003 et partiellement l'année 2004, avec le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans correspondant estimés à 259 décès pour 1 000 naissances vivantes.

9. Les taux de mortalité infantile (${}_1q_0$) estimés à partir de l'enquête rétrospective de mortalité de 2004 sont de 150 pour 1 000 naissances vivantes dans la zone de conflit (la moitié orientale du pays) et de 97 pour 1 000 naissances vivantes dans la zone pas touchée par le conflit du pays, conduisant à une moyenne nationale d'environ 115 décès pour 1 000 naissances vivantes.

10. La mortalité des enfants a considérablement augmenté au cours de la décennie écoulée. Le quatrième OMD a pour cible la réduction de deux tiers, entre 1990 et 2015, de la mortalité des enfants de moins de cinq ans. Cependant, la mortalité des enfants a augmenté au cours des années 90, si bien que le pays a perdu une décennie d'efforts pour atteindre cet objectif. Les estimations indirectes développées à partir de l'enquête MICS2 de 2001 et présentées sur la

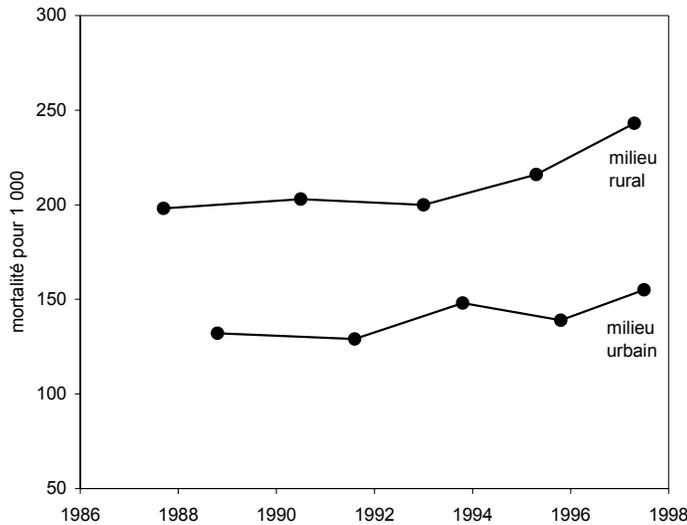
⁵ Le taux brut de mortalité est la mortalité mesurée sur une période bien définie. Le taux de mortalité infanto-juvénile (${}_5q_0$) correspondant est la mortalité que connaîtrait une cohorte de naissances sur une période de cinq ans si le taux brut de mortalité mesuré était maintenu constant sur cette période. La conversion se fait au moyen de la formule suivante :

$${}_5q_0 = \frac{nm}{1 + (n - a)m}$$

où n = nombre d'années dans l'intervalle de temps considéré (5 années), m = le taux brut de mortalité observé sur une année et a = le nombre moyen d'années vécues par ceux qui sont morts dans l'intervalle de temps considéré (estimé à 2 ans). (Preston, Heuveline, et Guillot, 2001)

Figure 6 montrent une tendance à la hausse de la mortalité des enfants de moins de cinq ans depuis le milieu des années 80. Le taux de 220 décès pour 1 000 estimé sur la période 1997-1998, à partir du MICS2, peut être mis en rapport avec celui de 192 pour 1 000 estimé par la méthode indirecte sur la période 1991-1992 à partir des données de l'enquête MICS1 de 1995.

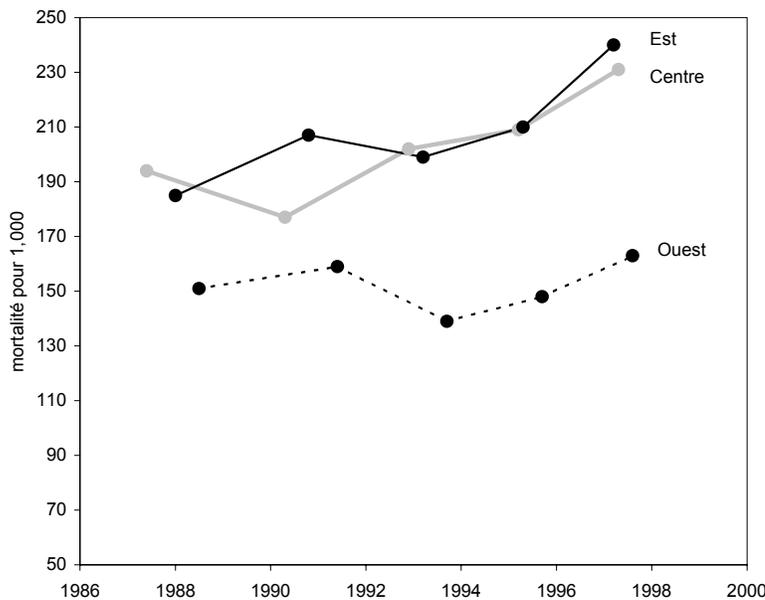
Figure 7. Estimations indirectes de la mortalité infanto-juvénile (s_{q_0}), milieux rural et urbain, RDC



Estimations des auteurs sur la base des données de l'enquête MICS2 de 2001.

11. Les estimations développées à partir des enquêtes rétrospectives de mortalité indiquent une détérioration continue de la situation des enfants pendant les années de conflit intense (à partir de 1997), avec des chiffres au niveau national compris entre 250 et 270 décès pour 1 000 (Tableau 5).

Figure 8. Estimations indirectes de la mortalité infanto-juvénile (s_{q_0}), par région, RDC



Estimations des auteurs sur la base des données de l'enquête MICS2 de 2001.

12. La mortalité des enfants est plus élevée dans les zones rurales et a connu une augmentation plus rapide. La Figure 7 présente, pour les zones rurales et les zones urbaines, les

estimations de la mortalité des enfants de moins de cinq ans développées à partir des données de l'enquête MICS2 de 2001. On constate d'une part que les chiffres sont significativement plus élevés en zone rurale (243 pour 1 000 en 1997) qu'en zone urbaine (158 pour 1 000 en 1997) et d'autre part que cette mortalité a considérablement augmenté en zone rurale depuis le début des années 90 contre une légère hausse en zone urbaine.

Tableau 6. Taux brut de mortalité et taux correspondants de mortalité infanto-juvénile (${}_5q_0$), endroits spécifiques, RDC, 1998-2004

période de rappel	endroit	NGO	taux brut de mortalité (pour 10 000 par jour)	taux brut de mortalité (pour 1 000 par an)	taux correspondant de mortalité des enfants de moins de cinq ans (${}_5q_0$) (pour 1 000)*
jan. 98 - fév. 99	Katana (Sud-Kivu)	IRC	3,3	121	444
jan. 99 - avr. 00	Katana (Sud-Kivu)	IRC	2,3	83	332
jan. 99 - avr. 00	Kabare (Sud-Kivu)	IRC	1,9	70	288
jan. 99 - mai 00	Moba (Katanga)	IRC	8,1	294	781
jan. 99 - avr. 00	Kisangani (Province-Orientale)	IRC	1,6	58	246
jan. 00 - mar. 01	Kalemie (Katanga)	IRC	3,6	130	467
jan. 00 - mar. 01	Kalima (Maniema)	IRC	2,5	90	354
jan. 00 - fév. 03	Katana (Sud-Kivu)	IRC	4,2	155	529
jan. 00 - avr. 01	Lubunga (Province-Orientale)	IRC	2,3	83	332
jan. 00 - mar. 01	Lusambo (Kasai-Oriental)	IRC	3,3	120	441
jan. 00 - mar. 01	Kabare (Sud-Kivu)	IRC	1,8	67	280
jan. 01 - oct. 01	Kimpangu (Bas-Congo)	MSF	2,0	73	299
jan. 01 - oct. 01	Inongo (Bandundu)	MSF	1,0	37	164
jan. 01 - août 01	Basankusu (Equateur)	MSF	6,6	241	699
jan. 01 - sep. 01	Lisala (Equateur)	MSF	1,8	66	274
jan. 01 - oct. 01	Kilwa (Katanga)	MSF	3,1	113	422
mai 01 - juil. 01	Malemba-Nkulu (Katanga)	ACF	10,4	380	887
mar. 02 - juin 03	Bosobolo (Equateur)	Epicentre	3,9	142	499
mar. 02 - juin 03	Zongo/Libenge (Equateur)	Epicentre	5,5	201	626
Oct. 03 - Dec. 03	Bolomba (Equateur)	ACF	4,9	178	581
Nov. 03 - Jan. 04	Befale (Equateur)	ACF	2,5	89	353
Dec. 03 - Feb. 04	Basankusu (Equateur)	ACF	3,2	117	432

* La mortalité que connaîtrait une cohorte de naissances sur une période de cinq ans si le taux brut de mortalité mesuré était maintenu constant sur cette période.

13. La hausse de la mortalité des enfants en RDC est restée concentrée dans les régions de conflit. La hausse de la mortalité des enfants dans les zones rurales s'explique par la forte montée des décès dans les régions du pays affectées par le conflit. La Figure 8 présente les estimations de la mortalité des enfants de moins de cinq ans pour différentes régions du pays : Est (Province-Orientale, Maniema, Nord-Kivu et Sud-Kivu), Centre (Equateur, Kasai-Oriental, Kasai-Occidental et Katanga) et Ouest (Kinshasa, Bas-Congo et Bandundu).⁶ Pendant la guerre, les provinces de l'Ouest n'étaient pas directement affectées par le conflit. La ligne de front traversait les provinces du Centre et les provinces de l'Est étaient le théâtre d'affrontements

⁶ Cette délimitation est ainsi définie pour les besoins de l'analyse et ne reflète nullement le découpage administratif.

massifs. La Figure 8 indique que les provinces de l'Ouest ont constamment affiché les niveaux de mortalité les plus bas malgré une hausse continue pendant les années 90, avec environ 163 décès pour 1 000 en 1997. Dans le reste du pays, la mortalité des enfants a augmenté de manière plus importante pendant les années 90, estimée en 1997 à 231 pour 1 000 dans les provinces centrales et à 240 pour 1 000 à l'Est. Ce constat indique que les tendances observées au niveau des régions prévalaient avant le début de la guerre en 1997.

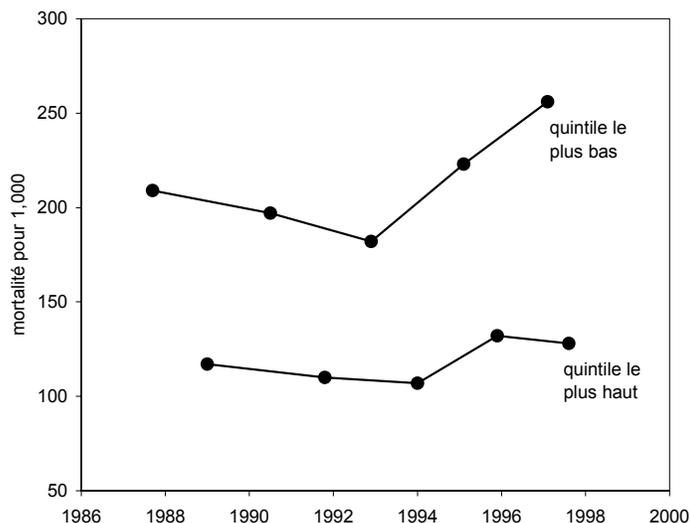
Tableau 7. Taux de mortalité infanto-juvénile (sq_0) correspondant aux des taux bruts de mortalité observés, endroits spécifiques, RDC, 1998-2004

	1998-99	1999-2000	2000-01	2002	2003-04
Katana (Sud-Kivu)	201	162	250	107	127
Kabare (Sud-Kivu)					
Kalemie (Katanga)			467	219	191
Kalima (Maniema)			354	162	196
Moba (Katanga)		506			177
Kisangani (Province-Orientale)		158		304	75
Basankusu (Equateur)			699		432

Estimations des auteurs sur base de rapports d'ONG.

14. Les conclusions des enquêtes rétrospectives de mortalité, présentées dans le Tableau 5, mettent clairement en évidence les effets de la guerre sur la mortalité à partir de cette période. Des échantillons séparés ont été prélevés dans les régions de conflit (les provinces orientales et une partie des provinces centrales) et dans les régions de non conflit (les provinces occidentales et une partie des provinces centrales). Dans la moitié du pays affecté directement par la guerre, le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans estimé en 2002 était de 408 pour 1 000 contre 228 pour 1 000 dans le reste de la RDC.

Figure 9. Estimations indirectes de la mortalité infanto-juvénile (sq_0), par quintile socio-économique, RDC



Estimations des auteurs sur la base des données de l'enquête MICS2 de 2001.

15. **Dans plusieurs provinces directement affectées par le conflit, les taux de mortalité observés chez les enfants sont extrêmement élevés.** A 408 pour 1 000, le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans observé en 2002 dans la moitié orientale du pays est exceptionnellement élevé (Tableau 5). Ceci veut dire que si le taux brut de mortalité observé en

2002 se maintenait pendant les cinq premières années de vie d'une cohorte de naissances, 40% de ces enfants ne verraient pas leur cinquième anniversaire.

16. Le Tableau 6 présente les taux bruts de mortalité estimés à partir d'enquêtes rétrospectives de mortalité conduites dans des localités spécifiques pendant la guerre. Ces estimations sont généralement exprimées en nombre de décès pour 10 000 personnes par jour afin d'autoriser des comparaisons avec le seuil d'alerte humanitaire de 2 décès d'enfants de moins de cinq ans pour 10 000 enfants par jour. Plusieurs des situations décrites dans le Tableau 6 sont bien au-delà de ce seuil d'alerte. À titre d'exemple, dans certaines régions du Sud-Kivu, de l'Ouest du Katanga et de l'Equateur, le niveau du taux brut de mortalité était tel qu'on estime que 15 à 30% des enfants de moins de cinq ans seraient mort sur seulement une année. Certaines enquêtes plus récentes, menées dans la province de l'Equateur, montrent un taux brut de mortalité toujours aussi élevé, correspondant à des taux de mortalité infanto-juvénile (sq_0) de 300-500 pour 1 000.

Encadré 1. La mesure des inégalités sociales de santé

Pour cette analyse, en l'absence d'informations sur la consommation et le revenu des ménages, un indice de statut socio-économique est construit à partir des données contenues dans les enquêtes de ménages sur les actifs et le niveau de vie des ménages (Filmer et Pritchett, 2001).

De manière analogue à la courbe de Lorenz et au coefficient de Gini, utilisés pour mesurer les inégalités de revenu, les courbes de concentration et les indices de concentration sont utilisés pour mesurer les inégalités de santé (Wagstaff, 2000). La courbe de concentration représente la proportion cumulative d'une variable étudiée en fonction de la proportion cumulative de la population concernée, rangée selon l'indice de statut socio-économique. La diagonale représente la ligne d'égalité parfaite dans la distribution de la variable entre les différents groupes socioéconomiques. L'écart entre la diagonale et la courbe mesure le degré d'inégalité. Une courbe de concentration située au dessus de la diagonale indique un biais dans la distribution de la variable vers les groupes les plus pauvres tandis qu'une courbe située en dessous de la diagonale traduit un biais vers les plus riches.

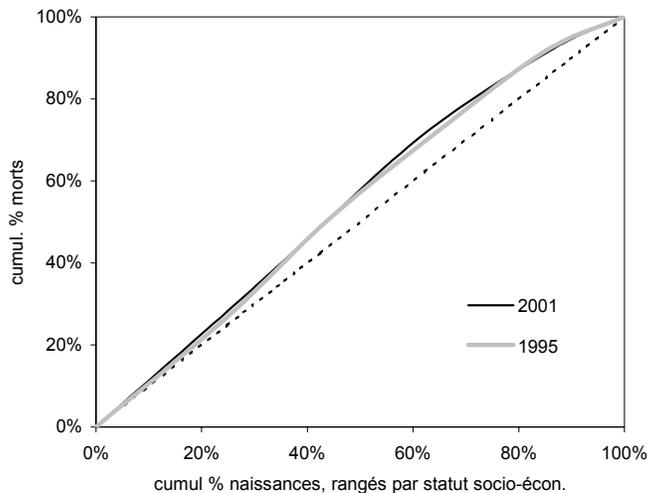
L'indice de concentration fournit une mesure quantitative de l'inégalité et est égal au double de l'aire comprise entre la courbe de concentration et la ligne d'égalité parfaite. Lorsque la courbe de concentration se confond avec la diagonale, l'indice de concentration vaut zéro. Par convention, on donne une valeur négative à l'indice de concentration lorsque la courbe se situe au dessus de la diagonale, avec la variable étudiée plus concentrée parmi les plus pauvres, et une valeur positive lorsque la courbe se situe en dessous de la diagonale, avec la variable biaisée vers les plus riches. Un indice de concentration égal à -1 indiquerait que la variable concernée est totalement concentré au niveau de l'individu le plus pauvre alors qu'un indice de concentration égal à +1 représenterait une situation où la variable étudiée est complètement concentrée au niveau de l'individu le plus riche.

17. **On note des signes d'amélioration dans plusieurs régions au cours de ces dernières années mais la mortalité reste encore très élevée.** Les récentes enquêtes rétrospectives de mortalité conduites sur des échantillons représentatifs de la population entière (Tableau 5) indiquent que la situation des enfants s'améliore globalement depuis le début du processus de paix. La mortalité des enfants de moins de cinq ans a considérablement baissé dans les régions directement affectées par le conflit (de 408 pour 1 000 en 2002 à 288 pour 1 000 en 2003-2004) et diminué légèrement dans le reste du pays (de 228 pour 1 000 en 2002 à 210 pour 1 000 en 2003-2004). Toutefois, ces taux restent encore très élevés. Le Tableau 7 rend compte de cette amélioration en présentant les taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans déduits des taux bruts obtenus à partir d'enquêtes rétrospectives de mortalité conduites à différents moments dans diverses Zones de Santé. Par exemple, la Zone de Santé de Katana (Sud-Kivu) qui a été enquêtée quatre fois depuis 1999, montre une hausse de la mortalité des enfants de moins de cinq ans jusqu'en 2001, date à partir de laquelle une amélioration considérable est perceptible.

18. **Les inégalités entre pauvres et riches en termes de mortalité des enfants sont importantes et tendent à se creuser.** L'Encadré 1 décrit la méthodologie utilisée avec les

données des enquêtes de ménage pour mesurer les inégalités sociales de santé. La Figure 9 compare, à partir des données de l'enquête MICS2 de 2001, les estimations de la mortalité des enfants de moins de cinq ans dans le quintile le plus pauvre et le quintile le plus riche. Il suggère que jusqu'au milieu des années 90, la mortalité des enfants de moins de cinq ans était en baisse dans les deux groupes, avec une tendance à la baisse des inégalités. Toutefois, sur la seconde moitié des années 90, les chiffres de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans ont augmenté autant chez les riches que chez les pauvres, mais avec une hausse plus rapide chez les derniers.⁷ En 1997-98, le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans était estimé à 256 pour 1 000 dans le quintile le plus pauvre contre 128 dans le quintile le plus riche.

Figure 10. Courbes de concentration de la mortalité des enfants, RDC, 1995 et 2001



Estimations des auteurs sur la base des données des enquêtes MICS1 de 1995 et MICS2 de 2001.

19. Le quintile le plus riche connaît une moindre mortalité des enfants mais les différences entre les autres quintiles sont minimales, suggérant une situation de pauvreté et de vulnérabilité généralisée. La Figure 10 présente les courbes de concentration de la mortalité des enfants en 1995 et en 2001. Ces courbes sont sensiblement plates, indiquant que la majorité des ménages, à l'exception du premier quintile, connaît relativement les mêmes taux élevés de mortalité des enfants – suggérant une situation de pauvreté et de vulnérabilité généralisée. À la différence de la Figure 9 qui indique, à partir des données de l'enquête MICS2 de 2001, des inégalités de santé croissantes entre le quintile le plus riche et le quintile le plus pauvre, la Figure 10, qui s'appuie sur les données des deux MICS de 1995 et 2001, suggère que les inégalités sociales de santé sont restées sensiblement identiques entre 1995 et 2001. Cela pourrait traduire une situation presque inchangée dans la majorité des quintiles de revenu durant cette période. Les indices de concentration estimés sont de $-0,09$ en 1995 et de $-0,10$ en 2001.

20. Les modèles de régression confirment l'importance des principaux déterminants de la mortalité des enfants mais ne donnent pas une vision claire de l'évolution de leurs impacts dans le temps. Le Tableau 8 présente les estimations des modèles de régression de Poisson pour les déterminants de la mortalité des enfants, effectuées sur les données de l'enquête MICS2 de 2001 provenant des déclarations des mères. Ces modèles contrôlent pour le nombre d'enfants nés vivants (le facteur d'exposition). Parce que la mortalité peut être fortement influencée par un effet de grappe, les modèles sont estimés de sorte à prendre en compte les facteurs inobservables

⁷ De telles conclusions supposent implicitement que le statut socio-économique des ménages inclus dans l'échantillon en 2001 n'a pas changé sur la période considérée (c'est à dire qu'il y a eu peu ou pas de mouvements inter-quintiles).

(effets aléatoires) qui ne sont pas expliqués par les variables incluses dans les modèles. Le premier modèle examine les déterminants de la mortalité des enfants nés pendant les cinq années précédant l'enquête et le second modèle les déterminants de la mortalité des enfants nés bien avant cette période. Ces deux modèles permettent une estimation générale de l'importance de divers déterminants de la mortalité des enfants et fournissent par la même occasion des indications sur l'évolution de leurs impacts dans le temps.⁸

Tableau 8. Modèles de régression de Poisson à effets aléatoires pour les facteurs déterminants de la mortalité des enfants, RDC, 2001

	nombre de décès parmi les enfants nés durant les 5 années précédentes (n = 6 781 mères)		Nombre de décès parmi les enfants nés avant les 5 années précédentes (n = 4 692 mères)	
	Odds ratio	valeur p	Odds ratio	valeur p
âge de la mère (ans)*	1,00	0,44	0,99	0,00
âge de la mère ²	1,00	0,80	1,00	0,02
taille du ménage*	0,91	0,00	0,92	0,00
taille du ménage ²	1,01	0,00	1,01	0,00
1 = la mère a fait des études	0,96	0,54	0,85	0,00
1 = quintile socioécon. le plus haut	0,82	0,12	0,79	0,00
proportion vaccination BCG dans la grappe	0,56	0,30	0,32	0,00
1 = source d'eau potable	1,02	0,79	0,98	0,67
1 = assainissement adéquat	0,83	0,01	0,96	0,27
1 = milieu urbain	0,77	0,03	0,84	0,00
Centre	1,38	0,01	0,98	0,68
Est	1,60	0,00	0,96	0,44

* centré à la moyenne

Centre = Equateur, Kasai-Occidental, Kasai-Oriental, et Katanga. Est = Province-Orientale, Maniema, Nord-Kivu, et Sud-Kivu. La région de référence est l'Ouest = Bas-Congo, Kinshasa, et Bandundu.

Estimations des auteurs sur la base des données de l'enquête MICS2 de 2001.

21. Le Tableau 9 permet d'aborder ces questions d'une autre manière, en mettant en commun les données issues des deux enquêtes MICS, en 1995 et 2001, puis en estimant les déterminants de la mortalité des enfants des mères âgées de moins de 35 ans. Le coefficient de la variable *Temps* mesure l'odds ratio de la mortalité en 2001 sur celle de 1995, après avoir contrôlé pour les variations des différents déterminants. Les coefficients des variables sans interaction mesurent les risques de mortalité associés aux différents déterminants en 1995. Les coefficients des variables d'interactions avec le *Temps* mesurent le changement dans le temps (de 1995 à 2001) du risque associé aux déterminants en question. L'analyse est stratifiée par région et les résultats statistiquement significatifs ($p < 0.1$) sont indiqués en gras.

22. Les effets bénéfiques de l'accès à l'eau potable et à l'assainissement sont bien reconnus mais leurs effets protecteurs n'apparaissent pas clairement dans les modèles. Les modèles estiment l'impact de l'accès à l'eau potable (puits couvert, eau de source) et à l'assainissement (latrines couvertes) sur la mortalité des enfants. De façon générale, de tels effets n'apparaissent pas clairement dans les modèles sauf en rapport avec la mortalité récente (premier modèle du Tableau 8). Cela suggère que l'accès à l'assainissement s'est peut-être amélioré au cours des

⁸ Les coefficients mesurent le ratio d'incidence de la mortalité associé à chaque déterminant par rapport à l'incidence dans le groupe de référence (dans le cas de variables dichotomiques, le groupe de référence est l'absence du déterminant ; dans le cas de variables continues, la référence est la baisse d'une unité de la variable).

dernières années mais ces effets ne sont pas statistiquement significatifs, pour les différentes régions, dans les modèles décrits dans le Tableau 9.

Tableau 9. Modèle de régression de Poisson à effet aléatoire des déterminants de la mortalité des enfants sur les données regroupées, RDC, 1995 et 2001 (mères âgées d'entre 15 et 34 ans)

	Ouest (n = 2 492 mères)		Centre (n = 3 507 mères)		Est (n = 2 324 mères)	
	Odds ratio	valeur p	Odds ratio	valeur p	Odds ratio	valeur p
<i>Temps</i> : 0 = 1995, 1 = 2001	1,07	0,79	1,11	0,46	1,02	0,90
âge de la mère (ans)*	1,02	0,03	1,03	0,00	1,01	0,04
âge de la mère ²	1,00	0,82	1,00	0,11	1,00	0,32
taille du ménage*	0,94	0,00	0,95	0,00	0,93	0,00
taille du ménage ²	1,00	0,00	1,00	0,00	1,01	0,00
1 = la mère a fait des études	0,92	0,53	0,80	0,01	0,88	0,19
interaction entre l'instruction de la mère et <i>Temps</i>	0,73	0,06	1,11	0,30	1,07	0,58
1 = quintile socioécon. le plus haut	0,63	0,10	0,94	0,74	0,63	0,10
interaction entre quintile le plus haut et <i>Temps</i>	1,53	0,18	0,51	0,02	1,00	0,99
proportion vaccination BCG dans la grappe	1,11	0,75	0,52	0,00	0,68	0,08
interaction entre proportion BCG et <i>Temps</i>	0,56	0,43	0,31	0,03	0,25	0,01
1 = source d'eau améliorée	0,84	0,26	1,18	0,14	0,86	0,36
interaction entre source d'eau et <i>Temps</i>	1,27	0,21	0,85	0,22	1,16	0,42
1 = assainissement adéquat	0,82	0,38	0,88	0,38	1,09	0,61
interaction entre assainissement et <i>Temps</i>	1,11	0,67	1,14	0,39	0,80	0,24
1 = milieu urbain	0,73	0,13	0,96	0,77	1,06	0,75
interaction entre milieu urbain et <i>Temps</i>	1,10	0,68	0,81	0,19	0,75	0,22

* centré à la moyenne

Estimations des auteurs sur la base des données des enquêtes MICS1 de 1995 et MICS2 de 2001.

23. En général, même après le contrôle pour le statut socio-économique, l'éducation des mères est associée à une baisse du risque de décès des enfants mais les effets protecteurs semblent avoir diminué dans les régions qui furent directement affectées par le conflit. Les effets bénéfiques de l'éducation des mères sur la santé des enfants ont plusieurs fois été mis en évidence dans divers contextes, même en tenant compte du statut socio-économique du ménage. De façon globale, les modèles confirment cette relation en RDC mais ils indiquent aussi que l'effet protecteur de l'éducation des mères a diminué pendant la guerre. Le risque de décès chez les enfants nés avant 1996 est 0,85 fois plus faible quand la mère a bénéficié d'une éducation quelconque mais cet effet n'est pas évident parmi les enfants nés plus récemment (Tableau 8). Tout ceci suggère que la guerre a réduit l'effet protecteur de l'éducation des mères, conduisant à la conclusion que les avantages procurés par l'éducation des mères deviennent inopérants en période de conflit. Ces conclusions sont corroborées par les modèles basés sur la mise en commun des données des deux enquêtes MICS (Tableau 9) qui montrent que l'effet protecteur de l'éducation des mères a augmenté dans l'Ouest du pays mais a baissé (ou n'a pas significativement changé) dans le Centre quand il n'est pas très évident dans l'Est.

24. En général, les probabilités de décès des enfants sont plus faibles dans les zones urbaines. Les différences d'état de santé entre les zones rurales et urbaines sont attribuables aux différences d'accès à l'eau potable et à l'assainissement, de disponibilité des services, de niveau de pauvreté et d'un ensemble d'autres facteurs. Néanmoins, même en maintenant ces déterminants constants, les analyses effectuées dans divers contextes montrent presque toujours des effets bénéfiques associés à la résidence en milieu urbain. Ce constat est corroboré par les deux modèles développés sur les données de l'enquête MICS2 de 2001 (Tableau 8) qui montrent que la résidence en milieu urbain est associée à une plus faible probabilité de décès des enfants

nés pendant les deux périodes d'analyse. Ceci confirme les inégalités urbain-rural en termes de mortalité des enfants, constatées sur la Figure 7 précédente. Les effets n'apparaissent toutefois pas très clairement au niveau de l'analyse régionale utilisant les données mettant en commun les deux enquêtes MICS. Les coefficients associés à la variable de résidence en milieu urbain ne sont pas statistiquement significatifs mais le sens de la relation suggère que l'effet protecteur de la ville a diminué dans l'Ouest et a augmenté dans le Centre et dans l'Est (ces effets sont statistiquement plus significatifs lorsque l'accès à l'eau potable et à l'assainissement ne sont pas inclus dans les modèles).

25. De manière générale, les risques de décès des enfants sont plus importants chez les pauvres mais la tendance de l'effet protecteur du statut socio-économique apparaît assez ambiguë au niveau régional. Les modèles développés sur les données de l'enquête MICS2 de 2001 (Tableau 8) montrent que les enfants nés avant 1996 dans le quintile le plus riche ont un risque de décès équivalent à 0,79 fois le risque des enfants des autres quintiles. Un effet protecteur analogue est observé chez les enfants nés plus récemment mais il n'apparaît pas statistiquement significatif. Ces conclusions sont conformes aux comparaisons présentées sur la Figure 9. Conformément aux conclusions précédentes, d'autres modèles (non présentés ici) montrent que la relation entre le statut socio-économique et la mortalité des enfants n'apparaît pas non plus très clairement au sein des quatre quintiles inférieurs.

26. Les modèles basés sur la mise en commun des données des MICS (Tableau 9) montrent qu'un meilleur statut socio-économique avait également un effet protecteur en 1995, particulièrement dans l'Ouest et dans l'Est. Néanmoins ils indiquent aussi que cet effet a peut-être diminué dans l'Ouest (quoique ce changement n'apparaît pas statistiquement significatif), est resté inchangé dans l'Est et s'est renforcé dans le Centre. Ceci suggérerait que dans l'Ouest, les effets économiques et sociaux indirectes de la guerre ont sapé les bénéfices procurés par un statut socio-économique plus élevé mais que dans d'autres régions les effets directs de la guerre ont pu les renforcer, en particulier dans les provinces du Centre.

27. La disponibilité des services de santé est associée à une baisse du risque de décès des enfants et son effet augmente dans le temps dans les régions qui furent affectées par le conflit. La proportion d'enfants vaccinés contre le BCG, dans chaque grappe, est utilisée ici comme indicateur indirect de la disponibilité des services de santé. Cet indicateur est significativement associé à une baisse du risque de décès parmi les enfants nés avant 1996. Parmi les enfants nés plus récemment, le sens de la relation indique un effet protecteur mais il n'apparaît pas statistiquement significatif (Tableau 8). L'analyse effectuée sur les données mettant en commun les MICS de 1995 et de 2001 (Tableau 9), montre que l'effet protecteur de cet indicateur était significatif en 1995 dans le Centre et dans l'Est du pays et que son effet s'est accru dans le temps pour ces régions. Les coefficients pour l'Ouest ne sont pas statistiquement significatifs. Ceci suggère donc que l'impact des services de santé a surtout augmenté au sein des populations directement affectées par la guerre.

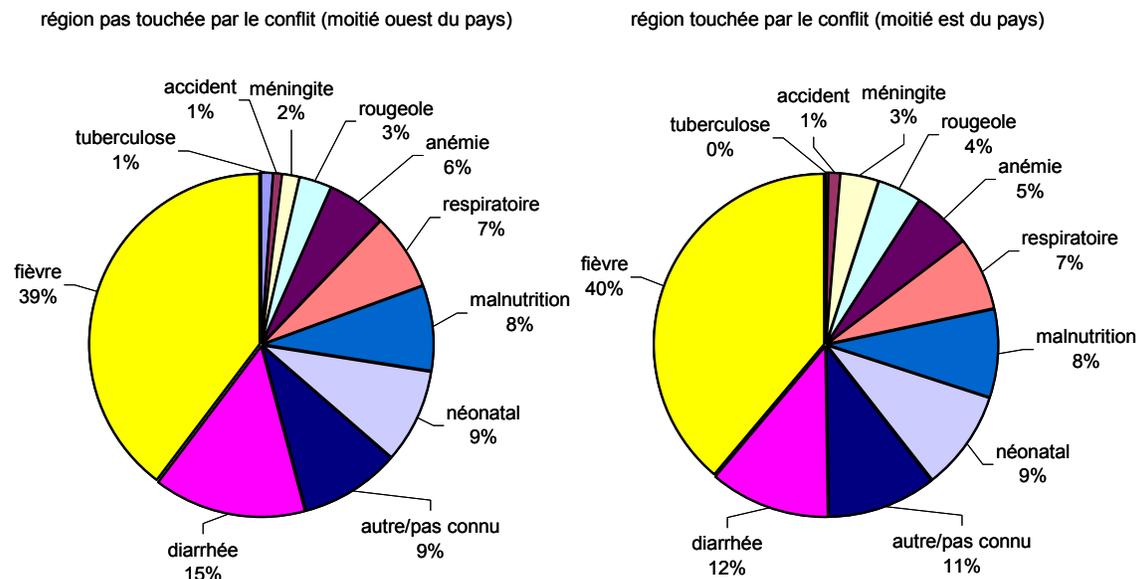
28. Les modèles confirment que la hausse de la mortalité des enfants, au cours de ces dernières années, était beaucoup plus concentrée dans le Centre et dans l'Est du pays, régions plus directement affectées par la guerre. En contrôlant pour les autres déterminants, les données de l'enquête MICS2 de 2001 montrent que le risque de décès des enfants nés avant 1996 était 1,60 fois plus élevé dans l'Est que dans l'Ouest du pays et 1,38 fois plus important dans le Centre par rapport à l'Ouest (Tableau 8). Cet effet est moins évident chez les enfants nés plus récemment, peut-être parce que les différences régionales étaient beaucoup plus le fait de facteurs inclus dans le modèle, tels que les différences socio-économiques ou d'accès aux services de santé.

29. En résumé, les modèles suggèrent que, dans l'Ouest, la crise économique et sociale de ces dernières années a réduit l'importance de l'impact du statut socio-économique élevé sur la santé des enfants mais a augmenté les effets protecteurs de l'éducation des mères. Dans le Centre et dans l'Est, directement affectés par la guerre, l'effet protecteur du statut socio-économique élevé n'a pas changé où s'est accru. En revanche, l'effet du niveau d'étude des mères a diminué alors que les bénéfices liés à la fréquentation des services de santé se sont accentués.

3. Analyse de la morbidité des enfants

30. **Le paludisme, les diarrhées, les infections respiratoires aiguës (IRA) et la rougeole sont les principales causes de mortalité des enfants en RDC.** La Figure 11 présente les causes rapportées de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans provenant d'enquêtes rétrospectives de mortalité conduites dans les moitiés occidentale et orientale du pays en 2004. Elle montre que la physionomie des causes de décès des enfants en RDC est similaire à celle observée dans les autres pays pauvres d'Afrique subsaharienne, avec le paludisme, les IRA, les diarrhées et la rougeole responsables de la majorité des décès et associés le plus souvent à la malnutrition. Bien que la fièvre se retrouve dans plusieurs sortes d'infection, le fait qu'elle soit signalée dans 40% des cas de décès d'enfant témoigne de l'importance du fardeau que représente le paludisme dans le pays.

Figure 11. Causes rapportées de la mortalité chez les enfants de moins de cinq ans, RDC, 2004



Source : IRC (2004)

31. **Le conflit a entraîné une hausse de la mortalité en augmentant la vulnérabilité des enfants à la malnutrition et aux maladies.** Comme mentionné plus haut, les enquêtes rétrospectives de mortalité ont montré que la mortalité des enfants était significativement plus élevée dans la moitié orientale du pays, directement affectée par le conflit. Le fait que le profil épidémiologique des maladies, suggérée par la Figure 11, soit sensiblement identique à celui de la moitié occidentale du pays témoigne de ce que le conflit a causé la mort des enfants, non pas directement à cause de la violence, mais à travers l'augmentation de la vulnérabilité.

32. **Les modèles des déterminants de la morbidité des enfants confirment l'importance du profil épidémiologique des maladies et des facteurs environnementaux.** Le Tableau 10 présente les estimations des modèles de régression logistique effectuées sur les données de

l'enquête MICS2 de 2001 pour les déterminants de la fièvre, des infections respiratoires et de la diarrhée chez les enfants âgés de moins de cinq ans. Parce que la morbidité peut être fortement influencée par un effet de grappe, les modèles à effets aléatoires tiennent compte des variations entre les différentes grappes de l'échantillon qui ne sont pas expliquées par les variables incluses dans les modèles. En effet, les variations dans le morbidité observées peuvent être en très grande partie (10 à 30%) attribuables à des différences inobservables, non captées par les déterminants inclus dans les modèles. Ceci s'explique par le fait que le profil épidémiologique des maladies est fortement influencé par les facteurs environnementaux.

Tableau 10. Modèles de régression logistique à effet aléatoire sur les facteurs déterminants de la fièvre, de l'infection respiratoire, et de la diarrhée parmi les enfants de moins de cinq ans durant les deux semaines précédentes, RDC, 2001 (n = 10 254)

	fièvre		infection respiratoire		diarrhée	
	Odds ratio	valeur p	Odds ratio	valeur p	Odds ratio	valeur p
âge de l'enfant (mois)*	1,00	0,00	0,99	0,00	0,97	0,00
âge de l'enfant ²	1,00	0,00	1,00	0,00	1,00	0,00
1 = garçon	1,02	0,65	1,09	0,25	1,15	0,01
taille du ménage*	1,01	0,25	0,99	0,59	1,01	0,35
âge de la mère (ans)*	1,00	0,16	1,00	0,98	0,99	0,01
1 = la mère a fait des études	1,18	0,00	0,98	0,79	1,00	0,98
1 = quintile socio-écon. le plus haut	0,97	0,77	0,62	0,00	0,70	0,00
proportion vaccination BCG dans la grappe	0,35	0,08	1,61	0,64	0,91	0,87
1 = source d'eau améliorée	0,94	0,41	0,98	0,88	1,01	0,87
1 = assainissement adéquat	1,02	0,77	1,29	0,01	1,01	0,92
1 = milieu urbain	0,80	0,07	0,73	0,18	1,01	0,96
Centre	1,11	0,42	1,94	0,01	1,28	0,03
Est	1,07	0,61	3,75	0,00	1,07	0,57
% de la variation associée avec la grappe	14%		31%		9%	

* centré à la moyenne

La région de référence est l'Ouest.

Estimations des auteurs sur la base des données de l'enquête MICS2 de 2001.

33. La probabilité d'attraper la fièvre semble indépendante des facteurs socio-économiques mais elle est beaucoup plus liée au profil épidémiologique du paludisme. Par contre, la disponibilité des services de santé semble avoir un effet protecteur. L'enquête MICS2 de 2001 a trouvé que 41,9% des enfants de moins de cinq ans avaient eu de la fièvre pendant les deux semaines qui ont précédé l'enquête. De même, la Figure 11 montre que la fièvre est de loin la cause la plus souvent rapportée en cas de décès d'un enfant. Parce que la majorité des fièvres sont associées au paludisme, l'incidence de la fièvre est fortement liée au profil épidémiologique de cette affection. Les chances d'attraper la fièvre sont plus faibles dans les zones urbaines, suggérant une prévalence plus basse du paludisme. Le modèle présenté dans le Tableau 10 montre que les principaux facteurs socio-économiques n'ont pas d'impact sur le risque de fièvre. En fait, l'éducation des mères apparaît, de façon invraisemblable, associée positivement au risque de fièvre. Ailleurs, l'indicateur de la disponibilité des services de santé montre un effet protecteur, statistiquement significatif, contre la fièvre.

34. Les infections respiratoires affichent une plus grande sensibilité aux facteurs socio-économiques, avec un risque de morbidité plus important chez les enfants issus des familles pauvres. L'enquête MICS2 de 2001 a trouvé que 10,3% des enfants de moins de cinq ans ont souffert d'une infection respiratoire pendant les deux semaines précédant l'enquête. Le modèle des déterminants des infections respiratoires indique que le risque chez les enfants de moins de

cinq ans, appartenant au quintile socio-économique le plus riche, est considérablement plus faible. Cependant, les autres modèles (non présentés ici) indiquent que les différences entre les quatre quintiles inférieurs ne sont pas évidentes, conformément aux observations faites pour la mortalité des enfants et traduisent une relative homogénéité du statut socio-économique de la grande masse de la population. Le modèle indique également que les enfants des provinces centrales et orientales ont deux à quatre fois plus de chance d'avoir une infection respiratoire que les enfants des provinces occidentales. (L'association positive entre l'accès à l'assainissement et le risque d'infection respiratoire n'était pas attendu).

35. Le risque de diarrhée semble identique dans les zones rurales et urbaines mais il apparaît plus faible pour les enfants des ménages les plus riches. L'enquête MICS2 de 2001 a estimé à 19,5% la prévalence de la diarrhée parmi les enfants de moins de cinq ans. De manière assez surprenante, le modèle des déterminants de la diarrhée ne donne pas de résultat statistiquement significatif pour le milieu urbain, indiquant peut-être que les conditions environnementales et les pratiques d'hygiène sont similaires en milieu urbain et rural. L'accès à l'eau potable et à l'assainissement ne montre pas d'effets statistiquement significatifs, suggérant que les pratiques d'hygiène (qui n'ont pas été mesurées et qui ne sont pas incluses dans le modèle) jouent peut-être un rôle important. Tout comme pour les infections respiratoires, le risque chez les enfants de moins de cinq ans, appartenant au quintile socio-économique le plus riche, est considérablement plus faible mais les différences entre les quatre quintiles inférieurs ne sont pas évidentes. Le risque de diarrhée est 1,28 fois plus élevé dans les provinces centrales que dans les provinces occidentales mais la différence entre l'Est et l'Ouest n'est pas statistiquement significative.

4. Analyse de l'état nutritionnel des enfants

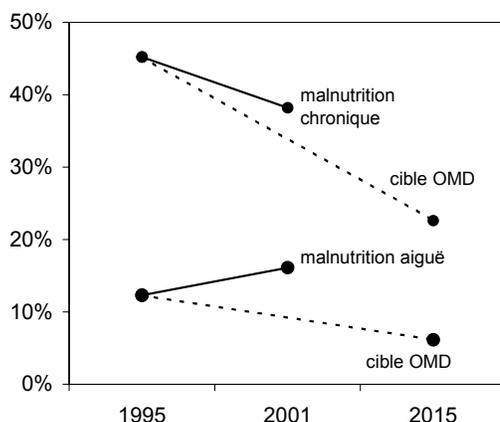
36. La prévalence de la malnutrition est élevée chez les enfants en RDC, comparable à la moyenne en Afrique subsaharienne pour la malnutrition chronique (le retard de croissance) mais bien plus élevée que la moyenne régionale pour la malnutrition aiguë (émaciation), traduisant une crise économique et sociale. Le Tableau 3 donne les estimations de la prévalence de la malnutrition tirées des données de l'enquête MICS2 de 2001. La malnutrition chronique affecte 38% des enfants de moins de cinq ans, ce qui est comparable au chiffre moyen de 40% estimé en Afrique subsaharienne. Cependant, la prévalence de la malnutrition aiguë, qui traduit les effets à court terme d'une carence nutritionnelle, est de 16%, supérieure à la moyenne de 10% observée dans les autres pays du continent.⁹ La malnutrition accroît les risques de décès des jeunes enfants et peut être particulièrement mortelle dans ses combinaisons synergiques avec certaines maladies. Les enfants victimes de malnutrition en ressentent les effets à vie – ils sont physiquement et intellectuellement moins productifs et sont plus exposés aux maladies et aux infirmités.

37. Les tendances de la malnutrition chronique sont ambiguës et globalement, les gains réalisés dans les zones non affectées par le conflit ont été anéantis par la détérioration de la situation dans les zones de conflit. Le premier OMD appelle à la réduction de l'extrême pauvreté et de la faim avec pour cible spécifique la réduction de moitié entre 1990 et 2015 du nombre de personnes souffrant de la faim. L'enquête MICS1 de 1995 a estimé la prévalence de la malnutrition chronique à 45,2% mais le MICS2 de 2001 l'a estimée à 38,2% (Figure 12). Ces chiffres témoignent d'une éventuelle amélioration de la situation au niveau national mais ils

⁹ Un ratio taille pour âge inférieur à -2 écarts-types (Z-scores) de la médiane de la population de référence est signe de malnutrition chronique (retard de croissance) tandis qu'un ratio poids pour taille inférieur à -2 écarts-types de la médiane de la population de référence et/ou la présence d'œdème est signe de malnutrition aiguë.

masquent d'importantes disparités régionales dues au conflit et aux troubles socio-économiques qui l'accompagnent. Les données indiquent que la malnutrition chronique a quelque peu baissé chez les enfants à la fois dans les zones urbaines et rurales des provinces occidentales mais également dans les zones urbaines des provinces centrales. Cependant, elle a substantiellement augmenté chez les enfants des provinces orientales, autant en zone urbaine qu'en zone rurale. À titre d'exemple, en 1995, la prévalence du retard de croissance était substantiellement plus élevée dans les zones rurales des provinces occidentales que dans les zones rurales des provinces orientales mais la situation s'est inversée en 2001.

Figure 12. Tendances estimées de la malnutrition des enfants de moins de cinq ans, RDC, 1995-2001



Sources : MICS1 de 1995 et MICS2 de 2001

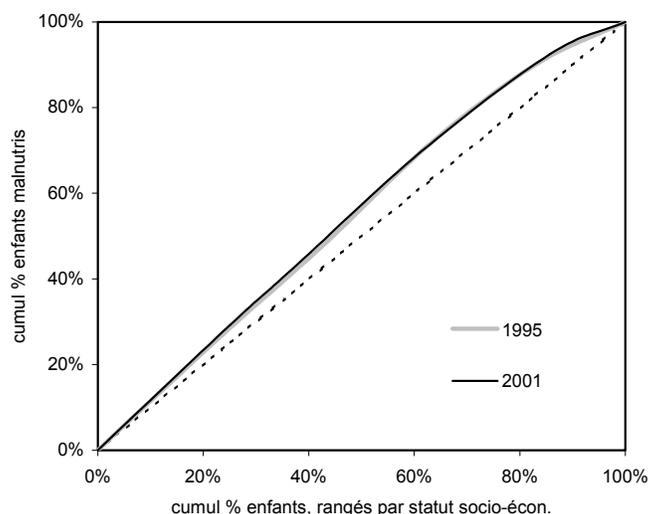
38. La prévalence de la malnutrition aiguë s'est accrue, témoignant d'une plus grande vulnérabilité des ménages aux crises. À la différence de la malnutrition chronique, la prévalence de la malnutrition aiguë a augmenté entre 1995 et 2001, passant de 12% à 16%. La prévalence de la malnutrition aiguë est jugée plus sensible aux variations de court terme dans les apports nutritifs. Cette hausse de la prévalence indique à la fois une intensification de la crise affectant la sécurité alimentaire des ménages mais aussi une détérioration de leurs capacités d'adaptation. Les données montrent que la hausse de la prévalence de la malnutrition aiguë a concerné autant les zones rurales que les zones urbaines à travers tout le pays, témoignant de ce que les enfants sont de plus en plus vulnérables aux chocs de court terme sur les revenus des ménages, en rapport avec le conflit dans l'Est mais également visible dans l'Ouest. La Figure 12 présente les tendances de la malnutrition au regard des OMD, mettant en évidence le contraste entre la tendance de la malnutrition chronique et celle de la malnutrition aiguë. Elle illustre combien les moyennes nationales peuvent masquer les inégalités au sein d'un pays aussi large.¹⁰

39. En 2001, la situation nutritionnelle des enfants était alarmante dans les zones rurales et très préoccupante dans les zones urbaines. En 2001, la malnutrition chronique frappait 43% des enfants de moins de cinq ans vivant en zone rurale et 29% en zone urbaine. La prévalence de la malnutrition aiguë était de 18% en zone rurale et de 12% en zone urbaine (Tableau 3). Toutes ces estimations sont à des niveaux particulièrement élevés, avec le taux de malnutrition aiguë qui suggère une situation de crise dans les zones rurales et une situation préoccupante dans les zones urbaines.

¹⁰ La hausse de la malnutrition aiguë suggère également que la baisse de la malnutrition chronique pourrait en partie être due à un biais de survie. En d'autres termes, les taux élevés de malnutrition aiguë ont entraîné de fortes mortalités de sorte que de nombreux enfants n'ont pu survivre pour être mesurés en 2001. Cette hypothèse est soutenue par la hausse de mortalité des enfants pendant la période considérée.

40. Des études plus récentes conduites dans des localités spécifiques décrivent des situations variables mais indiquent généralement des taux élevés de malnutrition. Une étude menée à Kinshasa en 2004 sur la situation nutritionnelle a trouvé des prévalences à 8,1% pour la malnutrition aiguë et 22,4% pour la malnutrition chronique chez les enfants de moins de cinq ans. Les études effectuées en 2004 à trois endroits dans la province de l'Equateur ont trouvé des taux de malnutrition aiguë variant de 3,5% à 12,7%.¹¹

Figure 13. Courbes de concentration de la malnutrition chronique parmi les enfants de moins de cinq ans, RDC, 1995 et 2001



Estimations des auteurs sur la base des données des enquêtes MICS1 de 1995 et MICS2 de 2001.

41. Il existe d'importantes inégalités entre les plus riches et les plus pauvres en termes de malnutrition des enfants mais les différences sont relativement minimes au sein de la grande majorité de la population. La prévalence de la malnutrition chronique est de 43% chez les enfants du quintile le plus pauvre contre 19% dans le quintile le plus riche. De même, la malnutrition aiguë touche 20% des enfants du quintile le plus pauvre contre 8% (taux tout de même élevé) dans le quintile le plus riche. Cependant, les courbes de concentration présentées sur la Figure 13 apparaissent relativement plates, indiquant peu de différences au sein de la population en termes de prévalence de la malnutrition chronique et témoignent ainsi d'une pauvreté généralisée. Ces graphiques indiquent aussi que les inégalités ont très peu évolué entre 1995 et 2001. L'indice de concentration pour la malnutrition chronique sur les deux années était de -0,10.

42. Les modèles statistiques confirment que l'éducation des mères, la résidence en milieu urbain et un statut socio-économique élevé réduisent les risques de malnutrition des enfants. Le Tableau 11 présente des modèles de régression des déterminants de la malnutrition chronique (retard de croissance) et de la malnutrition aiguë (émaciation) parmi les enfants de moins de cinq ans. L'existence d'une forte proportion des variations entre grappes (17% pour le retard de croissance et 20% pour l'émaciation) qui ne soit pas captée par les variables du modèle souligne l'importance d'autres facteurs contextuels (le climat, l'agriculture, les conditions économiques, le conflit et l'insécurité). Les enfants dont les mères ont bénéficié d'une éducation quelconque ont 0,85 fois moins de chance de souffrir d'un retard de croissance et 0,73 fois moins de risques de connaître l'émaciation. En effet les mères éduquées sont plus enclines à entourer leurs

¹¹ Ce faible taux de 3,5% est de toute évidence due à un biais de survie dans cette localité dans la mesure où la même enquête a trouvé des taux brut de mortalité extrêmement élevés parmi les enfants de moins de cinq ans.

progénitures des meilleurs soins et pratiques nutritionnelles et à leur faire bénéficier des soins de santé modernes de qualité. Les enfants des zones urbaines ont des risques significativement plus faibles de malnutrition chronique (ce constat est valable pour la malnutrition aiguë mais la différence n'est pas statistiquement significative). Le passage d'un quintile socio-économique au quintile immédiatement supérieur réduit le risque de retard de croissance de 0,88 et le risque d'émaciation de 0,91.

43. Les disparités régionales habituelles se retrouvent également, avec un risque de retard de croissance 1,4 à 1,8 fois plus élevé dans provinces centrales et orientales par rapport aux provinces de l'Ouest. De manière inattendue, le risque de malnutrition aiguë dans l'Est est plus faible avec une différence marginalement significative.¹²

Tableau 11. Modèles de régression logistiques à effet aléatoire pour les facteurs déterminants de la malnutrition parmi les enfants de moins de cinq ans, RDC, 2001

	malnutrition chronique (n = 11 371)		malnutrition aiguë (n = 11 446)	
	Odds ratio	valeur p	Odds ratio	valeur p
âge de l'enfant (mois)*	1,06	0,00	0,99	0,00
âge de l'enfant ²	1,00	0,00	1,00	0,00
1 = garçon	1,29	0,00	1,20	0,00
taille du ménage*	1,00	0,81	1,01	0,16
âge de la mère (ans)*	1,00	0,29	1,01	0,09
1 = la mère a fait des études	0,85	0,01	0,73	0,00
1 = milieu urbain	0,63	0,00	0,88	0,37
quintile socio-économique **	0,88	0,00	0,91	0,01
proportion vaccination BCG dans la grappe	1,60	0,45	1,32	0,70
Centre	1,44	0,00	1,07	0,62
Est	1,82	0,00	0,75	0,08
% de la variation associée avec la grappe	17%		20%	

* centré à la moyenne

** les odds ratio sont associés au passage d'un quintile donné au quintile immédiatement supérieur

La région de référence est l'Ouest.

Estimations des auteurs sur la base des données de l'enquête MICS2 de 2001.

44. **La prévalence de l'allaitement exclusif est faible et tend à diminuer en RDC, augmentant la vulnérabilité des enfants à la malnutrition et aux maladies.** Parce que l'allaitement réduit considérablement la morbidité et la mortalité des enfants dans les pays en voie de développement, il est recommandé d'allaiter exclusivement les enfants pendant les 4 à 6 premiers mois de leur vie. Les données du MICS2 de 2001 indiquent un taux d'allaitement de 95% mais seulement 29% des enfants de moins de deux ans ont été exclusivement allaités jusqu'à l'âge de quatre mois et uniquement 24% pendant leurs six premiers mois de vie.

45. La pratique de l'allaitement ne semble pas être influencée par le milieu de résidence (urbain ou rural), le statut socio-économique ou le niveau d'éducation de la mère. Cependant, on note quelques différences régionales significatives. L'allaitement exclusif est une pratique plus courante en Equateur, dans la Province-Orientale, dans le Nord-Kivu et dans le Maniema (45-60% des enfants de moins de quatre mois) et moins courante dans le Bas-Congo, le Katanga et le Kasai-Occidental (moins de 20%). Kinshasa et le Kasai-Oriental ont des taux intermédiaires (30%).

¹² Ce résultat est probablement dû au fait que cette région bénéficie de l'aide humanitaire.

46. La pratique de l'allaitement exclusif semble en recul. Les données de l'enquête MICS1 de 1995, indiquent que 34% des enfants étaient allaités exclusivement contre les 29% observés par le MICS2 de 2001.

5. Santé maternelle et reproductive

47. **La RDC a une forte population, à majorité très jeune et à croissance rapide.** Avec un total estimé à 58,3 millions d'habitants, la RDC possède la troisième population la plus importante d'Afrique subsaharienne (après le Nigeria et l'Ethiopie). Le taux de croissance annuelle de la population est estimé à 2,9%(US Census Bureau, 2004). Avec une forte mortalité et un fort taux de fécondité, près de la moitié de la population (48%) a moins de 15 ans et seulement 3,5% a plus de 60 ans.

48. **L'indice synthétique de fécondité (ISF) est parmi les plus élevés au monde, autant en milieu urbain qu'en milieu rural, et n'affiche pas de tendance à la baisse.** L'ISF est très élevé (7,1), indiquant que les femmes, ont en moyenne plus de sept enfants au cours de leur vie féconde. Ce chiffre, qui est très supérieur à la moyenne de 5,1 observée en Afrique subsaharienne, figure parmi les plus élevés au monde. Il est estimé à 7,4 dans les zones rurales et reste tout aussi élevé dans les zones urbaines (6,3). Ce constat est conforme au niveau de pauvreté, au manque d'accès aux services de planning familial et au fort taux de mortalité du pays (étant donné les niveaux de mortalité des enfants, discutés précédemment, l'on peut s'attendre à ce qu'un ou deux enfants sur les sept meurent avant d'atteindre l'âge de cinq ans, incitant les couples à avoir beaucoup d'enfants). Le taux brut de natalité est estimé à 48,5 pour 1 000 habitants, indiquant environ 2,8 millions de naissances annuellement. Il n'existe aucun signe de déclin de la fécondité – l'indice synthétique de fécondité estimé en 1995 était de 7,2. Une tendance à la hausse était perceptible à partir des années 1950 avec un ISF d'environ 5,9 qui est passé à 6,3 dans les années 1980 (Schneidman, 1990).

49. **Le taux de fécondité parmi les adolescentes est particulièrement élevé.** L'enquête MICS2 de 2001 a révélé que 20% des filles âgées de 15 à 19 ans sont mères. La maternité chez les adolescentes est plus fréquente parmi les plus pauvres (26% dans le premier quintile contre 13% dans le quintile le plus riche). Le MICS2 de 2001 a également montré que les adolescentes des milieux urbains ont moins de chances de se retrouver mère (17% contre 22% en milieu rural). Cependant une petite enquête conduite à Kinshasa sur les filles de 12 à 19 ans a montré que 30% d'entre elles avaient déjà eu une expérience sexuelle et un tiers de celles-là étaient enceintes (Casey, 2002).

50. **Le risque de mortalité est très élevé chez les mères et a augmenté pendant les années 90, partout dans le pays.** Le ratio de mortalité maternelle estimé à partir du MICS2 de 2001 est de 1 289 pour 100 000 naissances vivantes, indiquant plus de 36 000 décès maternels par année. Ce chiffre a été estimé par la méthode indirecte et renvoie à une période couvrant les 12 années précédant l'enquête (la fin des années 1980). Compte tenu de la situation de crise qu'a connue le pays pendant les années 90, le niveau actuel de mortalité maternelle est probablement plus élevé. À titre d'exemple, le chiffre estimé par la méthode directe à partir des données d'une enquête conduite en 1998 (n = 8 613 ménages) est de 1 837 pour 100 000 naissances vivantes (Ministère de la Santé, 1999a). Etant donné la grande taille de l'intervalle de confiance entourant habituellement les estimations des ratios de mortalité maternelle, l'élément le plus pertinent demeure l'ordre de grandeur et il est clair que le niveau de mortalité maternelle en RDC est parmi les plus élevés au monde. Le cinquième OMD a pour cible de réduire la mortalité maternelle de trois-quarts entre 1990 et 2015, ce qui appelle, en RDC, à une baisse du ratio de mortalité maternelle à environ 320 pour 100 000 naissances vivantes en 2015. Ce chiffre ne sera

certainement pas atteint en 2015. Toutefois, d'importants progrès sont possibles avec des efforts et des investissements considérables.

51. Une enquête conduite en 2001 à Kinshasa (n = 3 049 ménages) a estimé, à partir de la méthode directe, le ratio de mortalité maternelle à 1 393 pour 100.000 naissances vivantes, ce qui correspond au chiffre de mortalité au cours de l'année précédant l'enquête. De même qu'avec les autres indicateurs de santé, l'on s'attend à des niveaux de mortalité maternelle plus faibles dans les zones urbaines et les provinces de l'Ouest. Cependant, le niveau de mortalité observé à Kinshasa reste extrêmement élevé (quoique peut-être plus faible qu'ailleurs), soulignant que le risque de mortalité maternelle est très élevé partout à travers le pays. Les estimations tirées de cette enquête, par la méthode indirecte, montrent que du début des années 80 jusqu'à la fin des années 90, la mortalité maternelle à Kinshasa était considérablement plus basse, à environ 500-600 décès pour 100 000 naissances vivantes (OCHA, 2001).

52. Il est également important de noter que le taux de fécondité élevé augmente considérablement, pour chaque femme, le risque de décès maternel tout au long de la vie. De plus, le fort taux de fécondité parmi les adolescentes augmente la mortalité dans la mesure où les risques chez les jeunes mères sont plus élevés.

53. Les mères meurent en couche à cause du manque d'accès aux soins obstétricaux d'urgence, des retards accusés avant le recours et l'obtention des soins et souvent à cause de la mauvaise qualité de ces soins. Une enquête des formations sanitaires menée à Kinshasa en 2001 a découvert que les principales causes immédiates de décès maternel dans les formations sanitaires étaient les hémorragies (31%), les infections (10%), les éclampsies (9%) et le paludisme grave (5%) (OCHA, 2001). Presque tous ces décès sont évitables si des soins de qualité adéquate sont reçus à temps. Cependant, dans des situations comme celles observées en RDC, les retards accusés pour recourir aux soins, pour atteindre les formations sanitaires et pour recevoir les soins en question contribuent tous au manque de soins effectifs pour les complications de l'accouchement. Les avortements à risque semblent également responsables d'une proportion importante des décès maternels. Une enquête à Kinshasa a trouvé, par exemple, que 30% des adolescentes enceintes s'étaient déjà essayées à des avortements à risque (Casey, 2002).

54. Un sixième des mères souffre de malnutrition. À partir de la mesure de l'indice de masse corporelle des mères non enceintes, le MICS2 de 2001 a estimé à 17,3% la proportion d'entre elles qui souffraient de malnutrition, avec des chiffres estimés à 19,2% dans les zones rurales et 13,2% dans les zones urbaines. Parmi les mères issues du premier quintile, 21% sont malnutries contre 12% dans le quintile le plus riche. Les enfants des mères malnutries ont également significativement plus de chances de souffrir de malnutrition aiguë (émaciation). À titre d'exemple, on a noté que 21% des enfants de moins de cinq ans des mères considérées malnutries souffraient d'émaciation alors que la proportion pour les autres mères était de 12% (taux tout de même élevé).

55. Une mauvaise santé maternelle et un défaut de soins de qualité influencent négativement l'issue des grossesses. Une proportion considérable des grossesses finit par ce que l'on peut considérer comme de mauvaises issues de grossesse. Une étude portant sur 10 528 accouchements entre 1993 et 2001 dans un hôpital de référence dans le district de l'Ituri (Province-Orientale) a montré que l'issue de 15,3% des grossesses était mauvaise, comportant 10,5% d'accouchements prématurés, 3,8% d'enfants mort-nés et 3,3% d'avortements spontanés. L'étude a également découvert une tendance à la hausse de ces issues négatives, principalement en rapport avec le conflit. Par exemple, en 1993, les accouchements prématurés qui ne représentaient que 6,3% du total des accouchements ont dépassé le chiffre de 11% pendant les périodes de conflit intense (Mugisho *et al.*, 2003). De même, une enquête rétrospective de

mortalité, conduite dans toutes les régions du pays, a montré qu'environ 11% des grossesses se terminaient par des avortements spontanés ou des enfants mort-nés (IRC, 2004).

56. Une mauvaise santé maternelle et un défaut de soins à l'accouchement mènent à de forts taux de mortalité néonatale. Des soins de qualité au moment de l'accouchement sont indispensables à la santé du nouveau-né. La mortalité néonatale (enfants de moins d'un mois) est mal connue en RDC. Dans les autres pays d'Afrique subsaharienne, elle peut représenter jusqu'à plus de la moitié de la mortalité infantile (enfants de moins d'un an), mortalité qui est estimée à 128 pour 1 000 naissances vivantes en RDC. En considérant le taux de mortalité néonatale à 65 pour 1 000, on peut estimer que chaque année, sur les 2,8 millions de nouveaux-nés, environ 200 000 meurent juste après leur naissance.

57. Plus d'un nouveau-né sur dix a un faible poids de naissance. Le faible poids de naissance est un indicateur de la mauvaise condition sanitaire et nutritionnelle de la mère et constitue également l'un des déterminants de la survie à long terme et du développement de l'enfant. L'enquête MICS2 de 2001 a découvert que seulement la moitié des enfants nés l'année précédant l'enquête avaient été pesés. Parmi ceux-ci, 11% avaient un faible poids de naissance. Selon les déclarations des mères, une proportion similaire de l'ensemble des naissances avait des faibles poids de naissance. Ces chiffres corroborent les estimations observées dans d'autres pays très pauvres.

58. Plusieurs femmes ainsi que des filles sont victimes des violences sexuelles liées au conflit, en particulier dans l'Est du pays. Des milliers de femmes et de filles (ainsi que quelques hommes et garçons), en particulier dans l'Est de la RDC furent victimes de violences sexuelles commises par les membres des différents groupes armés impliqués dans le conflit. Une étude d'évaluation conduite dans le Sud-Kivu en 2001 a estimé qu'environ 2 000 femmes ont été victimes de violences sexuelles pendant le récent conflit. (Casey, 2002) Pendant la seconde moitié de l'année 2003, 550 victimes de violences sexuelles dont quelques hommes et garçons furent traitées dans un hôpital appuyé par une ONG dans le Sud-Kivu. (MSF, 2004) Les conséquences médicales de ces violences incluent la transmission du VIH/SIDA et les problèmes de santé reproductive, en particulier les fistules. On note également d'importants effets psychologiques et sociaux, en particulier l'exclusion de la femme par sa famille et sa communauté. Les violences sexuelles se poursuivent dans certaines régions du pays encore en proie à l'insécurité. Par exemple, en 2004, une ONG a signalé 130 viols commis pendant les semaines de conflit à Bukavu dans le Sud-Kivu (IRIN, 2004).

6. VIH/SIDA

59. La prévalence du VIH chez les adultes est estimée à 4-5%, ce qui témoigne d'une épidémie qui s'est propagée des groupes à risque à la population générale. Les troubles économiques et l'isolement dû à la guerre ont probablement évité une croissance plus rapide de l'épidémie au cours de ces dernières années. Cependant la vulnérabilité à la maladie, au sein de certains groupes tels que les importantes populations déplacées, s'est probablement accrue. On estime qu'environ 1,1 millions de personnes, dont 60% de femmes, vivent avec le virus et que le SIDA cause approximativement 100 000 décès chaque année. On estime à environ 770 000 le nombre d'enfants orphelins du SIDA¹³ (ONUSIDA, 2004). Devant l'absence d'enquête représentative conduite au niveau national, ces estimations ont été dérivées de modèles. La surveillance parmi les femmes enceintes reçues en consultation prénatale au niveau de sites sentinelles n'est ni complète ni systématique. Les données disponibles estiment la prévalence

¹³ Ces estimations sont celles de l'ONUSIDA pour l'année 2003. L'ONUSIDA estime la prévalence au sein de la population adulte à 4,2% tandis que le programme national de lutte contre le VIH/SIDA estime ce chiffre à plus de 5%.

parmi les femmes enceintes entre 4% et 8% avec des taux relativement stables dans les zones urbaines depuis 1990 et des signes d'une tendance à la hausse dans les zones rurales (ONUSIDA, 2004).

60. Les informations disponibles indiquent une prévalence élevée au sein des groupes à haut risque. Les études conduites à Kinshasa pendant les années 90 ont montré une séroprévalence supérieure à 30% chez les prostituées. Les recherches effectuées à la fin des années 90 dans un hôpital de Goma (Nord-Kivu) ont montré que 50% à 99% des patients souffrant d'infection sexuellement transmissible (IST) étaient infectés par le VIH. La prévalence du VIH chez les patients atteints de tuberculose dans les hôpitaux de Kinshasa, de Bwamanda (Equateur) et Mbuji-Mayi (Kasaï-Oriental) a été estimée à plus de 30% en 1997 (ONUSIDA, 2004).

61. Le niveau général de sensibilisation sur VIH/SIDA est élevé mais les connaissances plus spécifiques sur les moyens de prévention sont limitées. L'enquête MICS2 de 2001 a trouvé que 92% des femmes adultes avaient déjà entendu parler du SIDA et 87% connaissaient au moins un moyen de l'éviter. Cependant, seulement 40% connaissaient trois moyens d'éviter la maladie (la fidélité à un partenaire sain, l'utilisation des préservatifs et l'usage d'aiguilles stérilisées). Alors que 80% déclaraient que la fidélité peut protéger contre la maladie, seulement 48% connaissaient l'utilisation des préservatifs comme moyen de prévention. De plus, uniquement 20% des femmes adultes pouvaient identifier les trois informations erronées données sur la transmission du VIH comme fausses. Par exemple, seule 35% savaient que la maladie ne peut être transmise par le moustique.

62. Les connaissances spécifiques sont plus faibles chez les pauvres et dans les zones rurales. Le niveau de sensibilisation sur la maladie est aussi élevé en milieu rural qu'en milieu urbain mais les connaissances spécifiques sont plus limitées dans les zones rurales. Trente-cinq pour-cent (35%) des femmes dans les zones rurales, contre 50% dans les zones urbaines, connaissaient les trois méthodes de prévention. De même, 43% d'entre elles reconnaissaient l'utilisation du préservatif comme moyen de prévention contre 57% en milieu urbain. Dix-huit pour-cent (18%) des femmes des zones rurales, contre 24% dans les zones urbaines, identifiaient comme fausses les trois informations erronées sur la transmission de la maladie. De manière identique, le niveau de sensibilisation sur la maladie était d'environ 90% dans le quintile le plus pauvre mais seulement 32% des femmes dans ce groupe connaissaient toutes les trois méthodes de prévention contre 54% dans le quintile le plus riche. Par rapport aux informations erronées sur la transmission de la maladie, 18% des femmes adultes dans le premier quintile pouvaient les identifier toutes les trois contre 25% dans le cinquième quintile.

63. Les comportements à risques contribuent à la propagation du VIH, avec les femmes des zones rurales particulièrement vulnérables. Le MICS2 de 2001 indique que, pendant l'année précédant l'enquête, 11% des femmes avaient un autre partenaire sexuel en plus de leur partenaire habituel et que seulement 13% de ces dernières utilisaient des préservatifs. Près de 50% de celles qui ont rapporté des rapports sexuels occasionnels avaient au moins deux partenaires occasionnels. Dans tous les cas, l'utilisation des préservatifs était très faible – en 2001, seulement 2,3% des femmes sexuellement actives déclaraient l'utiliser.

64. Les rapports sexuels occasionnels sont plus courants dans les zones rurales (12%) que dans les zones urbaines (9%) avec l'utilisation du préservatif qui est beaucoup moins habituelle et la multiplicité des partenaires qui est plus fréquente. Les inégalités sociales en termes de comportements à risque sont également visibles, avec les quintiles inférieurs qui sont plus prédisposés à avoir des partenaires occasionnels et multiples et moins susceptibles d'utiliser des préservatifs. Cette physionomie révèle que les comportements à risque sont associés à la vulnérabilité économique (et ne renvoient pas nécessairement à des questions de choix ou de moralité).

7. Le paludisme

65. Toute la population en RDC est exposée au paludisme qui constitue la principale cause de morbidité dans le pays. On estime à 97% la proportion de la population exposée au paludisme endémique tandis que les 3% restant, vivant dans les régions montagneuses de l'Est du pays, sont exposés au risque de paludisme épidémique. Comme mentionné plus haut, le MICS2 de 2001 a révélé que 42% des enfants de moins de cinq ans avait souffert de fièvre pendant les deux semaines précédant l'enquête, avec de faibles variations géographiques ou par groupe socio-économique. Un tel niveau de prévalence est synonyme de 6 à 10 épisodes annuels de paludisme par enfant de moins de cinq ans – pour un total impressionnant de 60-100 millions d'épisodes. Chose non surprenante, le paludisme compte pour environ un tiers des motifs de consultation externe dans les formations sanitaires.

66. Le paludisme est la première cause de mortalité des enfants de moins de cinq ans et est responsable d'une proportion considérable des décès chez les enfants plus âgés et les adultes. Les récentes enquêtes rétrospectives de mortalité ont révélé que, dans toutes les régions du pays, la fièvre est associée à 40% des décès d'enfant de moins de cinq ans. En estimant que 80% de ces cas de fièvre seront liés au paludisme, on estime à plus de 180 000 le nombre de décès annuels d'enfants de moins de cinq ans dus à cette maladie. Les données indiquent également que la fièvre est la cause de décès la plus rapportée (environ 20%) chez les enfants plus âgés et les adultes (IRC, 2004).

67. Le paludisme est un déterminant majeur de la mauvaise santé et de la malnutrition des mères, concourant directement ou indirectement à augmenter la mortalité maternelle. Les données présentées précédemment sur un des hôpitaux du pays indiquent que 5% des décès maternels pourraient être directement attribués au paludisme. De plus, la présence de paludisme pendant la grossesse peut avoir divers effets négatifs sur l'issue de la grossesse tels que les avortements spontanés, les faibles poids de naissance et les morts néonatales.

8. La tuberculose et les autres maladies transmissibles

68. Avec une incidence élevée et une apparente tendance à la hausse, la tuberculose est responsable d'une proportion considérable des décès et est souvent associée à l'infection à VIH. Le Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT) estime l'incidence annuelle à 384 nouveaux cas pour 100 000 personnes. On estime que l'incidence est probablement en hausse, avec le nombre de cas notifiés en constante progression depuis le début des années 90. On pense également que 25-30% des cas de tuberculose sont associés à l'infection à VIH. (OMS, 2004) Les données provenant des récentes enquêtes rétrospectives de mortalité suggèrent que 10-20% de la mortalité chez les enfants âgés de plus de cinq ans et chez les adultes est lié à la tuberculose. Une enquête récente conduite dans la ville de Kinshasa a découvert que 5,4% des anciens et nouveaux cas de tuberculose étaient à bacilles multi-résistants. La résistance à l'échelle du pays est estimée à 1,5% des cas. La stigmatisation sociale alourdit le fardeau supporté par les personnes infectées et sapent les efforts de contrôle de la maladie.

69. Un ensemble d'autres maladies infectieuses sévissent sur un mode endémique ou épidémique. En plus des principales maladies infectieuses responsables de la majorité des cas de mortalité et de morbidité observés chez les enfants (paludisme, rougeole, IRA et maladies diarrhéiques), d'autres maladies infectieuses sévissent au sein de la population sur un mode endémique ou avec des poussées épidémiques de façon périodique. Ces infections incluent la méningite, la trypanosomiase, l'onchocercose, la lèpre, la schistosomiase, la peste, l'infection à virus Ebola, et d'autres.

9. La mortalité générale

70. On estime à environ 3,8 millions le nombre de décès supplémentaires dus au conflit depuis 1997. Toute description de la situation sanitaire en RDC impose une analyse de la mortalité générale, en particulier en relation avec le conflit. Les enquêtes rétrospectives de mortalité conduites par les ONG, que nous avons utilisé précédemment pour l'analyse de la mortalité infanto-juvénile, avaient pour objectif premier d'estimer le taux brut de mortalité pour tous les âges confondus. Entre 1998 et 2001, une série d'enquêtes rétrospectives de santé furent conduites dans l'Est de la RDC par l'ONG IRC. Des taux bruts de mortalité (tous les âges confondus) entre 2,7 et 12,1 pour 1 000 habitants par mois ont été estimés à partir des déclarations des ménages sur les décès de leurs membres pendant une période de rappel, ce qui correspond à un taux de 0,9 à 4,0 décès pour 10 000 personnes par jour.¹⁴

71. En 2001, l'ONG MSF, au cours d'une étude de la mortalité dans cinq localités à travers le pays, a trouvé des taux bruts de mortalité allant de 0,6 à 2,7 décès pour 10 000 par jour. En 2002, IRC a conduit une autre série d'enquêtes, beaucoup plus représentatives que les précédentes, auprès de 4 500 ménages répartis dans 20 Zones de Santé situées dans des régions à la fois de l'Est et de l'Ouest du pays. Dans la moitié orientale du pays, le taux brut de mortalité a été estimé à 3,5 pour 1 000 par mois contre 2,0 pour 1 000 dans l'Ouest, conduisant à une moyenne nationale de 2,2 décès pour 1 000 personnes par mois (équivalant à 1,2 décès pour 10 000 par jour dans l'Est et 0,7 pour 10 000 par jour dans l'Ouest). Les estimations du taux brut de mortalité, tirées d'une série similaire mais plus large d'enquêtes rétrospectives de mortalité conduites en 2004 par IRC auprès de 19 500 ménages répartis dans 25 Zones de Santé, étaient de 2,3 pour 1 000 par mois dans la moitié Est du pays contre 1,7 dans la moitié Ouest, avec une moyenne nationale de 2,0 décès pour 1 000 (équivalent à 0,7 pour 10.000 personnes par jour).

72. Les différentes enquêtes conduites par IRC confrontaient les estimations du taux brut de mortalité à un niveau initial supposé de 1,5 décès pour 1 000 par mois (moyenne en Afrique subsaharienne) afin d'estimer le nombre de décès supplémentaires dus à la guerre. Au moment de l'enquête conduite en 2004, cette estimation avait atteint le niveau de 3,8 millions de décès.

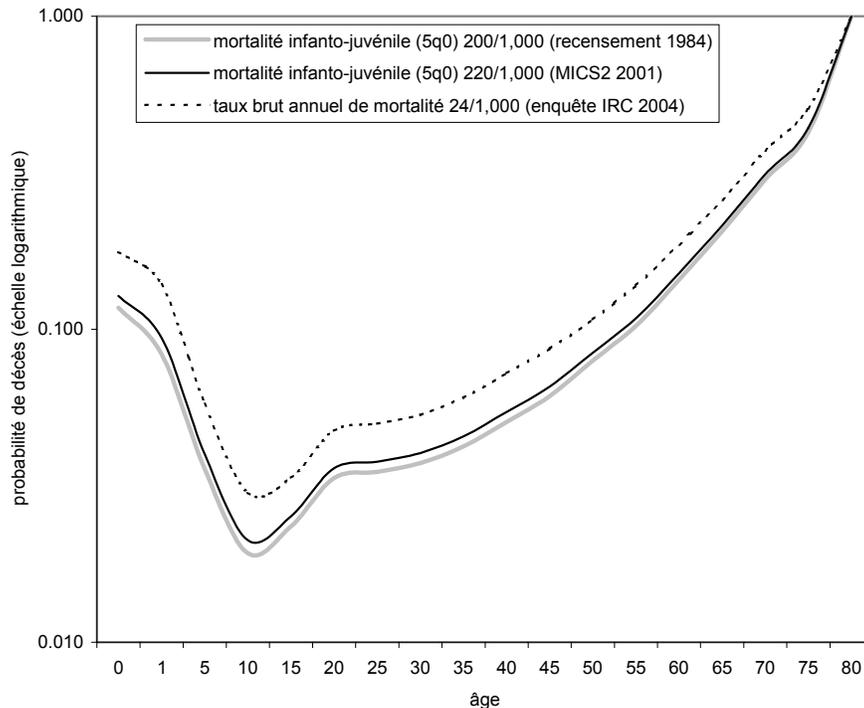
73. L'espérance de vie est basse, estimée à environ 45 ans au plus et tend à diminuer. Les estimations de l'espérance de vie sont dérivées de modèles et varient en fonction des données de base et des hypothèses. Le recensement le plus récent en RDC date de 1984 mais les démographes n'ont que cette base de données pour faire des projections, par exemple sur la taille de la population générale. Les MICS de 1995 et 2001 fournissent des informations plus récentes sur certains paramètres, notamment les répartitions de la population par âge et par sexe, la fécondité et la mortalité des enfants. Toutefois, ces enquêtes ne mesurent pas la mortalité générale, si bien que les estimations de l'espérance de vie à la naissance peuvent varier considérablement. Par exemple, le Bureau du recensement des Etats-Unis estime l'espérance de vie en RDC à 48,3 ans en 2000 quand la Banque Mondiale l'estime à 45 ans en 2004 et la Division de la Population des Nations Unis la projette à 43,8 ans sur la période 2005-2010.

74. Les estimations de la mortalité des enfants de moins de cinq ans basées sur les données du MICS2 de 2001, telles que discutées précédemment, furent obtenues par la méthode indirecte ; méthode qui utilise des tables-type de survie (représentations de la mortalité à tous les âges dans une population-type). Ces tables peuvent être utilisées pour déterminer le profil de mortalité de la population générale en fonction de la mortalité observée parmi un ou plusieurs groupes d'âge –

¹⁴ La mortalité brute observée est souvent exprimée ainsi afin de permettre des comparaisons avec le seuil d'alerte humanitaire de 1 décès pour 10 000 personnes par jour (tous les âges confondus).

les estimations de mortalité infanto-juvénile, par exemple¹⁵ (Figure 14). En utilisant cette méthode, le taux de mortalité infanto-juvénile de 220 pour 1 000 naissances vivantes, estimé à partir du MICS2 de 2001, est consistant avec une espérance de vie à la naissance de 47,6 ans.

Figure 14. Tables-type de survie modèle «Nord » correspondants aux taux de mortalité infanto-juvénile et taux brut de mortalité provenant de différentes enquêtes, RDC, 1984-2004



Estimations des auteurs utilisant US Census Bureau (2004) et données de Schneidman (1990), le MICS2 de 2001, et IRC (2004).

75. L'enquête rétrospective de mortalité conduite en 2004 par IRC fournit des chiffres de mortalité, estimés par la méthode directe, à partir du nombre de décès déclarés sur une période de rappel de 16 mois. Le taux brut de mortalité estimé au sein de la population entière était de 2,0 décès pour 1 000 par mois, donnant un niveau d'espérance de vie, avec un table-type de survie, aussi bas que 39,4 ans.¹⁶ Aussi longtemps que cette série d'enquêtes rétrospectives est considérée valide et en absence de raisons évidentes de mettre en doute leur qualité – cette estimation paraît plus vraisemblable parce qu'elle provient directement de données sur la mortalité observée au sein de la population entière. Si tel est le cas, elle indique également que le niveau de mortalité observé au sein de la population de la RDC au cours de ces dernières années est réellement catastrophique.

76. Les niveaux d'espérance de vie estimés en 1984 (47,2 ans) et en 1990 (52 ans) peuvent servir de base de comparaison et dans ce cas, même les récentes estimations les plus optimistes impliquent une perte de plusieurs décennies de progrès.

77. La hausse de la mortalité, due au conflit, n'était pas directement liée à la violence mais à la détérioration des conditions sanitaires, nutritionnelles et socio-économiques. Les données

¹⁵ Le modèle Nord des tables-type de mortalité de Coale et Demeny est utilisé

¹⁶ Tout comme les autres estimations de l'espérance de vie, ce chiffre mesure le nombre d'années que peut espérer vivre une cohorte de naissance si elle était soumise au risque de mortalité estimé sur une période donné – dans le cas présent, la période de rappel de l'enquête part de janvier 2003 à avril 2004.

Chapitre 1 : Analyse de la situation

de l'enquête rétrospective de 2004 sur les causes déclarées des décès montrent clairement que la majorité de la mortalité est due à une augmentation de la malnutrition et de la prévalence des maladies, en rapport avec les déplacements et la détérioration socio-économique dus au conflit. La mortalité spécifique par cause chez les enfants de moins de cinq ans est détaillée sur la Figure 11 ci-dessus. Chez les enfants plus âgés et chez les adultes, environ le tiers des décès est de cause inconnue ou non déclarée. Les causes de décès les plus rapportées étaient la fièvre (environ 20% du total qui incluait également la catégorie des causes inconnues/non déclarées), les diarrhées (8-12%), et la tuberculose (7-12%). Les infections respiratoires et la malnutrition ont été rapporté dans 5-10% des décès chacun tandis que la rougeole, la méningite et les accidents ont été signalé chacun dans 4-5% des cas de décès. Le VIH/SIDA a été évoqué dans environ 1,5% des cas et la mortalité maternelle dans 2,5-4,0% des décès. La violence était l'une des causes les moins évoquées quoique plus fréquente dans l'Est du pays (environ 3%) par rapport à l'Ouest (moins de 0,5%).

Chapitre 2 : Utilisation des services de santé

1. Utilisation générale des services de santé

1. Les indicateurs d'utilisation sont le reflet de la performance du système de santé mais ils dépendent d'une multiplicité de facteurs à la fois internes et externes au système de santé.

Les facteurs intervenant du côté de l'offre, notamment les orientations politiques et les programmes, l'organisation, les ressources humaines, l'approvisionnement en médicaments et la qualité des services, sont examinés dans le Chapitre 3. Ce chapitre décrit les niveaux d'utilisation des services, les tendances et les disparités en tant que reflet de la performance du système, sans ignorer que des facteurs intervenant du côté de la demande tels que le niveau d'éducation et la situation socio-économique des ménages sont tout aussi importants.

Tableau 12. Taux annuel de nouvelles consultations curatives par personne en 2001

province	taux moyen	fourchette	% de la population inclus dans les données déclarées
Bandundu	0,16	0,00-0,25	65 %
Bas-Congo	0,07	0,01-0,21	72 %
Équateur	0,40	0,04-0,78	19 %
Kasai-Occidental	0,06	0,02-0,36	87 %
Kasai-Oriental	0,09	0,03-0,62	60 %
Katanga	0,16	0,02-0,64	64 %
Kinshasa	0,15	0,05-0,45	100 %
Maniema	..	..	0 %
Nord-Kivu	0,42	0,05-1,99	100 %
Province-Orientale	..	..	0 %
Sud-Kivu	..	..	0 %
estimation globale	0,15	0,00-1,99	54 %

Source : Système national d'information sanitaire (SNIS) (2003).

2. Les indicateurs issus du système national d'information sanitaire (SNIS) montrent que l'utilisation des services est dans l'ensemble très faible aussi bien au regard des besoins que par rapport aux décennies précédentes. Le ratio nouvelles consultations pour des soins curatifs/nombre d'habitants dans l'aire d'intervention est l'indicateur le plus couramment utilisé en RDC. Souvent mesuré à l'échelle de la Zone de Santé, il varie considérablement. D'après des enquêtes réalisées à petite échelle et des rapports d'ONG, la dégradation des services de santé pendant la décennie passée a conduit à une très faible utilisation de ces services en l'absence d'aide extérieure, avec des taux de consultations pour soins curatifs de 0,10 à 0,20 par habitant. Le Tableau 12 présente les taux de 2001 sur la base des données du SNIS.¹⁷ Toujours en reconnaissant que les données proviennent de Zones de Santé qui couvrent environ 54 % de la population, le taux moyen de nouvelles consultations curatives par habitant est de 0,15, soit moins d'un contact tous les six ans. À titre de comparaison, des taux de 0,60 ont été relevés dans

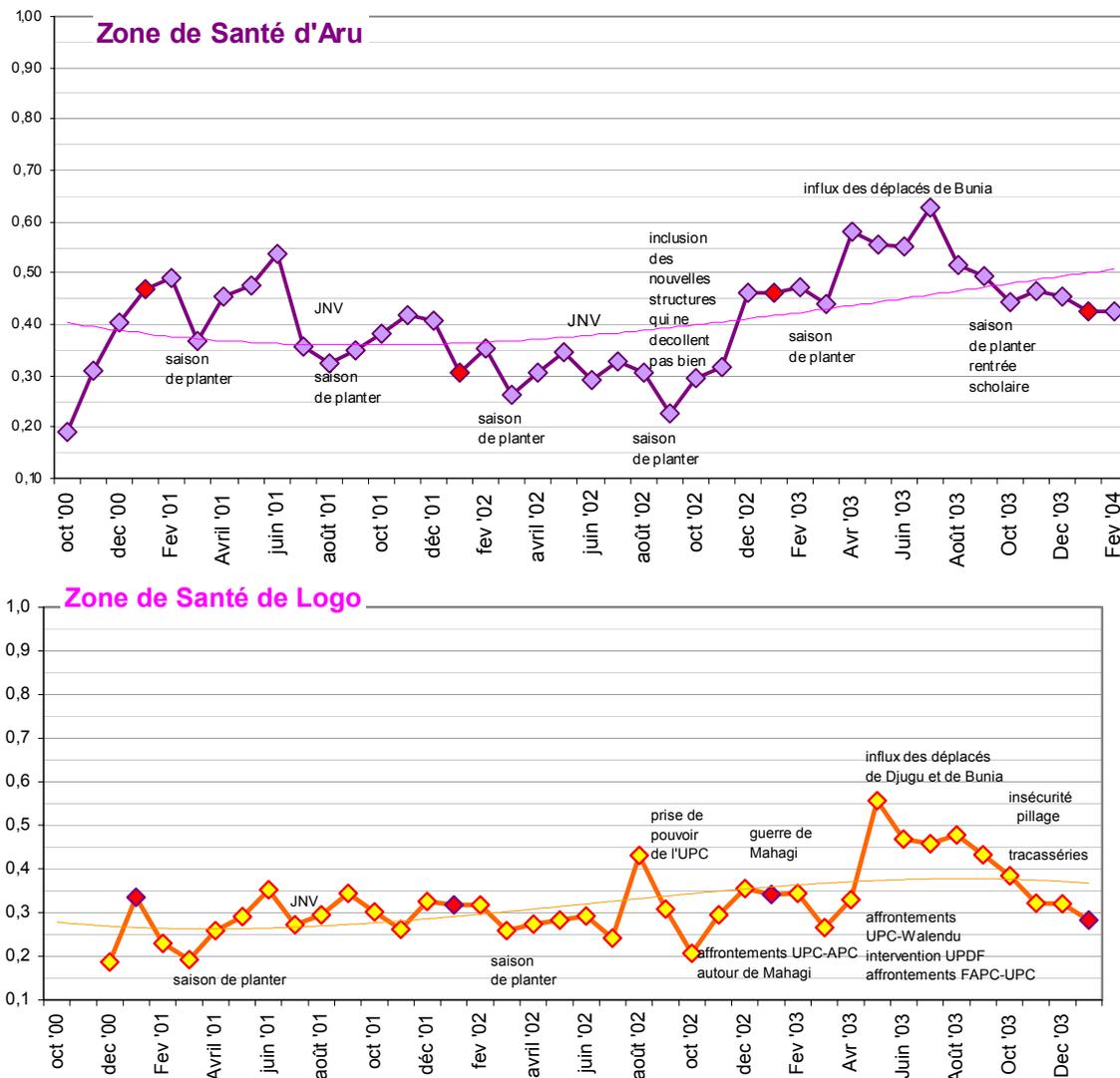
¹⁷ Les estimations ne prennent pas en compte l'utilisation des services de prestataires privés à but lucratif qui est sans doute importante à Kinshasa. Les données concernant les prestataires privés à but non lucratif (organismes confessionnels) en milieu rural ont plus de probabilité d'être captées par le système d'informations sanitaires mais cela ne ressort pas clairement de la documentation.

certaines Zones de Santé bien fonctionnelles pendant les années 80. Le taux de 0,60 est aussi un objectif assigné aux programmes humanitaires actuels.

3. L'utilisation varie considérablement et les taux élevés d'utilisation sont concentrés dans un petit nombre de formations sanitaires implantées dans une minorité de Zones de Santé.

Comme le montre le Tableau 12, exception faite de l'Équateur et du Nord-Kivu, les taux moyens de consultations pour soins curatifs sont assez semblables dans les provinces, de l'ordre de 0,06 à 0,16 par habitant. Les données sur la province de l'Équateur sont très incomplètes, ce qui porte à penser que le taux réel est probablement aussi bas que pour les autres provinces. Cependant, à l'intérieur des provinces, les taux varient beaucoup, avec de nombreuses Zones qui déclarent des taux de consultations de moins de 0,10 et quelques-unes seulement où les taux approchent de 1,00. Ceci suggère qu'en 2001 les services de santé fonctionnels étaient concentrés dans un nombre restreint de formations sanitaires situées dans une minorité de Zones de Santé.

Figure 15. Taux annuel de consultations curatives par habitant dans deux Zones de Santé de la Province-Orientale bénéficiant d'une aide de l'Union européenne, 2000-2004



Source : Maltheser, 2004.

4. L'aide extérieure fournie aux Zones de Santé peut améliorer la qualité des services et réduire les frais d'usager, ce qui devrait augmenter les taux d'utilisation. Le taux

d'utilisation de 0,42 en 2001 indiqué dans le Tableau 12 pour le Nord-Kivu, est quelque peu plus élevé que celui d'autres régions, ce qui s'explique peut-être par l'apport de l'aide extérieure à l'époque. Au niveau de la Zone et des structures de santé, il ressort des rapports des ONG que l'aide extérieure peut effectivement faire augmenter l'utilisation. Par exemple, d'après l'ONG COOPI, qui opère dans deux Zones de Santé dans le cadre d'un programme humanitaire dans la province de l'Équateur, le taux de consultation est passé de 0,18 à la mi-2000 à 0,65 à la fin de 2002. D'après l'ONG ECC/IMA, dans le cadre d'un projet appuyé par la Banque mondiale, les taux moyens d'utilisation dans un certain nombre de Zones de Santé a augmenté en un an, de 0,06 à 0,21 dans le Kasai-Occidental et de 0,10 à 0,27 dans le Katanga.

5. Le soutien extérieur n'est pas le seul facteur déterminant de l'utilisation dans la mesure où les services sont influencés par d'autres facteurs contextuels. Divers facteurs peuvent jouer et empêcher une nette amélioration de la situation. Ils vont du niveau et de la qualité de l'aide extérieure elle-même à des facteurs contextuels tels que les facteurs économiques et saisonniers, l'instabilité politique et les conflits.

6. La Figure 15 donne une illustration intéressante de certains des facteurs qui jouent sur la performance et l'utilisation du système. Les graphiques montrent l'évolution du taux annuel de consultations par habitant dans deux Zones de Santé de la Province-Orientale appuyées par l'Union européenne par l'intermédiaire de l'ONG Malteser entre 2000 et 2003. Dans les deux Zones, les taux d'utilisation de départ étaient inférieurs à 0,20. Des facteurs liés au système de santé lui-même entrent en jeu dans l'évolution de l'utilisation. À Aru, le démarrage de l'aide s'accompagne d'une augmentation de l'utilisation suivie de hauts et de bas mais dans l'ensemble, la tendance des taux est à la hausse, autour de 0,40-0,50, à la fin de 2003. À Logo, l'augmentation initiale après le démarrage de l'aide est suivie d'une stagnation et à la fin de 2003, le taux se situait autour de 0,30. Les variations à court terme sont associées à des événements ponctuels mais la tendance globale constatée à Logo s'explique par le fait que des prestataires privés à but non lucratif étaient présents et que les habitants utilisaient beaucoup leurs services. Ceci illustre un certain nombre de considérations : i) le rôle important du secteur privé à but non lucratif ; ii) la nécessité de prendre en considération les prestataires privés dans les programmes d'aide ; et iii) la précarité des statistiques de santé qui n'incluent pas de données sur les services privés. D'autres facteurs du système de santé jouent également. À Aru, l'inclusion des structures « qui ne fonctionnent pas bien » dans le programme d'aide a été évoquée pour expliquer la baisse des taux d'utilisation. Les journées nationales de vaccination le sont également, sans doute parce que le personnel de santé étaient impliqués.

7. Des facteurs saisonniers, en particulier la période des travaux champêtres, sont également associés à des baisses de l'utilisation. Les conflits et les déplacements de personnes sont aussi des facteurs importants. À Logo, l'utilisation plus faible des services est associée aux affrontements qui ont eu lieu en 2002 alors que la tendance à la baisse de cette utilisation est à mettre au compte de l'insécurité généralisée en 2003. Dans les deux Zones, l'utilisation a fait un bond en avant avec l'afflux de personnes déplacées.

8. Les données de Rutshuru (Nord-Kivu) illustrent la façon dont les facteurs contextuels peuvent affecter l'utilisation des services de santé tout en montrant que les Zones de Santé peuvent être fort résistantes en situation de crise. D'après Porignon *et al.* (1998), le taux annuel de consultations curatives par habitant est passé de 0,10 en 1985 à 0,39 en 1995 en dépit de coupes sombres dans les financements publics et les financements extérieurs au début des années 90. L'arrivée de réfugiés rwandais en 1994 a entraîné une hausse spectaculaire de la demande à laquelle la Zone de Santé a réussi pour l'essentiel à faire face, moyennant de l'aide extérieure. Les auteurs en concluent que la capacité de résistance du système de santé dans ces circonstances peut être dû à l'organisation des services au niveau des Zones avec l'intégration des services de soins primaires et des soins de première référence, de la décentralisation de la prise de décision au niveau de la Zone, du développement à long terme des ressources humaines et de l'existence d'une aide extérieure restreinte mais continue.

2. Utilisation des services hospitaliers

9. **Les taux d'hospitalisation sont très bas.** Dans la même ligne que les taux globaux d'utilisation des services, les taux d'admission dans les services hospitaliers de première référence sont très bas et s'établissent, d'après les estimations, autour de 10-15 nouvelles admissions pour 1 000 habitants. Ceci est à comparer au taux de 35 enregistrés dans le pays pendant les années 80 et au taux moyen de 45 relevés dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne pendant la même période. Le Tableau 13 présente des estimations pour 2001 provenant du système d'informations sanitaires, de l'ordre de 15 patients hospitalisés pour 1 000 habitants. Une étude de données provenant de 78 hôpitaux en 2005 a trouvé des taux similaires, avec une moyenne de 18,9 hospitalisations pour 1 000 habitants. (Révillion, 2005)

Tableau 13. Taux annuel d'hospitalisation pour 1 000 habitants et taux d'occupation des lits d'hôpitaux, 2001

province	malades hospitalisés pour 1 000 habitants	taux d'occupation des lits d'hôpitaux	% de la population inclus dans les données déclarées
Bandundu	21	49%	58%
Bas-Congo	12	10%	85%
Équateur	15	47%	29%
Kasai-Occidental	..	..	0%
Kasai-Oriental	14	60%	53%
Katanga	10	16%	56%
Kinshasa	..	..	0%
Maniema	..	..	0%
Nord-Kivu	17	38%	90%
Province-Orientale	..	..	0%
Sud-Kivu	..	..	0%
RDC	15	37%	37%

Source : Système national d'information sanitaire (SNIS) (2003).

10. **Les taux d'occupation des lits d'hôpitaux sont bas, ce qui pourrait s'expliquer aussi bien par une faible demande que par des antécédents de dysfonctionnement des infrastructures.** Le taux général d'occupation des lits hospitaliers qui ressort des données déclarées pour 2001 est de 37 % (Tableau 13). Dans les provinces où les déclarations sont relativement complètes, le taux est de 10 % pour le Bas-Congo et de 38 % pour le Nord-Kivu. L'étude des données de 78 hôpitaux en 2005 a trouvé une moyenne de 37,7%. (Révillion, 2005) Ces chiffres témoignent d'une demande faible pour les services associée à des capacités d'infrastructure qui ne sont plus en état de fonctionner après des années de dégradation.

3. Utilisation des services de santé et nutritionnels pour l'enfant

11. **Les indicateurs basés sur les données d'enquêtes auprès des ménages font ressortir une faible utilisation des services pédiatriques et nutritionnels de base.** Les indicateurs de l'utilisation des services calculés sur la base des enquêtes auprès des ménages sont exempts de certaines des déficiences dont souffrent les données provenant du système d'information sanitaire, en particulier en ce qui concerne l'exhaustivité des données et les incertitudes relatives au dénominateur. Certains des indicateurs des OMD relatifs à la santé qui sont décrits au Tableau 3 du Chapitre 1 appartiennent à cette catégorie de paramètres. Le Tableau 14 présente des estimations tirées de l'enquête MICS2 de 2001 pour des indicateurs concernant les services de santé pédiatriques.

12. La couverture pour la vaccination de routine et les autres services de santé de base à visée préventive pour les enfants est faible, surtout en milieu rural, où moins de la moitié des enfants d'un an ont été vaccinés contre la rougeole ou au BCG. Pour ce qui est de la vaccination contre la polio (au moins une dose), la couverture est meilleure, à plus de 70 % en milieu urbain aussi bien qu'en milieu rural. Ces tendances font penser que les campagnes de vaccination contre la polio remportent peut-être des succès mais qu'en milieu rural, les vaccinations de routine laissent beaucoup à désirer. Une enquête dans cinq provinces (n = 613) a montré que la couverture de la vaccination anti-rougeole était de 70,9 %. (ESP, 2003) Une petite enquête faite dans le Nord-Kivu en 2003 (n = 292) donne un taux de 53 % de sujets complètement vaccinés. Sur les 22 % non vaccinés, les raisons signalées avaient surtout trait à l'offre (manque de vaccins et de services dans les centres de santé). (Soeters, 2003) Les problèmes rencontrés sur le terrain par une ONG dans la Province-Orientale ont trait au manque de formation et de motivation du personnel (le personnel ne peut pas faire payer les vaccinations), aux problèmes dans la chaîne froide et à un approvisionnement en vaccins peu fiable (Maltheser, 2004).

13. La prise régulière de suppléments de vitamine A est peu répandue. D'après les données de l'enquête MICS2 2001, la prise de suppléments en vitamine A est peu répandue, et 11,5 % des enfants d'un an l'ont reçue pendant les six mois précédents. Cela étant, même s'ils ne sont pas administrés aussi fréquemment que cela est recommandé, ces suppléments semblent être relativement disponibles dans la mesure où 51,6 % des enfants en ont reçu à un moment ou à un autre. Dans une enquête effectuée dans cinq provinces (n = 880), le pourcentage d'enfants ayant eu à un moment ou à un autre ces suppléments est plus bas, à 22,5 % (ESP, 2003).

Tableau 14. Indicateurs d'utilisation des services de santé infantile, RDC, 2001 (%)

	milieu urbain	milieu rural	Total
soins primaires préventifs			
vaccination polio-1 (12-23 mois)	79,4	69,0	72,4
vaccination anti-rougeole (12-23 mois)	67,2	36,5	46,4
vaccination BCG (12-23 mois)	73,6	43,3	53,1
suppléments vitamine A (6-59 mois)*	13,7	10,4	11,5
moustiquaires traitées à l'insecticide (moins de 5 ans)	2,1	0,1	0,7
soins primaires curatifs			
traitement IRA par prestataire de soins de santé (moins de 5 ans)**	46,3	32,3	35,8
traitement antipaludique (moins de 5 ans)**	63,0	47,4	52,0

* pendant les six mois précédents

** enfants atteints d'infection respiratoire aiguë (IRA) ou de fièvre pendant les 2 semaines précédentes

Source: MICS2 2001.

14. Un paquet de services de pédiatrie de base et de nutrition à visée préventive semble être disponible dans une certaine mesure mais ces services sont peu utilisés régulièrement. C'est essentiellement à l'occasion des consultations préscolaires dans les structures de soins de santé primaires que ces services sont fournis, en particulier les vaccinations, l'administration de suppléments de vitamine A et le contrôle de la croissance. Dans l'enquête MICS2 de 2001, on a mesuré plusieurs indicateurs de l'utilisation de ces services. Dans les villes, d'après les données, on dispose de courbes de croissance pour 64,7 % des enfants de moins de cinq ans, contre 42,9 % dans le monde rural. La moyenne générale est de 50 %. La couverture est donc assez élevée, en particulier en milieu urbain, mais il y a lieu de penser que ces services ne sont pas utilisés fréquemment. C'est particulièrement le cas à mesure que l'enfant grandit et que les vaccins ne sont plus administrés. L'enquête montre que seulement 28,2 % des enfants de moins de cinq ans en milieu urbain et 21,9 % en milieu rural ont été pesés pendant les trois mois précédents. La moyenne générale est de 24 %.

15. La continuité dans l'utilisation des services de pédiatrie est particulièrement mauvaise.

On peut établir des indicateurs de la continuité des services à partir des données de couverture vaccinale. Trois doses de vaccin DTC sont nécessaires pour avoir une bonne protection et d'après l'enquête MICS2 2001, la couverture est de 51,2 % pour le DTC1 parmi les enfants d'un an mais seulement de 29,9 % pour le DTC3. Ceci veut dire que 41 % des enfants qui ont reçu la première dose n'ont pas continué jusqu'à la troisième dose. En milieu urbain, la proportion est de 32 % et en milieu rural de 50 %.

16. L'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide est extrêmement rare en raison du manque d'information, des problèmes de disponibilité et du coût.

L'enquête MICS2 2001 indique que seulement 0,7 % des enfants de moins de cinq ans dormaient sous des moustiquaires traitées. En fait, l'utilisation de moustiquaires (traitées ou non traitées) est faible, à 11,8 %. Ce faible taux est sans doute lié aussi bien au manque d'information qu'au coût. D'après une étude faite dans le Nord-Kivu (n = 352), seulement 39 % des personnes interrogées avaient ne serait-ce qu'entendu parler des moustiquaires, et seulement 5,6 % des ménages les utilisent. Le prix moyen d'une moustiquaire était de plus de 6 USD, et 49 % des personnes interrogées ont dit ne pas en avoir à cause du coût. (Soeters, 2003) Dans le Kasai-Oriental, une enquête (n = 470) a montré que seulement 12 % des ménages utilisent des moustiquaires. Parmi ceux qui n'en utilisent pas, 47 % avancent des raisons financières et 24 % la difficulté à s'en procurer (PSF, 2003).

17. Les données disponibles sur les connaissances et les comportements des ménages en matière de santé de l'enfant soulignent le besoin considérable d'éducation sanitaire.

Dans l'enquête MICS2 2001, on a évalué dans quelle mesure ceux qui s'occupent des enfants reconnaissent les signes indiquant qu'il faut les faire soigner : incapacité de boire ou de se nourrir au sein (21,7 %), aggravation de l'état du malade (32 %), fièvre (47,5 %), respiration haletante ou difficile (22,8 %), sang dans les selles (18,9 %), ou faible consommation de liquide (13,5 %). D'après une enquête dans cinq provinces (n = 4 658), 72 % de ceux qui s'occupent des enfants savent qu'une forte fièvre est le signe qu'il faut faire traiter l'enfant, 43 % d'entre eux font soigner l'enfant s'il semble souffrir ou s'il ne joue pas, et 29 % considèrent qu'il y a lieu de s'inquiéter si l'enfant ne mange pas ou ne boit pas (ESP, 2003). Comme le montrent ces chiffres, la connaissance des signes que la santé d'un enfant est en danger laisse fortement à désirer.

18. Seule une minorité d'enfants souffrant de fièvre bénéficie d'un traitement, avec la majorité des protocoles thérapeutiques en cours dans le pays qui s'avère inefficace. Le protocole recommandé en première intention par le Ministère de la Santé, en cas de paludisme simple, est l'association Sulfadoxine-Pyriméthamine (SP). Les données du MICS2 de 2001 révèlent que 31% des enfants souffrant de fièvre ont été conduits dans une clinique et 53% d'entre eux ont reçu un traitement.

19. Les données sur le traitement de la diarrhée à domicile montrent qu'il y a un manque de connaissances. Dans l'enquête MICS2 2001, seulement 10 % environ des personnes interrogées aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural disent avoir donné plus de liquide et continué d'alimenter un enfant atteint de diarrhée durant les deux semaines précédentes. Une enquête faite dans cinq provinces en 2003 a montré que 25,5 % des enfants atteints de diarrhée durant les deux semaines précédentes n'avaient pas reçu de traitement spécial tandis que 58,4 % avaient reçu des médicaments contre la diarrhée, des antibiotiques ou d'autres types de médicaments, pour la plupart inappropriés. Seulement 23,8 % avaient été traités avec un sachet de sel de réhydratation par voie orale (SRO) ou une solution faite à la maison. (ESP, 2003) Dans cette enquête, on a également constaté que parmi les enfants qui avaient été malades durant les deux semaines précédentes (n = 1 955), 22,2 % avaient reçu moins de lait maternel que d'habitude, 26,3 % moins de liquide que d'habitude et 52,2 % consommaient moins d'aliments solides que d'habitude (ESP, 2003).

20. Les indicateurs montrent également que la demande pour les soins curatifs de base pour les enfants est faible. D'après l'enquête de 2001, moins d'un tiers des enfants de moins de cinq ans présentant des symptômes d'infection respiratoire aiguë ont été traités par des professionnels de la santé en milieu rural et moins de la moitié en milieu urbain, la moyenne générale étant de 35,8 %. (Tableau 14) Bien que le traitement aux antipaludiques des enfants atteints de fièvre soit plus répandu en milieu urbain (deux tiers environ), le pourcentage correspondant en milieu rural est de moins de 50 % et la moyenne générale est de 52 %.

4. Utilisation des services de santé reproductive, maternelle et néonatale

21. Bien que plus élevée en milieu urbain, l'utilisation des contraceptifs modernes est encore loin du niveau souhaitable. La prévalence des contraceptifs modernes en milieu urbain est à 9 %, plus élevée que dans d'autres pays très pauvres de l'Afrique subsaharienne, mais elle n'atteint pas encore le niveau souhaitable. Elle est très faible en milieu rural, à 2,5 %. (Tableau 15) D'après une étude qualitative faite dans le Nord-Kivu et à Maniema en 2002, les services de planning familial ne sont pas fournis de façon efficace dans les structures de santé, en partie parce que les hommes ne sont pas ciblés alors que ce sont souvent eux qui ont pouvoir de décision dans la famille (Casey, 2002). Les données disponibles font penser qu'il y a une considérable demande non satisfaite ; par exemple, dans une évaluation faite par une ONG dans deux Zones de Santé de Maniema en 2002, sur 600 femmes interrogées, deux tiers étaient intéressées par l'utilisation de contraceptifs modernes mais n'avaient accès à aucun d'entre eux (Traoré et Grant, 2002). Dans une étude au Nord-Kivu en 2003, 58 % des 462 femmes de l'échantillon disaient vouloir utiliser une méthode de planning familial mais 3 % seulement utilisaient effectivement une méthode de contraception moderne (Soeters, 2003). Une petite enquête effectuée dans le Kasai-Oriental (n = 508) a montré que 58 % des femmes utilisent une méthode de contraception traditionnelle et 13 % seulement une méthode moderne (PSF, 2003). Dans une enquête faite dans cinq provinces (n = 5 519), 8,6 % des femmes utilisaient une méthode moderne et 55,5 % une méthode traditionnelle de contraception. Parmi les 45,9 % qui n'utilisaient aucune méthode, la moitié environ l'expliquait par le fait qu'elles n'en connaissaient aucune (ESP, 2003).

Tableau 15. Indicateurs de santé reproductive et maternelle, RDC, 2001 (% de femmes de 15 à 49 ans)

	milieu urbain	milieu rural	RDC
prévalence des contraceptifs modernes*	9,0	2,5	4,4
soins de santé prénatals par personnel médical**	58,9	40,6	46,1
accouchement assisté par personnel médical**	32,0	20,2	23,7

* femmes mariées ou vivant en couple

** femmes ayant accouché dans l'année précédente

Source : MICS2 2001.

22. Les soins de santé prénatals sont assez répandus en milieu urbain, mais en moyenne la moitié des femmes enceintes ne reçoivent pas de soins. L'enquête MICS2 2001 a montré que 58,9 % des femmes en milieu urbain ayant accouché l'année précédente avaient reçu des soins prénatals par une personne qualifiée. Le pourcentage est inférieur en milieu rural (40,6 %). La moyenne générale est de 46,1 %. Ces chiffres n'incluent pas les accoucheuses traditionnelles (matrones), formées ou non formées.¹⁸

23. Trois quarts des accouchements ne sont pas assistés par des professionnels médicaux. D'après les résultats de l'enquête MICS 2001, en milieu urbain 32,0% des accouchements sont assistés par des professionnels de santé, tandis que la proportion en milieu rural est 20,2%, pour une moyenne générale de 23,7%. Le Tableau 16 présente des données sur la répartition des soins

¹⁸ Les chiffres dans le rapport de l'enquête sont plus élevés parce-que cette catégorie est incluse et c'est de même pour les accouchements assistés.

d'accouchement par type de prestataire. Comme on peut le constater, la matrone traditionnelle est le type de prestataire le plus répandu en milieu urbain aussi bien qu'en milieu rural. Ces statistiques indiquent que les efforts pour former les accoucheuses traditionnelles ont eu un certain succès en DRC.

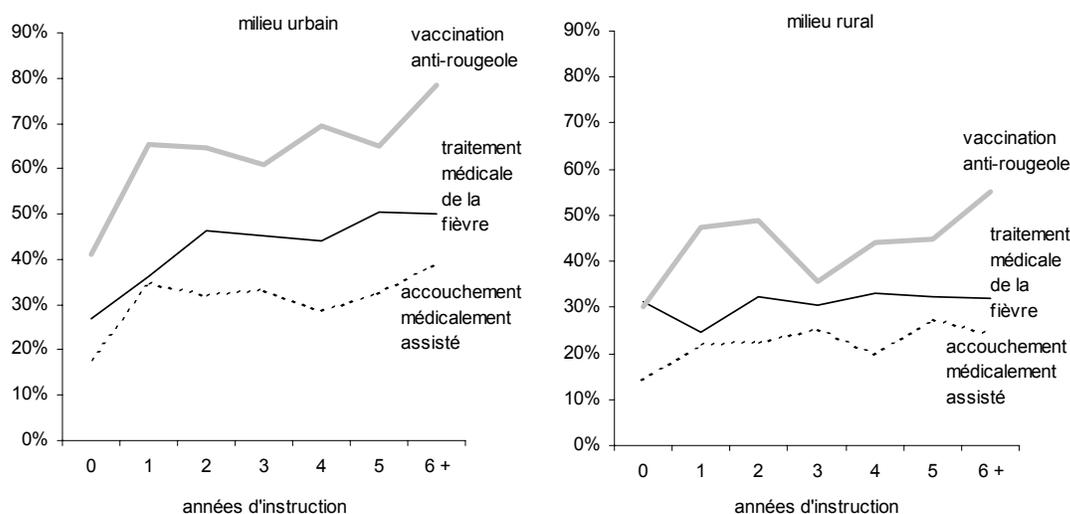
Tableau 16. Accouchements assistés (% des accouchements de l'année précédant l'enquête) en DRC, 2001

	milieu urbain	milieu rural	RDC
médecin	7,47	1,68	3,4
infirmière ou sage femme	24,54	18,54	20,3
matrone traditionnelle formée	51,15	30,93	37,0
matrone traditionnelle	6,44	27,42	21,1
parent ou amie	5,02	11,82	9,8
autre	0,75	2,31	1,8
sans aide	4,62	7,31	6,5

Source : MICS2 2001.

24. Divers facteurs contribuent sans doute à limiter l'utilisation des services d'accouchement, surtout en milieu rural, notamment les obstacles culturels ainsi que les coûts financiers et les coûts d'opportunité. Une ONG travaillant dans la Province-Orientale a par exemple observé que par rapport aux prestataires publics dont le comportement peut être moins qu'accueillant, les prestataires privés et les matrones traditionnelles sont souvent préférés des femmes qui se sentent plus à l'aise avec eux, d'autant plus qu'ils acceptent des modalités de paiement plus souples. Les femmes hésitent à quitter leur maison parce qu'il faut trouver quelqu'un pour s'occuper des autres enfants et aussi parce qu'elles pensent devoir acheter des vêtements pour elles et pour le nouveau-né si elles accouchent dans un centre de santé (Maltheser, 2004). Ces facteurs varient certainement d'une région à l'autre. Par exemple, une petite étude menée dans le Nord-Kivu montre que les femmes préfèrent accoucher en présence d'un professionnel formé plutôt que de prestataires traditionnels qui n'ont pas bonne réputation sur le plan de la qualité. Sur 148 accouchements, 81 % ont eu lieu dans un centre de santé et seulement 19 % à la maison avec une parente ou une accoucheuse traditionnelle (Soeters, 2003).

Figure 16. Indicateurs d'utilisation en fonction du niveau d'instruction de la mère, RDC, 2001



Estimations des auteurs sur la base des données de l'enquête MICS2 de 2001.

25. **D'après les informations limitées dont on dispose, les soins obstétriques d'urgence - l'un des principaux facteurs déterminants de la réduction de la mortalité maternelle - sont**

apparemment disponibles dans les hôpitaux mais leur qualité est problématique et il y a de considérables barrières financières et géographiques à l'accès. Dans une étude des données hospitalières de la Zone de Rutshuru, dans le Nord-Kivu, pour la période 1985-95, on a observé une importante et systématique différence entre le nombre de césariennes pratiquées sur les patientes vivant à moins de 5 kilomètres de l'hôpital et sur celles vivant à plus de 5 kilomètres (Porignon *et al.*, 1998). Une étude rétrospective de cohorte sur 1 162 femmes admises dans deux hôpitaux de référence en milieu rural dans le Nord-Kivu en 1995-96 a montré que les femmes vivant à 90 minutes de marche ou plus de l'hôpital avaient plus de risques de complications obstétriques et de mortalité néonatale. D'après les estimations des auteurs, au vu du nombre d'accouchements avec complications auquel on peut s'attendre dans la population de l'aire d'intervention, moins de 3 % des cas potentiels arrivent à l'hôpital. (Mugisho *et al.*, 2003)

26. Outre les problèmes d'accessibilité liés à la distance, les obstacles financiers sont souvent importants. Le coût d'une césarienne varie entre 20 USD et plus de 100 USD, dans un pays où le revenu annuel par habitant est estimé à moins de 100 USD. On dispose de récits anecdotiques sur la pratique des centres de santé qui retiennent les femmes jusqu'à ce que la famille ait payé les frais de l'intervention. Criel, Van der Stuyft et Van Lerberghe (1999) donnent des indications empiriques sur les effets de la distance et du coût en examinant la couverture d'assurance et la distance du village d'origine pour 322 femmes ayant eu une césarienne à l'hôpital de Bwamanda, dans la province de l'Équateur. Ils ont constaté que les femmes non couvertes par un régime d'assurance communautaire avaient moins de chances d'avoir une césarienne et aussi plus de chances d'être affectées par la distance.

27. Une étude dans le Nord-Kivu met en évidence d'autres types de problèmes liés aux soins maternels et au financement. Dans ce contexte, on a constaté que 7,5 % des accouchements médicalement assistés et 39 % des accouchements à l'hôpital étaient par césariennes. D'après les auteurs, ces taux qui sont élevés par rapport à d'autres régions du pays sont liés aux incitations financières données aux prestataires de soins (Soeters, 2003).

Tableau 17. Traitement des enfants présentant des symptômes de IRA en RDC, 2001 (% d'enfants de moins de cinq ans ayant présenté des symptômes de IRA durant les 2 semaines précédentes)

	milieu urbain			milieu rural		
	quintile inférieur	quintile supérieur	total	quintile inférieur	quintile supérieur	total
hôpital	7	25	15	4	3	2
structure de soins primaires	56	43	40	31	37	32
dispensaire mobile	0	13	0	0	0	0
auxiliaire de santé communautaire	0	0	0	0	0	0
dispensaire d'entreprise	0	0	0	0	0	0
médecin privé	6	0	3	3	6	6
pharmacie/vendeur de médicaments	27	0	13	6	14	13
parent/ami/autre	26	0	13	19	4	13
aucun	39	19	41	45	48	45

Estimations des auteurs sur la base des données de l'enquête MICS2 de 2001.

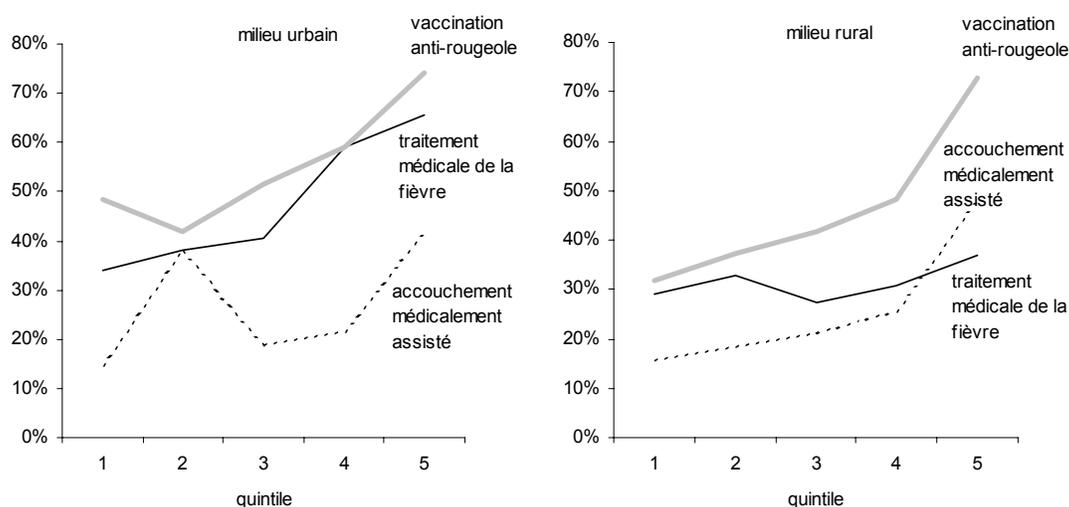
5. Utilisation des services par type de prestataire

28. Dans le cadre de l'enquête MICS2 de 2001, des données ont été recueillies sur le traitement des enfants ayant présenté des symptômes d'infection respiratoire aiguë (IRA) dans les deux semaines précédant l'enquête (n = 1 025). Le Tableau 17 présente des estimations pour les zones urbaines et les zones rurales, en comparant le quintile le plus pauvre et le quintile le plus riche. Il s'en dégage un certain nombre de tendances :

Chapitre 2 : Utilisation des services de santé

- En milieu urbain comme en milieu rural, dans plus de deux tiers des cas, les sujets n'ont pas reçu de soins ou ils ont fait appel à des vendeurs de médicaments ou à des amis/parents.
- En milieu urbain comme en milieu rural, dans plus de 40 % des cas, les sujets ne reçoivent pas de traitement. En milieu urbain, les pauvres ont beaucoup moins de chances de recevoir un traitement alors qu'en milieu rural, les inégalités socio-économiques ne sont pas aussi apparentes.
- Dans un quart des cas, l'automédication est pratiquée. Au total, les pharmacies privées et les vendeurs de médicaments, le traitement par la famille, des amis ou d'autres personnes (ce qui implique des soins non supervisés aussi bien que l'automédication) comptent pour 26 % des cas en milieu urbain aussi bien qu'en milieu rural. Dans les villes, les pauvres ont nettement plus de chances de faire appel à ces types de prestataires. Dans les zones rurales, les plus aisés ont plus de chances de faire appel aux vendeurs de médicaments et les pauvres de faire appel à la famille, aux amis ou à d'autres personnes.
- Parmi les sujets traités par un professionnel de santé qualifié, les centres de santé primaires (publics aussi bien que confessionnels) sont les formations le plus souvent utilisées, en ville (40 % des cas) comme à la campagne (32 % des cas). En milieu urbain, les pauvres ont plus de chances de fréquenter un centre de soins de santé primaires alors qu'en milieu rural, ce sont les plus aisés.
- Les agents de santé communautaires ne sont pas du tout utilisés, ce qui indique qu'ils ne sont pas disponibles pour ce type de soins curatifs.
- Les hôpitaux ont plus de probabilité d'être utilisés pour ce type de soins primaires en milieu urbain (15 % des cas), surtout parmi les habitants les plus aisés. En milieu rural, les hôpitaux sont rarement utilisés pour ce type de traitement (2% seulement des cas).
- Même en milieu urbain, peu de gens fréquentent les cabinets de médecine privée (3 % des cas en milieu urbain et 6 % en milieu rural). En milieu urbain, ce sont généralement les plus pauvres qui le font alors qu'en milieu rural, ce sont plutôt les plus aisés.

Figure 17. Indicateurs d'utilisation par quintile socioéconomique, en milieu urbain et en milieu rural, RDC, 2001



Estimations des auteurs sur la base des données de l'enquête MICS2 de 2001.

29. Ces tendances sont confirmées par des études à plus petite échelle qui conduisent par ailleurs aux observations suivantes : i) les guérisseurs traditionnels comptent pour une petite proportion des soins dispensés ; et ii) l'utilisation des pharmacies privées par opposition aux structures de soins de santé primaires semble varier en fonction de la région géographique. D'après une

enquête faite dans le Kasai-Oriental (n = 853) sur des sujets tombés malades pendant les 30 jours précédents, 50 % ont consulté un centre de santé, 17 % sont allés dans une pharmacie privée ou chez un vendeur de médicaments, 4 % environ ont consulté un guérisseur traditionnel et 17 % n'ont reçu aucun traitement. (PSF, 2003) Une étude dans cinq provinces (n = 4 050) a montré que parmi les membres des familles qui sont tombés malades pendant les 15 jours précédents, 30 % sont allés dans un centre de soins public ou confessionnel, 40 % ont pratiqué l'automédication, 9 % ont consulté des guérisseurs traditionnels et 21 % n'ont reçu aucun traitement. (ESP, 2003) De même, une étude dans le Nord-Kivu (n = 501) a montré qu'au total 33 % des sujets tombés malades sont allés dans un centre de santé public ou confessionnel, 38 % sont allés dans une pharmacie privée ou chez un vendeur de médicaments, 11 % ont consulté un prestataire de soins privé à but lucratif, 2 % ont consulté un guérisseur traditionnel et 15 % n'ont pas reçu de traitement. D'après l'étude, les pauvres ont plus de chances de ne pas recevoir de traitement et de se rendre dans un centre de soins public ou confessionnel, alors que les plus aisés ont plus de chances de faire appel à une pharmacie privée commerciale ou à un prestataire privé de soins de santé (Soeters, 2003).

6. Facteurs déterminants de l'utilisation

30. L'utilisation des services de santé peut être affectée par divers facteurs liés à l'offre et à la demande. Du côté de l'offre, différents facteurs tels que la disponibilité, la qualité et le prix des services sont examinés dans d'autres chapitres. Les facteurs liés à la demande tels que le statut socio-économique et le niveau d'éducation des ménages sont aussi importants. L'analyse économétrique peut aider à évaluer l'influence de certains de ces facteurs. En utilisant les données de l'enquête MICS2 de 2001, des modèles ont été développés sur les facteurs déterminants d'importants indicateurs d'utilisation et sont présentés au Tableau 18 et Tableau 19. (Les résultats statistiquement significatifs à $p < 0,10$ sont indiqués en gras).

Tableau 18. Modèles de régression logistique sur les facteurs déterminants de l'utilisation des services préventifs, RDC, 2001

	vaccination contre la rougeole (n=2 224)		accouchements médicalement assistés (n=2 614)	
	Odds ratio	valeur p	Odds ratio	valeur p
âge de l'enfant (mois)*	0.56	0.00	..	..
âge de l'enfant2	0.97	0.00	..	..
1 = sexe masculine	1.03	0.78	..	..
taille du ménage*	1.02	0.34	0.97	0.05
âge de la mère (ans)*	1.00	0.18	1.00	0.95
1 = la mère a fait des études	1.99	0.00	1.62	0.00
quintile socio-économique**	1.37	0.00	1.30	0.00
1 = urbain	3.13	0.00	1.47	0.12
Centre	0.38	0.00	1.00	1.00
Est	0.49	0.02	1.23	0.45
% variation associée avec la grappe	41%		34%	

* centré à la moyenne.

** les odds ratio sont associés au passage d'un quintile donné au quintile immédiatement supérieur.

La région Ouest est la région de référence.

Estimations des auteurs sur la base des données de l'enquête MICS2 de 2001.

31. **L'information directe sur l'approvisionnement des services de santé n'est pas disponible pour être incluse dans ces modèles, mais il semble qu'il soit un facteur important de l'utilisation.** La méthode statistique tient compte de la variation entre les grappes de

l'échantillon qui n'est pas expliquée par les variables incluses dans le modèle. Cette proportion est importante, entre 20 et 40 % de la variation totale selon les modèles. Ceci indique que les facteurs contextuels – par exemple, l'approvisionnement et l'accessibilité des services de santé – sont particulièrement déterminants du niveau d'utilisation.

Tableau 19. Modèles de régression logistique sur les facteurs déterminants de l'utilisation des services curatifs, RDC, 2001

	traitement médical de la fièvre (n=4 143)		traitement médical d'infection respiratoire (n=1 025)	
	Odds ratio	valeur p	Odds ratio	valeur p
âge de l'enfant (mois)*	0.99	0.00	0.99	0.06
âge de l'enfant ²	1.00	0.13	1.00	0.79
1 = sexe masculine	1.09	0.24	0.94	0.66
taille du ménage*	1.00	0.76	0.98	0.45
âge de la mère (ans)*	1.00	0.20	1.00	0.55
1 = la mère a fait des études	1.09	0.37	0.94	0.71
quintile socio-économique**	1.22	0.00	1.16	0.06
1 = urbain	1.40	0.08	1.33	0.32
Centre	0.94	0.74	0.84	0.56
Est	1.25	0.26	0.90	0.72
% variation associée avec la grappe	23%		22%	

* centré à la moyenne.

** les odds ratio sont associés au passage d'un quintile donné au quintile immédiatement supérieur. La région Ouest est la région de référence.

Estimations des auteurs sur la base des données de l'enquête MICS2 de 2001.

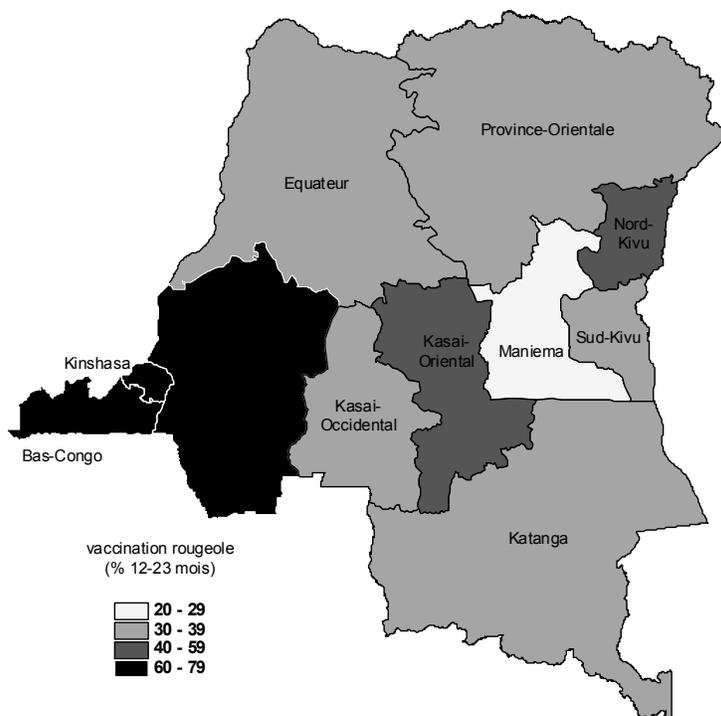
32. L'éducation améliore sensiblement l'utilisation des services de santé, surtout preventifs et surtout en milieu urbain. La Figure 16 présente les relations entre les indicateurs d'utilisation et le niveau d'instruction des mères. En milieu urbain, la vaccination anti-rougeoleuse, les soins médicaux pour les enfants fiévreux et les accouchements médicalement assistés augmentent nettement avec le niveau d'instruction de la mère. Il semble que seulement une année d'instruction peut avoir un effet important, mais que la relation entre l'utilisation et les niveaux d'instruction plus élevés n'est pas aussi forte. En milieu rural, les différences par niveau d'instruction ne sont pas aussi évidentes, bien que l'on puisse voir que l'utilisation parmi ceux qui n'ont pas d'instruction est plus basse. L'absence de différences traduit probablement la faible accessibilité aux soins pour tous les groupes socio-économiques, instruits ou non, autant dans les zones urbaines que dans les zones rurales.

33. Les modèles économétriques décrits dans le Tableau 18 et Tableau 19 montrent en plus que le niveau d'instruction des mères est important pour la vaccination et les soins à l'accouchement. Mais ses effets ne sont pas évidents en ce qui concerne les soins de santé curatifs de base pour les enfants. Une mère qui a fait des études (abstraction faite de la situation socio-économique) a environ deux fois plus de chances de faire vacciner son enfant contre la rougeole et 1,6 fois plus de chances d'avoir de l'assistance qualifiée à l'accouchement. Par contre, le fait d'être instruite ou non n'est pas un facteur statistiquement significatif en ce qui concerne les soins médicaux pour les enfants souffrant de fièvre ou d'infection respiratoire.

34. Les plus pauvres ont nettement moins de chances d'utiliser les services de santé de base. La Figure 17 montre qu'en générale, les ménages des plus hauts quintiles socio-économique ont plus de chances d'utiliser les services. Les modèles de régression du Tableau 18 et Tableau 19 confirment la validité de cette constatation une fois effectué le contrôle pour les autres

déterminants, en particulier l'éducation et la région dans laquelle vit le ménage. Les chances d'utilisation des différents services sont de 1,2 à 1,4 fois plus élevés quand on passe d'un quintile au quintile supérieur.

Figure 18. Vaccination anti-rougeole, RDC, 2001 (% d'enfants âgés de 12 à 23 mois)



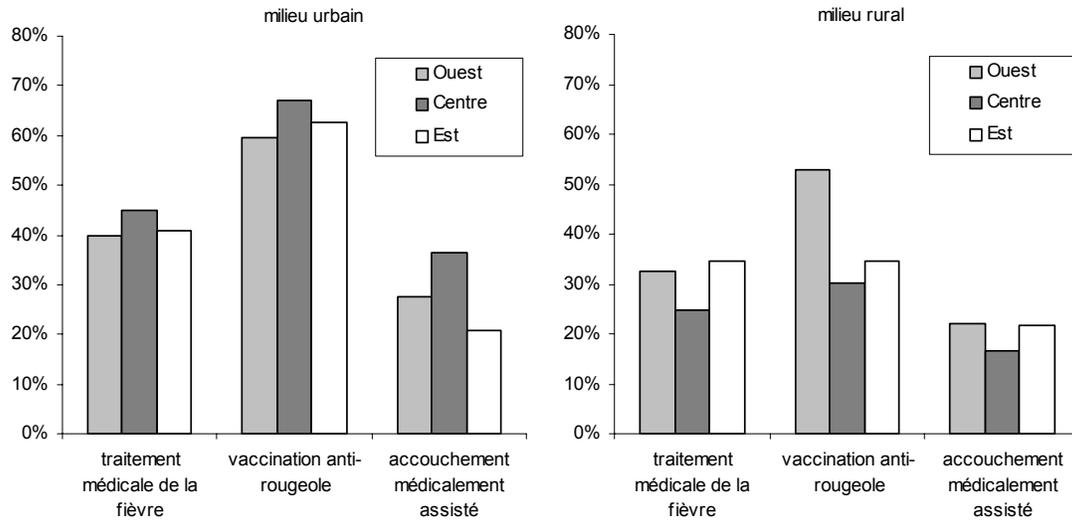
Estimations des auteurs sur la base des données de l'enquête MICS2 de 2001.

35. Les habitants des zones rurales ont moins de chances d'utiliser les services de santé, à la fois parce qu'ils sont plus pauvres et parce que les services sont moins disponibles. La Figure 17 montre qu'en moyenne, les niveaux d'utilisation sont plus bas en milieu rural qu'en milieu urbain. Par exemple, la couverture de la vaccination anti-rougeole dans le quintile le plus élevé en milieu rural est approximativement la même que dans le quintile le plus bas en milieu urbain. Les graphiques montrent également que les différences sont moins marquées en milieu rural, ce qui semble tenir au fait que l'accès aux services de santé est plus ou moins également limité pour l'ensemble de la population rurale. Les modèles présentés au Tableau 18 et Tableau 19 contrôlent pour le statut socio-économique des ménages ; de ce fait, les effets associés au lieu de résidence (urbain ou rural) peuvent être attribués à d'autres facteurs, par exemple la disponibilité des services. Par exemple, par rapport au milieu rural, les chances de vaccination anti-rougeole sont 3,13 fois plus élevées et les chances de recevoir des soins médicaux pour la fièvre sont 1,40 fois plus élevées.

36. On note des différences régionales du taux de vaccination, mais dans l'ensemble, les différences en termes d'utilisation des services de soins curatifs entre régions ne sont pas très évidentes, surtout après que les différences socio-économiques soient prises en compte. La Figure 18 donne une représentation cartographique des différences entre provinces en ce qui concerne la couverture de la vaccination contre la rougeole en 2001, et il en ressort que Kinshasa, le Bas-Congo et Bandundu ont les taux les plus élevés et Maniema le taux le plus bas. Par contre, la Figure 19 montre qu'au niveau des régions, les différences en termes d'utilisation des services curatifs ne sont pas si évidentes, surtout pour le traitement de la fièvre et l'assistance à l'accouchement. Ceci est confirmé par les modèles présentés au Tableau 18 et Tableau 19, qui

tiennent compte du niveau socio-économique des ménages. Un effet significatif associé à la région n'est évident que pour la vaccination anti-rougeole.

Figure 19. Différences régionales de l'utilisation des services de santé, RDC, 2001



Estimations des auteurs sur la base des données de l'enquête MICS2 de 2001.

37. Ceci est contradictoire avec les différences régionales en mortalité et malnutrition discutées au Chapitre 1. Cette contradiction s'explique peut être par l'importance d'autres facteurs contextuels agissant sur la santé – la situation économique et sécuritaire surtout. Aussi, il semblerait que la dégradation du système de santé se soit poursuivie partout dans le pays et pas seulement dans les régions touchées directement par la guerre.

7. Tendances

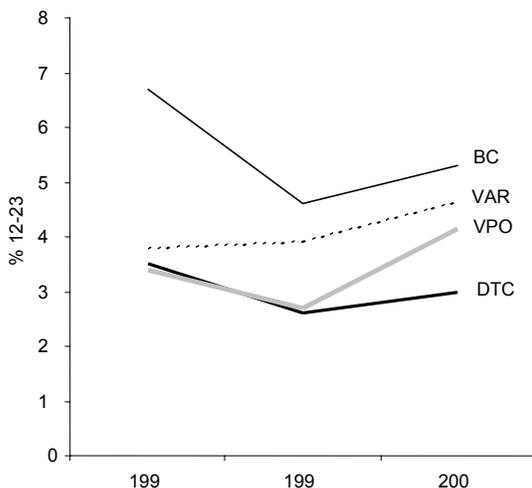
38. **Dans l'ensemble, l'utilisation des services curatifs de base a diminué dans les années 90 alors que la couverture des interventions préventives est restée plus stable.** Comme il est indiqué par ailleurs, le système de santé congolais est mis à mal depuis des années. Cela étant, il semble aussi avoir fait montre d'une étonnante capacité de résistance dans nombre de cas. Les données sur l'utilisation peuvent fournir des indications sur les tendances générales ; d'après les données limitées qui sont disponibles, il semble que la couverture des interventions préventives s'est maintenue tandis que l'utilisation des soins curatifs a diminué durant les dernières années.

39. **Bien que la couverture des consultations prénatales semble être restée relativement stable, le taux d'accouchements assistés par du personnel médical a baissé pendant les dernières années.** Si l'on compare les estimations de l'enquête MICS2 de 2001 avec un enquête par le Ministère de la Santé en 1998, on constate que la couverture des consultations prénatales est restée stable, mais celle des accouchements assistés par du personnel qualifié a baissé ces dernières années, aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural.

40. **La couverture vaccinale semble commencer à remonter après la baisse enregistrée pendant les années 90, avec l'amélioration concentrée au milieu rural.** La Figure 20 montre les tendances de la couverture vaccinale entre 1991, 1995 et 2001. On voit que la couverture a baissé pendant la première partie de la décennie mais semble s'être un peu améliorée entre 1995 et 2001, en dépit de l'insécurité et du conflit. Ces tendances reflètent la réduction de l'aide internationale au programme national au début des années 90 et la reprise de cette aide (souvent dans le cadre de programmes humanitaires) plus tard dans la décennie. Cet accroissement peut

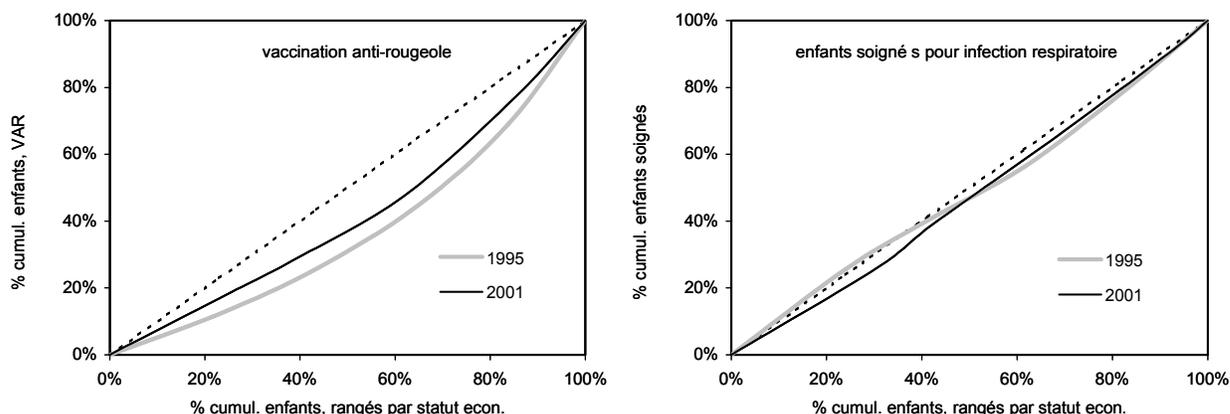
être attribué à une amélioration en milieu rural, où le taux de vaccination anti-rougeole a augmenté de 28 à 37 % entre 1995 et 2001, tandis qu'en milieu rural le taux a diminué légèrement de 72 à 67 %. Le Tableau 20 montre que l'amélioration des taux de vaccination s'est concentrée dans les régions Centre et Est du pays, tandis que les taux ne sont pas changés dans les Provinces de l'ouest du pays. Ces tendances régionales peuvent probablement être attribuées aux campagnes de vaccination menées par les programmes humanitaires.

Figure 20. Tendances de la couverture vaccinale, RDC (% des enfants âgés de 12 à 23 mois)



Source : Enquête nationale de couverture vaccinale de 1991, MICS1 de 1995 et MICS2 de 2001.

Figure 21. Courbes de concentration, vaccination anti-rougeole et traitement pour infection respiratoire, RDC, 1995-2001



Le traitement pour infection respiratoire inclut toute source « moderne », y inclus les vendeurs de médicaments. Estimations des auteurs sur la base des données de l'enquête MICS1 de 1995 et de l'enquête MICS2 de 2001.

41. L'utilisation des services curatifs de base pour enfants semble avoir baissé à la fin des années 90 partout dans le pays. Le Tableau 20 compare les données de 1995 et 2001 sur le traitement des enfants avec infection respiratoire. Contrairement aux estimations présentées antérieurement, ces chiffres se réfèrent à tout traitement « moderne », y compris des vendeurs de médicaments. Les données suggèrent que l'accès aux soins curatifs de base a diminué partout dans le pays.

42. Les différences socio-économiques en termes de couverture vaccinale ont diminué à la fin des années 90, mais cette tendance est moins évidente par rapport aux services curatifs de base. Comme discuté plus haut, les données de 2001 montrent clairement que les plus pauvres

Chapitre 2 : Utilisation des services de santé

ont moins de chance d'avoir accès aux services préventifs et curatifs. En faisant la comparaison avec 1995, les inégalités socio-économiques restent évidentes, mais ont diminué avec le temps. Dans la Figure 21, la courbe de concentration en 2001 est plus près à la diagonale que celle de 1995, ce qui montre une amélioration dans la distribution socio-économique de l'accès à la vaccination. Les tendances sont moins évidentes par rapport au traitement des infections respiratoires.

Tableau 20. Tendances de l'utilisation des services de santé, RDC, 1995-2001 (%)

	vaccination anti-rougeole (enfants 12-23 mois)		traitement des infections respiratoires (enfants < 5 ans)*	
	1995	2001	1995	2001
Ouest	55,6	54,2	57,6	49,6
Centre	23,7	50,5	51,6	41,8
Est	26,1	39,1	59,6	52,2
moyenne	32,0	48,0	55,4	47,9

* Y compris par les vendeurs de médicaments

Tableau 21. Modèle de régression logistique de données regroupées sur les facteurs déterminants de la vaccination contre la rougeole et du traitement pour infection respiratoire, RDC, 1995 et 2001

	vaccination anti-rougeole (12-23 mois) (n = 3 266)		a reçu traitement pour infection respiratoire (< 5 ans) (n = 875)	
	Odds ratio	valeur p	Odds ratio	valeur p
Temps: 0 = 1995, 1 = 2001	2.17	0.11	1.39	0.48
âge (mois)*	0.67	0.00	0.99	0.02
âge2	0.97	0.00	1.00	0.66
1 = sexe masculin	1.04	0.66	0.92	0.44
taille du ménage*	0.99	0.60	0.99	0.36
âge de la mère (ans)*	0.99	0.20	1.00	0.89
1 = la mère a reçu d'instruction	1.96	0.00	1.76	0.01
interaction de l'instruction de la mère avec le Temps	1.03	0.92	0.53	0.02
1 = urbain	1.46	0.00	1.16	0.12
Interaction du domicile urbain avec le Temps	0.87	0.22	0.97	0.80
quintile socioéconomique**	3.82	0.00	1.54	0.17
Interaction du quintile avec le temps	0.57	0.16	0.68	0.35
Centre	0.33	0.00	0.78	0.45
interaction du Temps avec Centre	1.03	0.94	0.92	0.86
Est	0.47	0.05	0.82	0.59
interaction du Temps avec Est	0.71	0.49	1.26	0.63
% de variation associée à la grappe	36%		20%	

* centré à la moyenne.

** les odds ratio sont associés au passage d'un quintile donné au quintile immédiatement supérieur.

La région Ouest est la région de référence.

Estimations des auteurs sur la base des données de l'enquête MICS1 de 1995 et de l'enquête MICS2 de 2001.

43. Le Tableau 21 présente les résultats d'une analyse sur l'évolution des facteurs déterminants de la vaccination anti-rougeole et du traitement des infections respiratoires entre 1995 et 2001.

Cette analyse a été faite au moyen de modèles de régression logistique de données regroupées du MICS1 de 1995 et du MICS2 de 2001. Les résultats semblent cohérents avec les courbes de la Figure 21. Selon le modèle, les chances d'être vacciné contre la rougeole sont sensiblement meilleures parmi les quintiles socioéconomiques plus hauts en 1995, mais cet effet semble diminuer en 2001 (bien que le terme d'interaction ne soit statistiquement pas significatif). Par rapport au traitement des infections respiratoires, en 1995 un statut socio-économique plus haut semble être associé à une utilisation accrue (même si l'effet n'est pas entièrement significatif statistiquement), et il n'y a pas de changement apparent en 2001.

44. L'influence de l'instruction de la mère sur l'utilisation des services semble diminuer avec le temps. Le modèle présenté au Tableau 21 montre qu'en 1995 une mère instruite avait beaucoup plus de chance d'obtenir des soins pour son enfant souffrant d'infection respiratoire (odds ratio de 1.76). Par contre le terme d'interaction (avec la variable « Temps ») montre que cet effet protecteur s'est diminué sensiblement en 2001. Ceci indique que le conflit aura diminué les avantages de l'éducation – peut-être en réduisant l'accessibilité des services à tout le monde.

Chapitre 3 : Système de santé

1. Organisation du système de santé

1. **Dans le cadre des réformes du secteur de la santé dans les années 80, la RDC fut parmi les premiers pays à mettre l'accent sur les soins de santé primaire, l'intégration du système de référence et la décentralisation.** L'adoption d'une nouvelle politique sanitaire en 1981, dont la stratégie principale était les soins de santé primaires, a été le point de départ d'une profonde restructuration du secteur de la santé, principalement marquée par l'apparition des premières entités décentralisées : les Zones de Santé. Le concept de soins de santé primaires en RDC est, en fait, antérieur à la déclaration d'Alma Ata. En effet en 1975, le colloque national sur les soins de santé communautaires, supervisé par le Ministère de la Santé et réunissant les responsables médicaux nationaux et régionaux des églises, adoptait les principes de soins intégrés et proposait l'établissement de zones sanitaires géographiquement définies ainsi qu'une gestion décentralisée des services de santé. En 1986, le territoire fut subdivisé en 306 zones de santé décentralisées qui servent d'unités opérationnelles à la mise en œuvre des soins de santé primaires. En 2001, la RDC promulgue une nouvelle politique de santé qui définit un nouveau découpage des Zones de Santé en augmentant leur nombre à 515 et en alignant leurs limites sur les limites administratives.

Encadré 2. Estimer l'impact de la disponibilité des services de santé sur les résultats de santé

Les effets bénéfiques de la disponibilité des services de santé sur les résultats de santé ont été observés de manière quantitative en RDC. Il est difficile de mesurer empiriquement l'incidence des services de santé sur l'état de santé d'une population parce que divers autres facteurs entrent en ligne de compte. Par exemple, un statut socio-économique élevé a toutes les chances d'être lié à la fois à de meilleurs résultats de santé qu'à une plus grande utilisation des services de santé. Isoler les effets individuels de tous ces facteurs imbriqués n'est pas tâche facile mais l'on peut tenter de le faire au moyen d'un modèle de régression.

Les modèles des déterminants de la mortalité des enfants indiquent que la disponibilité des services de santé a effectivement un effet bénéfique. Une étude prospective de cohorte réalisée sur une période de 30 mois sur 776 enfants au début des années 90 à Bwamanda (Équateur), en contrôlant pour un ensemble d'autres facteurs, a montré que la probabilité de décès était plus grande parmi les familles vivant à plus de 5 kilomètres d'une structure de santé (Van den Broeck, Eeckels et Massa, 1996).

Les modèles indiquent que l'effet protecteur de la disponibilité des services de santé sur la mortalité des enfants s'est accru durant la guerre. L'analyse de régression multiple conduite sur les données provenant de l'enquête MICS2 de 2001 vise à estimer la relation entre un indicateur de la disponibilité services de santé (la proportion d'enfants issus d'une même grappe qui ont reçu une vaccination BCG) et le nombre d'enfants décédés selon les déclarations des mères. Le modèle contrôle pour d'autres déterminants possibles, en particulier l'instruction des mères, le statut socio-économique du ménage et les différences géographiques. (Voir le Tableau 8 au Chapitre 1). Il ressort du modèle qu'il existe bien une association entre l'indicateur de disponibilité de services de santé et un risque plus faible de mortalité des enfants, sur le long terme en particulier. Un modèle des données regroupées des enquêtes MICS1 de 1995 et MICS2 de 2001 suggère que pour les naissances plus récentes, c'est à dire durant la période de crise à la fin des années 90, dans les régions plus affectées par la guerre au Centre et l'Est du pays, l'effet protecteur de la disponibilité des services de santé semble avoir accru avec le temps, tandis que l'effet n'est pas évident dans l'Ouest (Voir le Tableau 9 au Chapitre 1).

En revanche, les modèles des déterminants de la morbidité et de la malnutrition parmi les enfants de moins de cinq ans ne montrent pas en général (sauf pour la fièvre) que l'indicateur de disponibilité des services de santé a des effets protecteurs significatifs. (Voir le Tableau 10 et le Tableau 11 au Chapitre 1). Les résultats de ces modèles concordent avec la thèse suivant laquelle la morbidité et la malnutrition dépendent dans une grande mesure de facteurs économiques, géographiques et saisonniers, tandis qu'une fois atteint par la maladie, le risque de la mortalité peut être réduit par la disponibilité des services de soins de santé.

2. L'offre de soins est décentralisée mais le Ministère de la Santé possède également une structure hiérarchique claire depuis le niveau central jusqu'au niveau périphérique. Les Zones de Santé bénéficient d'une autonomie considérable au plan opérationnel mais nous sommes loin d'un système fédéré car elles font partie d'une organisation très hiérarchisée relevant du Ministère de la Santé. Les niveaux intermédiaires (District et Province) ont un pouvoir administratif considérable sur les Zones de Santé, notamment pour les questions de personnel. Le niveau central du Ministère de la Santé définit principalement les normes et les orientations politiques mais détient aussi un pouvoir administratif considérable en termes de supervision et de gestion des questions relatives au personnel. Cependant, devant la faible participation du Gouvernement aux dépenses du secteur, les pouvoirs des niveaux centraux et intermédiaires restent limités en pratique, avec une autonomie fonctionnelle des Zones de Santé et des hôpitaux ruraux relativement importante. Le Gouvernement a montré son intention d'évoluer vers une décentralisation financière, en rendant les provinces directement responsables des services sociaux et en leur allouant un budget global à cet effet. Néanmoins, certaines responsabilités liées au personnel, en particulier les salaires, seraient maintenues au niveau central.

3. Le niveau central du Ministère de la Santé est responsable de la politique générale du secteur et de la régulation du système ainsi que des programmes nationaux et des hôpitaux. Le niveau national comprend le Ministère de la Santé et son cabinet assurant l'autorité politique, le Secrétariat Général de la Santé exerçant l'autorité administrative, les treize directions centrales parmi lesquelles on compte la 4^e Direction chargée des grandes endémies et des mesures préventives et la 5^e Direction chargée des soins de santé primaires, et enfin les programmes spécialisés (au nombre de 52) chargés de la lutte contre certaines maladies spécifiques dont le paludisme, le VIH/SIDA, la tuberculose etc. Il s'agit du niveau de conception, de coordination et d'encadrement de la politique sanitaire ainsi que des actions d'envergure nationale. A ce niveau hiérarchique se trouvent les cliniques universitaires chargées de la formation du personnel, les hôpitaux nationaux, les hôpitaux spécialisés, les laboratoires nationaux, et la centrale d'achat des médicaments essentiels.

4. Les Districts et les Provinces sont responsables de l'appui technique et de la supervision des Zones de Santé. Le niveau intermédiaire est représenté par la Direction provinciale de la santé et ses divisions qui ont un rôle d'encadrement et d'appui technique aux Zones de Santé. Toutes les directions du Ministère de la Santé y sont représentées ainsi que les coordinations des différents programmes spécialisés. Pour des raisons d'accessibilité, la majorité des Provinces sont subdivisées en Districts de Santé qui devraient servir d'interface entre la direction provinciale et la Zone de Santé, mais ils sont encore peu opérationnels. On dénombre, en 2005, 65 Inspections de District de Santé et 11 Inspections Provinciales de Santé. A cela s'ajoutent 11 hôpitaux dits de « *niveau provincial* » qui sont sous la responsabilité des Directions provinciales. Chaque direction provinciale est dirigée par un Médecin inspecteur provincial.

5. La Zone de Santé est l'unité opérationnelle qui intègre les services de soins de santé primaire et les services de première référence. Une Zone de Santé couvre une population moyenne de 110 000 habitants et est composée d'un Bureau Central de la Zone de Santé, d'un ensemble de postes et de centres de santé qui ont pour mission d'offrir à la population le Paquet Minimum d'Activités défini par le ministère de la santé, d'un Hôpital Général de Référence (HGR) qui offre un Paquet Complémentaire d'Activités et d'un Centre de Santé de Référence (CSR), en fonction de l'importance démographique. Chaque Centre de Santé (CS) couvre en moyenne 5 000 à 10 000 habitants. La Zone de Santé est dirigée par le Médecin Chef de Zone, l'Hôpital Général de Référence par le Médecin Directeur (qui est souvent aussi le Médecin Chef de Zone) et le Centre de Santé par l'Infirmier titulaire.

2. Réseau des services de soins de santé

6. **On détient peu d'informations à jour sur l'offre de soins dans le pays, mais elle est globalement jugée insuffisante pour couvrir les besoins de la population.** L'accessibilité géographique constitue un obstacle majeur à la fréquentation des formations sanitaires, surtout dans les zones rurales et à la périphérie des grandes villes. L'augmentation en 2001 du nombre de Zones de Santé offre un cadre administratif pour l'extension du réseau des services de santé. Par exemple, chaque Zone de Santé est appelée à posséder un hôpital général de référence, ce qui implique qu'il manquerait une soixantaine d'hôpitaux dans le pays (Révillion, 2005). Cependant, une telle expansion nécessitera d'importants investissements sur le long terme. Le Tableau 23 présente, pour chaque province, le nombre moyen d'habitants par Zone de Santé.

Tableau 22. Nombre d'habitants par formation sanitaire, RDC, 1998

	milieu urbain		milieu rural	
	norme	habitants par formation	norme	habitants par formation
Hôpital Général de Référence	150 000	293 598	100 000	163 794
Centre de Santé de Référence	20 000	100 924	15 000	62 676
Centre de Santé	10 000	18 144	5 000	9 165

Source : Ministère de la Santé (1999a)

7. Les informations sur le nombre de formations sanitaires fonctionnelles ne sont pas à jour. Le Tableau 22 présente les ratios du nombre d'habitants par formation sanitaire en 1998 – avant la guerre. Les ratios sont non seulement bien plus élevés que dans les autres pays d'Afrique subsaharienne mais ils se sont détériorés depuis 1998 avec la destruction et pillage des infrastructures pendant la guerre et la dégradation du réseau de soins.

Tableau 23. Nombre de Zones de Santé et population par Zone, RDC, 1986 et 2004

Province	nombre de Zones de Santé en 1986	nombre de Zones de Santé en 2004	population par Zone 2004
Kinshasa	22	35	140 038
Bas-Congo	27	31	80 982
Bandundu	38	52	144 515
Equateur	33	69	109 150
Kasaï Oriental	27	49	168 875
Kasaï Occidental	31	43	142 223
Katanga	40	67	128 692
Province Orientale	47	83	98 052
Nord-Kivu	19	34	142 020
Sud-Kivu	14	34	133 226
Maniema	8	18	95 295
Total	306	515	111 006

Source : Ministère de la Santé

3. Secteur privé

8. **La RDC bénéficie d'une véritable culture de partenariat public-privé dans la gestion des établissements sanitaires et dans la fourniture des soins, avec un secteur privé sans but**

lucratif très important. Le réseau hospitalier et des centres de santé est formé des établissements appartenant à l'État, aux confessions religieuses, aux entreprises, et aux privés. On dénombre un certain nombre d'organisations confessionnelles et d'ONG, suffisamment implantées, avec un ensemble de centres de santé et d'hôpitaux qui interviennent à tous les échelons de la pyramide de soins. Dans beaucoup de cas, les formations sanitaires des ONG et associations confessionnelles sont bien intégrées aux structures des Zones de Santé et jouent souvent le rôle d'hôpital général de référence. Ce secteur contribuerait à hauteur de 50% à la fourniture de l'ensemble des soins ambulatoires et hospitaliers. Le réseau des formations sanitaires des secteurs confessionnel et associatif couvre autant les villes que les zones rurales mais l'action de ces organisations ne s'étend pas à toutes les Zones de Santé du pays. Devant l'absence de financement suffisant provenant du Gouvernement pour les établissements de santé publics, les ONG se sont bâties une bonne réputation en termes de soins de meilleure qualité.

Encadré 3 : L'hôpital en RDC

L'hôpital a toujours constitué un élément essentiel du dispositif de soins en RDC. Historiquement, le découpage des Zones de Santé s'est effectué autour des hôpitaux – en majorité gérés par des missionnaires – présents sur le territoire national. Si l'État congolais possède, aujourd'hui, la plupart des formations hospitalières du pays, la gestion d'un grand nombre d'entre elles est toujours assurée par des organisations confessionnelles à travers des arrangements contractuels. L'hôpital général de référence (HGR) peut être considéré comme la clé de voûte du système intégré des Zones de Santé, fournissant des services de référence et un appui technique et gestionnaire au réseau de centres et postes de santé. Toutefois, l'appui extérieur actuel au secteur ne comporte globalement pas d'investissements et de soutiens conséquents à ces structures. Les projets réhabilitent et équipent partiellement certains services (maternité, laboratoire etc.) apportent un appui pour la formation et les médicaments et assurent la sécurité transfusionnelle lorsque celle-ci n'est pas prise en charge par un programme vertical. Avec la multiplication des Zones de Santé et l'objectif du Gouvernement de doter chaque Zone d'un hôpital général de référence, les besoins d'investissement sont considérables, estimés à environ 90 millions USD pour tout le secteur. Non seulement les HGR requièrent souvent une réhabilitation importante et un équipement complet pour pouvoir prétendre à des soins de qualité mais ils nécessitent aussi un financement important pour les rendre accessibles aux populations

En effet, les coûts d'hospitalisation sont inaccessibles pour la majorité de la population. Par exemple, une césarienne coûterait en moyenne 100 USD. Outre l'accessibilité financière, l'accessibilité géographique est réellement problématique. En raison du délabrement des voies de communication, le seul moyen d'accéder à l'hôpital est le plus souvent la marche ou le vélo. Certains centres de santé sont situés à plus de 100 km de l'hôpital et sont accessibles uniquement en moto. Il est impossible alors d'évacuer un patient en état d'urgence d'autant plus que les centres n'ont pas de moyen de communication (téléphone ou phonie) avec l'hôpital et que ce dernier ne dispose généralement pas d'ambulance pour transporter les malades. (Révillion, 2005)

Les hôpitaux provinciaux font partie intégrante de la stratégie du Gouvernement dans le secteur de la santé mais jusqu'aujourd'hui, cela ne s'est pas encore traduit en action sur le plan opérationnel bien que certains grands établissements en milieu urbain portent officiellement le nom d'hôpital provincial (par exemple *Mama Yemo* à Kinshasa). Devant l'absence permanente de financements et d'investissements significatifs provenant du Gouvernement, ces institutions bénéficient d'une large autonomie avec une faible intégration aux structures des niveaux inférieurs.

9. D'un point de vue légal, la Direction des hôpitaux du Ministère de la Santé est responsable des structures de niveau secondaire et tertiaire (national et provincial) mais son action demeure limitée en raison de l'autonomie de gestion quasi-complète de ces établissements. La 5^{ème} direction (soins de santé primaire) a, quant à elle, la charge des structures de première référence dans le cadre des Zones de Santé. Les charges salariales sont généralement financées par le Ministère de la Santé et les primes par les recettes issues du paiement des usagers. **Le secteur privé à but lucratif s'est considérablement développé dans les villes mais reste globalement encore très petit.** Depuis la fin des années 80, le secteur privé s'est fortement développé, principalement dans la capitale Kinshasa et les autres centres

urbains. D'abord constitué d'établissements prodiguant des soins infirmiers, il s'est rapidement étendu aux soins à caractère médical. Il intervient également à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et comprend des postes de santé, des centres de santé, des maternités, des hôpitaux spécialisés avec des plateaux techniques plus ou moins sophistiqués et différenciés, des laboratoires d'analyses médicales et des centres d'imagerie diagnostique. Le nombre de ces formations sanitaires et leurs capacités d'accueil sont méconnus, mais ce secteur demeure relativement encore très petit.

10. Du point de vue de leur répartition sur le territoire national, ces formations sanitaires privées sont concentrées pour la majorité à Kinshasa mais on les retrouve quelque peu dans les autres grandes villes. Elles s'établissent essentiellement là où la population a les moyens de s'offrir leurs services. Si les dispensaires et les postes de santé se rencontrent quelque peu dans les zones rurales, il n'en est pas de même pour les cliniques médicales qui s'orientent préférentiellement vers des services spécialisés, plus rentables, plus coûteux et hors de portée des populations rurales. Les tarifs pratiqués sont généralement supérieurs à ceux des établissements publics ou du privé à but non lucratif mais l'on ne dispose pas de plus d'informations sur ce sujet ni sur la qualité des services qu'ils offrent.

11. Il a été rapporté l'existence de guérisseurs informels et de marchands de médicaments, fournissant des soins de qualité douteuse mais peu d'informations sont disponibles à ce sujet. En plus des guérisseurs traditionnels, il existe une variété de prestataires informels, non qualifiés de services de santé dans plusieurs régions. Les marchands de médicaments sont particulièrement actifs dans la mesure où leurs médicaments et leurs conseils coûtent généralement moins chers que les soins offerts dans les établissements formels publics ou privés. La qualité de ces services est très douteuse mais il existe peu d'information à ce sujet.

4. Services et qualité

12. Des normes existent, en RDC, qui définissent clairement le contenu du Paquet Minimum d'Activités (PMA) à dispenser au niveau des centres et des postes de santé ainsi que du Paquet Complémentaire d'Activités (PCA) fournit par les hôpitaux aux niveaux supérieurs. Cependant, peu de formations sanitaires dispensent effectivement tous les services inclus dans les normes. Les services contenus dans le PMA, offert au niveau des centres de santé et des postes de santé, se répartissent en activités de santé promotionnelle, préventive et curative. Ils couvrent essentiellement les soins préventifs néonataux et maternels (vaccination antitétanique, administration de fer et d'acide folique etc.), les soins préventifs pédiatriques (vaccination contre les maladies cibles du PEV, supplémentation en vitamine A, promotion de l'allaitement maternel etc.) et la gestion des maladies maternelles, néonatales et de l'enfance (principalement les maladies cibles des programmes spécialisés du Ministère de la Santé). En plus de ces services, le dépistage et la prise en charge de certaines maladies transmissibles ou chroniques, dont la VIH/SIDA, la tuberculose, la lèpre, les hypertensions artérielles, sont également inclus dans le PMA. Les HGR, dans leur fonction d'appui aux centres et postes de santé, sont chargés de fournir les services inclus dans le PCA et doivent offrir au moins des soins de pédiatrie, de médecine interne, de gynécologie et d'obstétrique, de chirurgie générale et posséder des services d'analyses médicales, d'imagerie diagnostique et une banque de sang. En plus d'un ensemble de services préventifs, ils assurent surtout la prise en charge des cas référés par les structures de niveau inférieur.

13. Dans le contexte de la RDC, il est difficile d'apprécier l'étendue des services réellement offerts dans les différentes formations sanitaires. Néanmoins, des études conduites dans certains districts ou provinces donnent une idée de la situation. Du fait de l'insuffisance chronique de ressources financières, matérielles et humaines, les informations disponibles suggèrent qu'une

proportion importante des centres et des postes de santé n'offrent pas la totalité des services inclus dans le PMA. Une enquête conduite auprès de 56 postes de santé sélectionnés sur l'ensemble du territoire (ONG et état) révèlent que 32% ne fournissent pas de soins pédiatriques, 50% n'offre pas de services d'obstétrique et 91% ne sont pas préparés à prendre en charge ou conseiller les patients VIH/SIDA. (BERCI, 2004) L'analyse de l'utilisation des services de santé et le recours plus fréquent de la population aux centres de santé suggère que ces derniers sont beaucoup mieux équipés que les postes de santé. Cependant, certaines activités dont les stratégies mobiles ne sont pas toujours mises en œuvre en raison du manque de moyens matériels et d'intrants.

14. Les services de planning familial ne sont pas non plus souvent disponibles dans les structures de santé bien qu'ils fassent partie du PMA. Sur les 191 personnes interrogées dans une enquête dans le Nord-Kivu, 63 % ont dit qu'on pouvait se procurer des préservatifs dans les pharmacies privées et 9 % seulement ont dit qu'on pouvait s'en procurer dans les centres de santé (Soeters, 2003). Dans une enquête dans le Kasai-Oriental (n = 356), 37 % des personnes interrogées ont indiqué que l'on pouvait se procurer des préservatifs dans les centres de santé (PSF, 2003).

15. Aux niveaux supérieurs de la pyramide sanitaire, dans les hôpitaux généraux de référence et les hôpitaux provinciaux, les services du PCA ne sont pas non plus toujours disponibles. La même étude (BERCI, 2004) rapporte que, sur un total de 56 HGR enquêtés, environ les deux tiers ne possèdent pas d'appareil de radiographie, plus de tiers n'a pas de table d'examen gynécologique et plus de 20% fonctionnent sans centrifugeuse.

16. La réponse du système de santé aux violences sexuelles se limite à de modestes programmes d'ONG. Une petite étude qualitative effectuée dans l'Est de la RDC en 2002 a montré que les services de santé fournis aux victimes de violences sexuelles sont généralement de piètre qualité. On ne met pas à la disposition des victimes des contraceptifs d'urgence et encore moins des ARV d'urgence ; on leur refuse souvent des soins et leur stigmatisation s'en trouve accentuée (Casey, 2002). Quelques programmes d'ONG ont tenté de remédier à ce problème dans les régions les plus affectées.

17. La qualité technique des services a connu une détérioration importante au cours des années 1990 mais la situation semble connaître d'importantes améliorations depuis la reprise de la coopération au développement et le processus de revitalisation des formations sanitaires. À l'instar de la majorité des pays en développement, la RDC ne dispose pas d'agence de contrôle de la qualité, d'accréditation ou de certification, de sorte qu'il n'existe pas d'informations sur la qualité des services à l'échelle nationale. Cependant, un certain nombre d'enquêtes dans les formations sanitaires, conduites par des ONG dans plusieurs districts et provinces, donne une image relativement fiable de la situation au moyen d'indicateurs de structure, de processus, de sortie et de résultats.

18. Une étude réalisée dans les districts de l'Ituri et du Haut Uélé dans la Province-Orientale a évalué, dans un ensemble de Zones de Santé, la conformité des diagnostics et des traitements prescrits dans les centres de santé et HGR aux standards médicaux. (Maltheser, 2004) Avant l'intervention de l'ONG en 2002, les proportions des diagnostics conformes aux signes des maladies variaient fortement d'une Zone de Santé à une autre mais ne dépassait qu'exceptionnellement 50%, suggérant que près de la moitié des diagnostics posés était erronée. Les prescriptions médicales conformes au diagnostic posé atteignaient au mieux 45% de l'ensemble des prescriptions médicales. La même étude notait une utilisation abusive des antibiotiques et des formes injectables. Une autre étude réalisée dans le Nord-Kivu (Soeters, 2003) présente une situation similaire avec l'utilisation abusive des formes injectables, l'utilisation de matériels chirurgicaux non stérilisés, la transfusion de sangs non testés et l'application de traitements ou d'interventions sans indication thérapeutique adaptée comme les appendicectomies, les césariennes et les perfusions. Une enquête menée auprès de 35 structures

hospitalières de la ville de Kinshasa (Kahindo, 2002) a montré qu'une seule structure avait fait l'objet d'un audit médical au cours des six mois précédant l'enquête. De même, une seule structure sur les 35 visitées avait régulièrement récolté et analysé les données relatives aux infections nosocomiales. Plus d'un établissement sur cinq n'effectuait pas un nettoyage systématique de la salle d'opération entre deux interventions et seulement 15% de ceux qui le faisaient disposaient d'un protocole d'exécution.

19. Avec la reprise de la coopération au développement et le processus de revitalisation des formations sanitaires surtout périphériques, l'on s'attend à une amélioration de la qualité technique des services. Avec le recyclage du personnel et l'approvisionnement des formations sanitaires en équipements et consommables, des améliorations sont notables dans certaines régions. Par exemple, l'intervention d'une ONG en Province-Orientale a permis d'améliorer le taux des diagnostics et des prescriptions conformes, et donc de la prise en charge des patients. (Maltheser, 2004)

20. Malgré les déficiences techniques, la perception des usagers de la qualité des services est généralement bonne, sauf par rapport au coût des soins. Les établissements confessionnels semblent mieux appréciés que les structures étatiques. Les enquêtes de satisfaction menées auprès de la population indiquent que les usagers des formations sanitaires sont généralement satisfaits de la qualité des soins qu'ils reçoivent, autant en milieu urbain qu'en milieu rural et ce dans toutes les provinces. Une enquête conduite dans toutes les provinces (à l'exception du Kasai Occidental et de la Province-Orientale) auprès des usagers des établissements hospitaliers (BERCI, 2004) a permis de relever que la population jugeait l'accueil satisfaisant ou très satisfaisant à plus de 80% (n = 3 304) ; 47% estimaient être toujours traités avec respect et courtoisie par le personnel soignant quand 35% soulignaient le respect et la courtoisie parfois présents (n = 3 016). Les usagers signalaient dans seulement 6% des cas être toujours traités avec mépris contre 60% qui disaient ne jamais être traités avec mépris. Le taux de satisfaction en termes de guérison, mesuré au cours de cette étude, était également élevé avec plus de 80% des usagers satisfaits ou très satisfaits de leurs traitements (n = 3 002). Quant au délai d'attente, les usagers de cette enquête l'estimaient pour plus de la moitié long ou trop long contre 34% qui le jugeaient satisfaisant. De manière assez surprenante, les enquêtés soulèvent le problème du manque des médicaments dans seulement 2% des cas chez les usagers insatisfaits du traitement reçu. Le manque d'autres matériels est néanmoins signalé dans 25% des cas. Les patients dénoncent pour la plupart le prix élevé des consultations et des traitements qu'ils souhaiteraient ardemment voir baisser.

21. L'étude conduite dans le Nord-Kivu (Soerters, 2003) corrobore les conclusions précédentes avec des usagers satisfaits à près de 90% de la qualité des soins, à 88% du respect de la part du personnel soignant et à 77% du délai d'attente dans les formations sanitaires. Le taux de satisfaction de la guérison se situait à environ 66%. Cette étude a également montré la préférence des usagers pour les structures religieuses (50%) par rapport aux structures communautaires (32%) et les dispensaires privés (8%). Les principales raisons évoquées pour cette préférence étaient la bonne qualité des soins et le bon accueil. Les usagers des dispensaires privés ont surtout relevé la rapidité de la prise en charge mais pas la qualité des soins.

22. Une autre enquête conduite par l'ONG PSF dans le Kasai-Oriental auprès de 510 ménages a permis de noter des taux de satisfaction plus bas chez les usagers qui estimaient à près de 60% que les soins étaient de bonne qualité, à 64% que la disponibilité des médicaments était bonne, à 67% que le personnel était courtois et respectueux, à 56% que le délai d'attente était raisonnable et à 49% qu'ils avaient été guéris par le traitement reçu. On notait une légère préférence chez les usagers pour les structures privées (non communautaires).

23. Les niveaux relativement élevés de satisfaction des patients sont quelque peu contradictoires avec la mauvaise qualité technique des soins mais peuvent s'expliquer de plusieurs manières. Tout d'abord, il faut noter que les populations interrogées sur la qualité sont celles qui ont effectivement bénéficié de soins, excluant ainsi la forte proportion de la population qui n'a pas accès aux soins. Les résultats des études mentionnées ne sont probablement pas représentatifs de la perception générale sur la qualité. Par exemple, l'étude de BERCI a été conduite dans les formations sanitaires les plus importantes des zones de santé sélectionnées, avec des services généralement réputés de meilleure qualité que dans les zones rurales. Le constat dressé dans le Nord-Kivu pourrait être lié à l'importance de l'assistance externe dans le secteur de la santé, en particulier dans cette province. En revanche, l'enquête conduite dans le Kasaï Oriental, où l'assistance externe est moins importante, montre de plus faibles niveaux de satisfaction. De plus, les enquêtes de satisfaction conduites dans les autres pays d'Afrique montrent des résultats similaires dans des conditions où la qualité est très mauvaise, suggérant que la majorité des usagers attend peu des services de santé en termes de qualité. En fait, certaines pratiques telles que l'utilisation systématique des formes injectables et des antibiotiques sont en parties induites par la demande des patients.

24. Toutefois, ces résultats sur la perception des patients, conjointement avec le constat dressé sur le recours aux centres de santé (30 à 40% des cas de maladie chez les enfants sont pris en charge dans une formation sanitaire) (Tableau 17), suggèrent que la demande pour les services au niveau des formations sanitaires du Gouvernement, des ONG et des associations confessionnelles est potentiellement importante, fournissant une base solide pour la reconstruction et le développement du système de santé.

5. Participation communautaire

25. Les mécanismes d'implication de la communauté à la gestion du système de santé existent mais sont très peu fonctionnels dans la majorité des cas. Le modèle de décentralisation de la gestion du système de santé adopté par la RDC depuis le milieu des années 80 implique le renforcement de la participation des communautés à la gestion des services de santé dans un souci d'amélioration de la réactivité du système. Il existe, aujourd'hui, des comités de gestion – comprenant des représentants des communautés – dans beaucoup de formations sanitaires, mais ceux-ci ne fonctionnent pas toujours. Quand bien même ces comités de gestion se réunissent parfois, plusieurs n'ont aucun pouvoir sur la gestion du personnel, de l'équipement, des finances, des achats des fournitures médicales. Il n'existe pas encore de cadre formel définissant de façon claire les prérogatives de ces entités. Ainsi, une étude à Kinshasa en 2001 a constaté que seules 29% des structures avaient un Comité de Gestion (OCHA, 2001). A l'inverse, une étude auprès de 59 centres de santé (certains centres urbains) à travers le pays a trouvé que 85% des formations sanitaires avaient un comité de santé dont le rôle indiqué était d'assurer la liaison entre la population et l'établissement de santé, d'éduquer la population et d'assurer une bonne gestion de la structure sanitaire (BERCI, 2004).

6. Ressources humaines

26. Le nombre de médecins en RDC est bas en comparaison à n'importe quel standard tandis que le nombre d'infirmiers est plus important que dans d'autres pays très pauvres. Sur le plan national, les données disponibles montrent, en 1998, un nombre relativement élevé de personnel infirmier mais une situation alarmante pour les médecins. (Tableau 24) Avec un ratio de 1 700 habitants pour un infirmier, la norme avancée par le Ministère de la Santé est satisfaite. Mais la pénurie de médecins est très marquée avec plus de 22 000 habitants par professionnel, comparé à la norme de 10 000. Ces chiffres peuvent aussi être présentés sous forme de ratio de

personnels pour 100 000 habitants afin de faciliter les comparaisons internationales. En 1998, en RDC, on comptait environ 4,4 médecins pour 100 000 habitants, ce qui figure parmi les chiffres les plus bas au monde quoique conforme à la pauvreté du pays. (Figure 22). On comptait également, en 1998, environ 58 infirmiers pour 100 000 habitants en RDC, chiffre plus élevé que dans autres pays très pauvres mais qui reste tout de même bas à l'échelle internationale.

Tableau 24. Disponibilité des ressources humaines dans le secteur de la santé, RDC, 1998

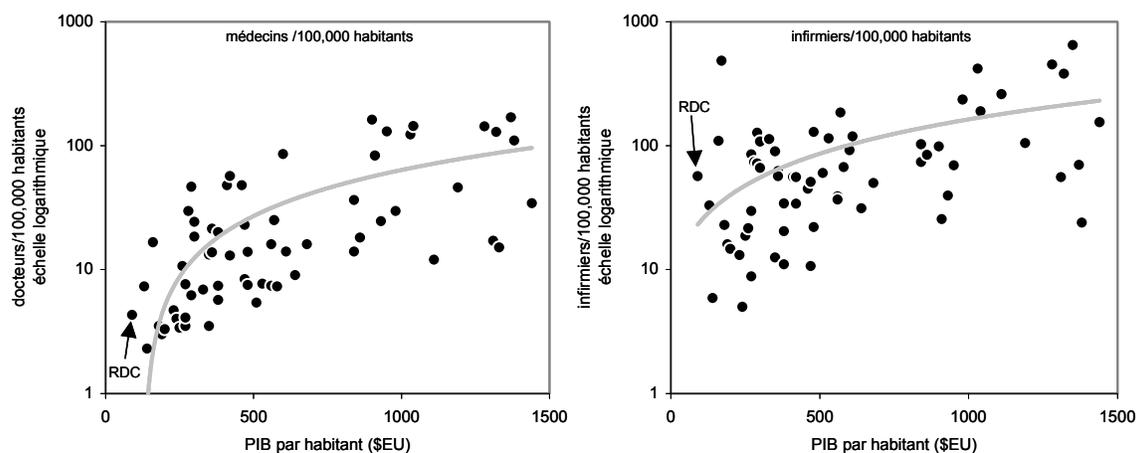
catégories professionnelles	nombre en milieu urbain	nombre en milieu rural	total en RDC	ratio nombre d'habitants / personnel			
				norme	urbain	rural	RDC
Médecins	1 406	650	2 056	10 000	6 891	56 698	22 637
Chirurgiens dentistes	89	11	100	30 000	99 884	3 071 146	426 995
Pharmaciens	85	36	121	50 000	113 985	1 023 715	384 649
Administrateur Gestionnaire	295	227	522	50 000	32 843	162 351	89 162
Infirmiers	9 800	17 362	27 162	5 000	989	2 123	1 714
Techniciens de laboratoire	188	62	250	5 000	51 536	594 415	186 170
Techniciens de radiologie	134	44	178	15 000	72 304	837 595	261 471
Nutritionnistes	85	91	176		113 985	404 986	264 446
Kinésithérapeutes	101	38	139	15 000	95 928	962 836	334 838
Anesthésistes réanimateurs	80	19	99	15 000	121 109	1 939 671	470 126
Assistant en pharmacie	90	43	133		107 653	857 064	349 944
Technicien d'assainissement	52	64	116	15 000	186 322	575 840	401 228

Source : Ministère de la Santé (1999a)

Estimations des auteurs sur base des données OMS et Banque Mondiale.

27. Le personnel de santé qualifié reste concentré dans la ville de Kinshasa. Le Figure 23 montre clairement que les médecins et les infirmiers sont en grande majorité installés à Kinshasa, avec respectivement 24 médecins et 120 infirmiers pour 100 000 habitants en 1998. La seconde province la plus dotée en personnels de santé qualifiés est le Bas-Congo avec environ 7 médecins et 100 infirmiers pour 100 000 habitants. Le reste du pays se retrouve avec moins de 3 médecins et moins de 60 infirmiers pour 100 000 habitants.

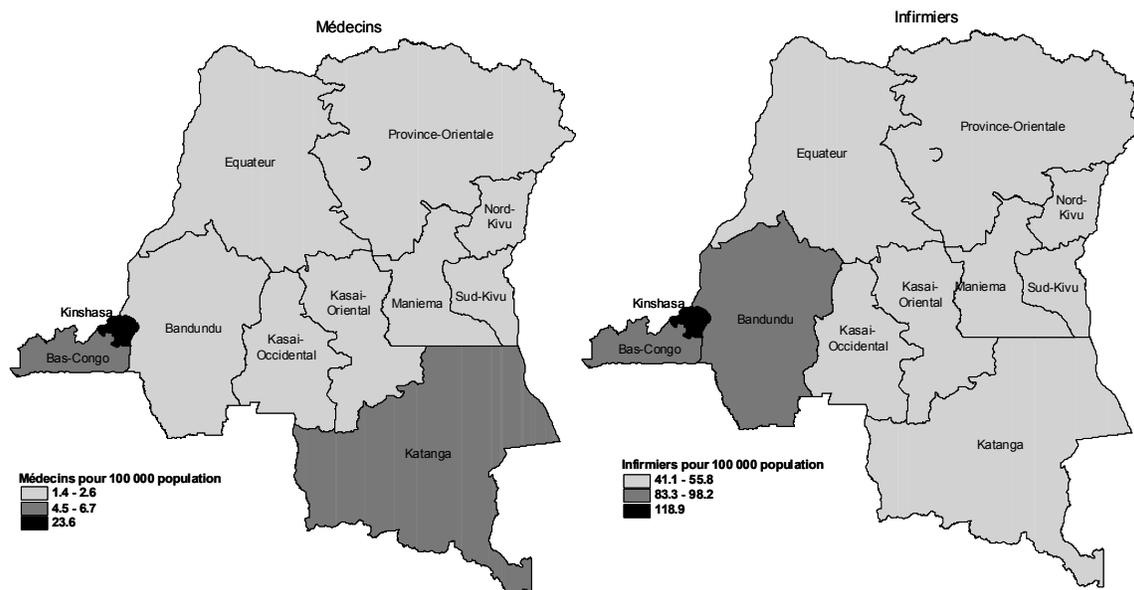
Figure 22. Médecins et infirmiers pour 100 000 habitants, DRC, 1998



28. Les données disponibles montrent que le nombre de médecins a brusquement chuté partout dans le pays depuis 1998. La situation a quelque peu changé depuis 1998. Les données les plus récentes sur le nombre de médecins sont présentées sur le Tableau 25 en comparaison

avec les chiffres de 1998. Le nombre de médecins a baissé dans toutes les provinces pour lesquelles des données plus récentes sont disponibles, y compris dans la province de Kinshasa. En tenant compte de la croissance de la population, on estime que le ratio du nombre de médecins pour 100 000 habitants a connu une baisse de 30% à 50% dans la majorité des provinces et de 75% au Katanga.

Figure 23. Docteurs et infirmiers pour 100 000 habitants, DRC, 1998



Estimations des auteurs sur base des données du Ministère de la Santé (1999a).

29. Les zones rurales souffrent d'un déficit en médecins par rapport aux zones urbaines, mais le nombre moyen d'infirmiers au milieu rural est conforme aux normes. Par exemple, en 1998 dans la province de l'Equateur, il y avait 1,2 médecin pour 100 000 habitants dans les zones rurales et 3,9 dans les centres urbains. Pour le pays en entier, ces ratios étaient de 1,8 médecin pour 100 000 habitants en milieu rural et 14,5 en milieu urbain. Il est important de noter qu'en dehors de la ville de Kinshasa, aucune autre zone, ni rural ni urbaine, sur toute l'étendue du territoire ne satisfait la norme de 10 médecins pour 100 000 habitants. Des inégalités existent aussi dans la répartition des infirmiers entre zone rurale, où il y avait en 1998 à peu près 47 infirmiers pour 100 000 habitants, et zone urbaine, où le ratio était de 100 infirmiers pour 100 000 habitants. Par contre, la disponibilité moyenne de ce personnel en milieu rural est conforme aux normes officielles de 20 infirmiers pour 100 000 habitants.

30. Les capacités de planification et de gestion des ressources humaines nécessitent d'être renforcées. Les faibles capacités de gestion et le manque de maîtrise du personnel de la part du Ministère de la Santé sont pour beaucoup dans la situation observée. Au plan institutionnel, on peut noter principalement l'absence d'un cadre organique et d'un plan de développement des ressources humaines, capables d'orienter les choix politiques en la matière en tenant compte du potentiel et des capacités du secteur privé. Le Ministère de la Santé rapporte un effectif de 84 000 fonctionnaires dont 40 000 sont effectivement en service et 18 000 éligibles pour la retraite mais l'absence de dossier administratif pour la majorité du personnel et de contrôle physique efficace des effectifs favorise la multiplication des fonctionnaires fantômes et induit beaucoup d'inefficacité dans l'utilisation des ressources déjà rares dont dispose le pays. Ces différents problèmes bénéficient actuellement d'une attention particulière de la part des autorités dans le cadre d'un audit institutionnel du Ministère de la Santé et des efforts plus larges de réforme de la fonction publique.

Tableau 25. Médecins pour 100,000 habitants, RDC, 1998-2003

province	nombre de docteurs 1998	nombre de docteurs 2003	changement (%)	docteurs pour 100,000 habitants 1998	docteurs pour 100,000 habitants 2003	changement (%)
Kinshasa	950	699	-26%	23.6	14.8	-37%
Bas-Congo	159	101	-36%	6.7	3.6	-46%
Bandundu	100	89	-11%	1.9	1.4	-24%
Kasai Occidental	71	56	-21%	1.7	1.1	-33%
Kasai Oriental	105	58	-45%	2.6	1.2	-53%
Equateur	80	64	-20%	1.4	0.9	-32%
Province Orientale	119	64	-46%	1.9	0.9	-54%
Maniema	22	..	..	1.6	..	..
Nord-Kivu	89	..	..	2.5	..	..
Sud-Kivu	80	..	..	2.6	..	..
Katanga	281	87	-69%	4.5	1.2	-74%
RDC	2,056			4.4		

Estimations des auteurs sur base des données du Ministère de la Santé.

31. La RDC possède plusieurs établissements de formation, fournissant une base au développement des ressources humaines dans le secteur mais ces structures souffrent aujourd'hui du manque de financements. Sur le plan de la formation, la RDC bénéficie d'un atout majeur en termes de capacité de production d'un personnel de santé qualifié. Le pays compte trois facultés de médecine étatiques et une vingtaine à initiative communautaire plus ou moins viables, une école nationale de santé publique dont le cycle de formation de douze mois est sanctionné par une maîtrise en santé publique, et environ deux cents instituts de formation des infirmiers disséminés sur l'ensemble du territoire national.

32. Il apparaît que les programmes ne cadrent pas toujours avec le contexte socio-économique du pays. La production de professionnels de santé publique, capables d'exercer leur métier en tenant compte de l'environnement du pays, caractérisé par une forte ruralité de la population, est peu privilégiée au détriment d'un enseignement de la médecine moderne et sophistiquée. Il en résulte que peu de médecins acceptent les postes disponibles dans les régions pauvres et dans les zones rurales qui sont jugées difficiles en raison de l'absence des commodités du monde moderne (eau courante, électricité, scolarisation des enfants...) mais aussi à cause de l'état de délabrement avancé des infrastructures sanitaires. Le personnel paramédical, moins exigeant, apparaît plus adapté au milieu rural avec une meilleure répartition sur l'étendue du territoire. Cet état de fait se trouve aggravé par l'absence d'un cadre incitatif qui appuie la stratégie de redéploiement du personnel en faveur des zones défavorisées. En l'absence d'un plan de formation continue, la qualification du personnel en poste semble aussi poser problème.

33. Le fort taux d'expatriation des professionnels de santé annihile les efforts du gouvernement en termes d'investissement dans leurs formations. L'expatriation des médecins en général et des spécialistes en particulier est un facteur non négligeable du déficit de personnels observé. L'attrait du marché international s'est vu aggravé par la situation de crise que vit le pays. Plusieurs professionnels de santé, en particulier les médecins et les spécialistes de haut niveau, se sont exilés à la recherche de meilleurs salaires et conditions de vie meilleures. En effet on estime à plus de 1 000 le nombre de médecins congolais dans les pays de l'Afrique australe.

34. Le niveau des salaires est si bas que les primes de performance sont progressivement devenues d'importantes sources de revenu. Non seulement les traitements et les salaires dans la fonction publique sont jugés faibles (15 à 20 USD par mois pour un Médecin-Chef de Zone et moins de 50 USD par mois pour un Médecin Inspecteur Provincial), mais l'État accumule souvent des mois d'arriérés de salaires. Les personnels des structures appuyées ou gérées par des ONG ou des associations confessionnelles sont généralement plus motivés et plus efficaces que ceux du secteur public. En effet les primes sont souvent substantiellement supérieures aux salaires de l'État. Les montants de ces primes sont extrêmement variables. Une étude conduite en 2005 a trouvé, par exemple, que les primes versées aux Centres de Santé variaient entre 40 USD et 200 USD par mois, ceux pour les hôpitaux généraux se situaient entre 200 USD et 2 400 USD par mois, quand les Bureaux centraux de zone de santé recevaient entre 350 USD et 1 000 USD par mois. (Révillion, 2005)

35. La concentration des structures privées à but lucratif à Kinshasa et dans les grands centres urbains fournit également des éléments d'explication à la répartition du personnel dans les différentes provinces de la RDC. Les villes offrent beaucoup plus d'opportunités pour la double vacation. En plus d'un emploi garanti dans la fonction publique, beaucoup de médecins, infirmiers et sages-femmes n'hésitent pas à émarger dans les établissements privés pour améliorer leurs revenus.

7. Secteur pharmaceutique

36. Suite au retrait de l'appui du Gouvernement au secteur de la santé pendant les décennies écoulées, la majorité des formations sanitaires s'approvisionnent en médicaments et consommables par leurs propres moyens. Le système national d'approvisionnement et de distribution des médicaments a largement cessé de fonctionner depuis les années 90 face à l'arrêt du financement interne et de l'appui extérieur. L'offre s'est alors retrouvée très fragmentée, inefficace et coûteuse, avec les formations sanitaires et les Zones de Santé qui s'approvisionnaient en médicaments auprès des fournisseurs privés disponibles. Une étude des fournisseurs des formations sanitaires, conduite en 2003 dans trois régions différentes, a trouvé que les formations sanitaires s'approvisionnaient à 29% auprès de fournisseurs privés, à 52% auprès des agences d'appui et à 19% auprès des centrales de distribution régionales.

37. Les associations confessionnelles et les partenaires extérieurs ainsi que les ONG et certains programmes spécialisés appuient l'approvisionnement et la fourniture de certains services de santé. Les programmes spéciaux chargés de la lutte contre les grandes endémies ont, pour certains, développés des systèmes d'approvisionnement pour leurs besoins spécifiques et ont recours soit aux réseaux des secteurs associatifs et confessionnels soit à leurs propres circuits. C'est le cas notamment du Programme Elargi de Vaccination (PEV), qui dispose d'un service autonome d'approvisionnement relativement efficace. Les réseaux confessionnels et les ONG internationaux jouent des rôles importants dans l'approvisionnement des formations sanitaires qu'ils appuient. Dans plusieurs cas, ils alimentent les formations sanitaires sous forme de kits spécifiques pour les centres de santé d'une part et pour les hôpitaux d'autre part.

38. Le secteur privé à but lucratif s'est développé mais il reste très peu contrôlé et concentré dans les grands centres urbains, en particulier dans la ville de Kinshasa. Il comprend des grossistes importateurs, les officines privées de pharmacie et plusieurs points de ventes illégaux. C'est la principale source d'approvisionnement pour les formations sanitaires et les Zones de Santé qui ne bénéficient pas de l'appui de partenaires locaux ou internationaux. On dénombre à ce jour près de 65 grossistes importateurs dont la répartition sur le territoire obéit aux lois du marché et donc fortement biaisé vers les zones urbaines. En 1998, on rapportait environ 121 pharmaciens enregistrés sur l'étendue du territoire. Une enquête conduite en 2004 auprès de 39

officines privées, réparties dans les principales villes du pays, a trouvé que 82% d'entre elles s'approvisionnaient auprès de fournisseurs locaux et 8% disposaient de sources internationales d'approvisionnement. (BERCI, 2004) Cette même étude a trouvé des résultats mitigés en termes de qualité : 42% de ces pharmacies ne comptaient pas de pharmacien au nombre de leurs personnels et 38% ne maintenaient pas de registre des prescriptions.

39. Les capacités internes de production de la RDC ont suivi la détérioration économique du pays. L'industrie pharmaceutique est à l'état embryonnaire et le pays s'approvisionne essentiellement sur le marché international.

40. La taille du secteur informel est méconnue à ce jour mais il constitue une importante source d'approvisionnement pour les populations malgré la qualité douteuse des produits qu'il offre. L'information disponible sur ce sujet est très limitée, à l'exception des enquêtes de ménages qui indiquent que près du tiers des personnes malades vont voir les marchands de médicaments et non des praticiens du secteur formel.

41. Le coût du financement des médicaments est en grande partie supporté par les ménages. Dans les formations sanitaires, les prix comportent le plus souvent d'importantes marges destinées à rémunérer le personnel de santé. Au niveau des Zones de Santé, la vente des médicaments selon les recommandations de l'Initiative de Bamako a disparu avec l'arrêt de l'appui extérieur. Mais la rotation des stocks est désormais assurée par la vente des médicaments par le personnel aux usagers avec des marges bénéficiaires très élevées destinées à assurer leurs rémunérations. Dans les zones appuyées par des ONG, en particuliers les programmes humanitaires, les médicaments sont souvent subventionnés par l'aide extérieure. Le niveau de subvention nécessaire à l'amélioration de l'utilisation des services de santé et ultimement des résultats de santé du pays reste l'une des préoccupations majeures pour le Gouvernement et pour les bailleurs de fonds.

42. Une politique pharmaceutique nationale a été adoptée et les travaux relatifs à l'amélioration du système de distribution sont en cours. La RDC dispose, depuis 1987, d'une liste de médicaments essentiels, révisée en 1991 puis en 2001 après l'adoption de la politique pharmaceutique nationale en 1999. Une étude conduite en 2002 a mis en évidence le caractère fragmenté et inefficace du système de distribution des médicaments, conduisant au développement d'une stratégie pour une meilleure coordination des achats et de la distribution dont la mise en œuvre se fait progressivement. La réorganisation du secteur, caractérisée par une volonté de décentralisation de l'approvisionnement, a donné lieu au développement d'une dizaine de Centrales de Distribution Régionales financées par des partenaires extérieurs. Les expériences en cours concernent trois centrales financées par l'Union européenne, cinq centrales financées par la Banque Mondiale, une centrale financée par la coopération belge et enfin la centrale d'achat ASRAMES située au Nord-Kivu, active depuis 10 ans, qui vient d'être intégrée au système. La volonté de centralisation des achats a donné lieu à la création de la Fédération des centrales de distribution régionales (FEDECAME) qui a pour mission principale la centralisation des achats.

43. *Les facultés de pharmacie sont fonctionnelles mais souffrent du manque de ressources.* Il existe deux facultés de pharmacies dans le pays, à Kinshasa et à Lubumbashi, qui comptent 651 étudiants au titre de l'année 2004. En raison de l'absence de financement provenant du Gouvernement, ces institutions sont financées par les frais de scolarité des étudiants. L'étude conduite par BERCI en 2004 a constaté un manque des équipements et consommables de base.

8. Système d'information sanitaire

44. Un système de surveillance et d'information sanitaire est en place, avec des fiches de collecte standardisées mais les duplications et les problèmes de sous notification sont encore visibles. Le système d'informations sanitaires s'inspire de la stratégie intégrée de surveillance

des maladies qui établit les liens entre les différents niveaux du système de santé, depuis les communautés jusqu'au Ministère de la Santé. La détection et la notification des cas s'effectuent par le personnel des Centres de Santé ou des hôpitaux de références. La collecte des données a lieu au niveau périphérique par le Bureau Central de Zone de Santé qui achemine les informations à l'Inspection Provinciale de la Santé qui, à son tour, les véhicule au Ministère de la Santé. Des fiches standardisées et simplifiées de collecte des informations ont été mises au point.

45. Parallèlement à ce système de collecte de l'information, il existe d'autres systèmes qui disposent de critères différents pour la production des chiffres. Par exemple, en plus du Système National d'Informations Sanitaires (SNIS), les données de surveillance des maladies prioritaires sont recueillies au compte de la 4^e Direction, la surveillance de la poliomyélite se fait dans le cadre du programme d'éradication de cette maladie, et le PEV collecte également des informations.

46. Plusieurs insuffisances entachent la crédibilité de toutes ces informations collectées. Compte tenu du faible taux d'utilisation des formations sanitaires, l'on est en droit de craindre une forte sous notification des cas. De plus, on estime qu'environ 40% des Zones de Santé transmettent des rapports d'activité incomplets, ne couvrant pas toutes leurs formations sanitaires. Les structures privées, même celles du secteur formel, ne sont pas pour la plupart intégrées dans la collecte des données. Les dénominateurs, généralement la taille de la population cible pour les différentes interventions, sont mal connus et cette situation est aggravée par les mouvements de population qu'a connu le pays.

9. Programmes importants

47. **Un certain nombre de programmes spécialisés sont chargés de la lutte contre les maladies prioritaires et viennent en appui aux services mis en œuvre au niveau des zones de santé.** La RDC s'est dotée de plusieurs programmes de lutte contre certaines maladies transmissibles prioritaires qui font peser un lourd fardeau en termes de morbidité et de mortalité sur la population dans son ensemble et en particulier les groupes les plus vulnérables, les femmes et les enfants. La tutelle de ces différents programmes dont le PEV et les plans nationaux de lutte contre le paludisme, la tuberculose, le VIH/SIDA, la lèpre, la trypanosomiase, l'onchocercose et les troubles dus à la carence en iode relèvent du Ministère de la Santé. Leurs gestions sont assurées par des Directeurs chargés de la coordination de toutes les activités administratives, financières et techniques du programme. Au niveau intermédiaire, les relais sont garantis par les Médecins Inspecteurs Provinciaux qui sont assistés par les Médecins de District et qui apportent un appui technique et matériel aux Zones de Santé. Le Bureau Central de Zone de Santé représente les différents programmes au niveau périphérique et, à ce stade, le Médecin Chef de Zone a pour tâche d'intégrer les activités de lutte dans celles des soins de santé primaire.

Lutte contre le paludisme

48. **La RDC suit la stratégie internationale "Faire Reculer le Paludisme", mettant l'accent sur la distribution des moustiquaires et l'utilisation de thérapeutiques efficaces.** Le plan quinquennal de lutte contre le paludisme (2002-2006) s'inscrit dans ce cadre global avec une stratégie de base qui comporte quatre axes majeurs : la prise en charge des cas, la prévention, la surveillance épidémiologique et le renforcement des capacités institutionnelles.

49. La prise en charge des cas simples fait intervenir les ménages, les agents de santé communautaire et les centres de santé. La stratégie adoptée recommande l'administration d'antipaludiques de première intention devant toute fièvre isolée. Les cas de paludisme graves doivent être référés à l'HGR ou vers les structures indiquées pour une prise en charge adéquate.

La prévention repose sur la sensibilisation des populations à l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides, la chimioprophylaxie chez la femme enceinte et, dans une moindre mesure, l'assainissement du milieu.

50. Le protocole de traitement est en cours de révision en raison de la résistance croissante du parasite aux médicaments actuels. Suite aux études d'évaluation de la résistance du *Plasmodium falciparum* aux antipaludiques en 2000-01, qui ont retrouvé une résistance de 29 à 80% à la chloroquine, le traitement de première intention recommandé est la combinaison Sulfadoxine-Pyriméthamine (S-P). Néanmoins, la résistance de plus en plus importante du parasite à cette nouvelle association (2 à 61% en cinq endroits entre 2002 et 2004) constitue un souci de plus pour les autorités sanitaires. Le Ministère de la Santé envisage un changement de la politique nationale de lutte en faisant des combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine le traitement de première intention dans les régions où la résistance du parasite est particulièrement élevée. Certaines ONG internationales ont déjà commencé à mettre en œuvre cette thérapeutique mais de façon limitée.

51. Jusqu'ici, les interventions préventives et curatives efficaces restent encore limitées. La population manque généralement d'informations sur la prise en charge adéquate des cas de paludisme et les attitudes à adopter. Elle est également peu sensibilisée sur les activités de prévention, surtout en milieu rural. Le système de santé s'appuie sur les agents de santé communautaire comme relais au niveau des collectivités et des ménages mais l'impact de leur action semble mitigé. En l'absence d'activités d'information et d'éducation à la santé, et devant les insuffisances du système au niveau général, les ménages recourent encore fortement aux vendeurs de médicaments ambulants. Dans les centres de santé, un certain nombre de personnel administre la quinine en première intention lorsque les moyens financiers du patient le lui permettent. La chimioprophylaxie intermittente chez la femme enceinte n'est que très peu pratiquée (5%).

52. Dans son effort de fournir aux populations les moyens de prévention et de lutte contre le paludisme, le Gouvernement, avec l'appui des partenaires internationaux, a initié, depuis 2000, la distribution de moustiquaires dans certaines Zones de Santé. En 2001, moins de 1% des enfants âgés de moins de cinq ans dormait sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide. En 2004, seulement 24 000 moustiquaires avaient été distribuées sur un objectif de 500 000 pour la période 2003-2004.

53. La disponibilité de financements additionnels devrait permettre d'améliorer la situation mais les programmes tels qu'ils sont planifiés ne permettront de couvrir qu'une fraction de la population. En 2004, Le Fonds Mondial a approuvé le financement d'un programme de lutte contre le paludisme pour un montant de 54 millions USD sur une période de cinq ans (25 millions USD sur les deux premières années), apportant ainsi un appui aux principales composantes de la stratégie nationale (la distribution de moustiquaires imprégnées, la prise en charges des cas et la chimioprophylaxie intermittente chez les femmes enceintes). Reconnaisant que ces ressources sont insuffisantes pour couvrir la population entière, le programme vise 120 Zones de Santé, avec pour objectif de réaliser une couverture d'environ 50% à l'intérieur de ces zones.

Lutte contre le VIH/SIDA

54. La RDC dispose d'un programme national de lutte contre le VIH/SIDA avec une stratégie multisectorielle. En 1987, la RDC a mis en œuvre un programme national de lutte contre le SIDA. Sur le plan politique et organisationnel, le Comité Multisectoriel de Lutte contre le SIDA/IST qui a pour mission de définir les orientations nationales de la politique de lutte contre la pandémie, de valider le plan d'action national et d'évaluer l'efficacité de la lutte et l'exécution des activités du programme. Le Programme National de Lutte contre le VIH/SIDA,

les Infections Sexuellement Transmissibles et les Infections Opportunistes (PNLS/IST), constitue le cadre à travers lequel est menée la coordination des différents efforts de lutte contre la pandémie. Les objectifs du programme sont de mobiliser la société civile, d'améliorer l'accès aux services de prévention, de dépistage et de prise en charge, de renforcer les capacités institutionnelles et les acteurs impliqués dans la lutte. Il bénéficie, dans son action, des relais au niveau provincial et de la Zone de Santé. L'implication des différents acteurs présents dans ce secteur, dont les ONG, les entreprises privées et les associations confessionnelles, a donné lieu à la création de plusieurs mécanismes de coordination dans le but d'obtenir une certaine synergie d'action.

55. Interrompus pendant les années 90 par la crise, les efforts de lutte contre le VIH/SIDA n'ont eu jusqu'aujourd'hui qu'un effet limité. Jusqu'à ce jour, les différentes actions menées dans la lutte contre le SIDA ont eu des résultats relativement décevants. Cette situation s'est vue aggravée par le retrait des différents bailleurs de fond en 1993 et la situation de crise qui a rendu impossible la coordination effective des activités de lutte.

56. L'amélioration du niveau d'information et d'éducation des populations s'avère nécessaire. Les activités d'information et de promotions des comportements sexuels sains existent et sont surtout l'apanage d'associations sans but lucratif. Elles sont menées au niveau des formations sanitaires, dans les établissements scolaires et par le biais des masses média. Malheureusement, elles ne semblent pas trouver un bon écho auprès des populations à en juger par le niveau de connaissance des femmes en âge de procréer sur le SIDA et les moyens de l'éviter (en 2001, seulement 10% avaient une bonne connaissance de la maladie).¹⁹ D'autre part la promotion de l'utilisation des préservatifs ne s'accompagne pas de sa vulgarisation et de sa mise à disposition pour des populations déjà réticentes à son usage, notamment en milieu rural où les points de vente se font rares.

57. Les actions de prévention de la transmission de la mère à l'enfant sont encore au stade de projets pilotes répartis au niveau d'une trentaine de sites dans les trois provinces de Kinshasa, du Bas-Congo et du Sud-Kivu. Ces activités consistent en un dépistage après consentement éclairé puis fourniture gratuite de l'antirétroviraux (ARV) Névirapine aux femmes infectées par le VIH ou conseil nutritionnel sur l'allaitement pour les autres.

58. Les services de dépistage volontaire et de conseils sont toujours très limités. Les trois composantes majeures de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH, à savoir le dépistage des cas, le traitement des affections opportunistes et l'accès aux ARV, peinent à trouver des ressources pour leur mise en œuvre effective et efficace. Le pays ne dispose que de dix centres de dépistage volontaire et anonyme pour une population estimée à près de 60 millions d'habitants.

59. La prise en charge efficace des affections opportunistes souffre de la faible accessibilité et de la mauvaise qualité des services hospitaliers. La piètre qualité de la prise en charge des infections opportunistes dans les services de médecine interne des hôpitaux où l'on enregistre de fort taux de décès (estimés à 70%) a incité le PNLS à publier en 2002 un guide de prise en charge de ces affections avec un paquet minimum d'activités à inclure dans les services des hôpitaux. Mais le faible pouvoir d'achat d'une part des populations et la pénurie généralisée de médicaments que connaissent la plupart des formations sanitaires du pays d'autre part minent le succès de cette initiative.

60. L'accès aux thérapies antirétrovirales reste très limité. L'accès aux ARV reste aussi problématique en RDC que dans les autres pays de la région. En l'absence de capacité de

¹⁹ On considère qu'une femme a une bonne connaissance du VIH/SIDA lorsqu'elle connaît les trois principaux moyens de prévention et lorsqu'elle a identifié trois conceptions erronées sur le VIH/SIDA.

production locale et d'impossibilités d'acquisition de génériques sur le marché international, le coût élevé du traitement demeure encore le frein majeur à la prise en charge des patients. À côté de ce facteur on note l'insuffisance de personnels formés, surtout aux niveaux inférieurs de la pyramide sanitaire.

61. L'amélioration de la sécurité transfusionnelle demeure un défi majeur mais des progrès sont notables. L'État dispose encore de peu de contrôle sur la chaîne transfusionnelle. On rapporte qu'environ 60% des hôpitaux n'ont pas accès au sang. En plus de l'Hôpital Général de Kinshasa, qui disposerait d'environ 10 000 donneurs volontaires, de nombreuses structures privées procèdent à des collectes et à l'utilisation anarchique de sang dans des conditions totalement opaques. On estime en 2001 que 85% du sang transfusé dans la capitale n'était pas testé. La Politique Nationale de Transfusion Sanguine, ambitionne d'apporter des réponses à cette situation et enregistre quelques succès notamment dans la couverture en intrants qui est passée de 13% à 40%.

62. D'importants financements sont à venir pour le programme VIH/SIDA en RDC. En 2004, un don du Fonds Mondial d'un montant de 114 millions USD sur une période de cinq ans (35 millions USD sur les deux premières années) a été approuvé. De même, la Banque Mondiale a accepté d'appuyer sur cinq ans, pour un montant de 102 millions USD, le programme multisectoriel de lutte contre le SIDA (MAP). Le don du Fonds Mondial viendra appuyer un ensemble d'activités dont l'information et l'éducation à la santé, la prévention en particulier dans les groupes à haut risque, l'aide aux personnes infectées, la prise en charge des affections opportunistes et, de façon plus limitée, les traitements antirétroviraux. Le MAP appuiera les interventions multisectorielles mise en œuvre par le Gouvernement, le secteur privé, les ONG et les communautés. Environ le cinquième des ressources de ce projet sera alloué directement aux activités médicales dont la sécurité transfusionnelle, le dépistage et le traitement des infections sexuellement transmissibles et des affections opportunistes, le dépistage volontaire et l'assistance et la promotion et la distribution des préservatifs.

Lutte contre la tuberculose

63. Un programme national de lutte contre la tuberculose existe mais il souffre de l'insuffisance de la couverture par les services de santé primaires. À l'instar de la grande majorité des programmes du Ministère de la Santé, les actions de contrôle de la tuberculose ont été décentralisées au niveau périphérique. Toutefois, les faiblesses du système de santé en termes de couverture par les soins de santé primaire contraignent considérablement les progrès enregistrés en matière de lutte contre cette maladie. Le Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT) se trouve dans la phase de mise en œuvre de son plan stratégique 2001-2005 qui a pour objectifs d'augmenter à 90% la couverture du programme DOTS, d'accroître à 70% la détection des cas contagieux et d'augmenter le taux de guérison à 85% pour les nouveaux cas à microscopie positive. On estime en 2002 un taux de détection des cas de 52% avec environ 70% de la population qui ont accès aux médicaments antituberculeux. Ces chiffres quelques peu élevés, présentés par le PNLT, demeurent toutefois assez surprenants compte tenu du faible taux de contact des populations avec le système de santé.

64. Les ruptures de stocks en médicaments et l'insuffisance des ressources humaines constituent des défis majeurs. Malgré la volonté affichée de l'autorité centrale de promouvoir la lutte contre la tuberculose, le PNLT souffre de deux insuffisances majeures : l'absence d'un système national efficace d'approvisionnement et de distribution des médicaments et consommables, et d'un manque de personnels de santé qualifiés, en l'occurrence des spécialistes de laboratoire. L'expertise des techniciens de laboratoire en microscopie bacillaire est jugée insuffisante et se trouve aggravée par l'absence de formation continue et la démotivation

engendrée par le faible niveau des salaires. Par ailleurs, on note soit une pénurie soit une défaillance du matériel (microscope, lamelle etc.) dans la très grande majorité des laboratoires du pays.

65. Dans les formations sanitaires, les ruptures de stock en antituberculeux sont fréquentes et la qualité de la couverture par la stratégie DOTS reste questionnable en raison de l'absence de continuité dans le traitement d'un très grand nombre de patients perdus de vue par le système. Le risque de multiplication des résistances est particulièrement grand dans ce contexte. L'étude la plus récente sur la résistance date de 1999 et note un taux de résistance de 5,8% aux antituberculeux usuels chez tous les patients, nouveaux et anciens, dans la province de Kinshasa. L'absence de liens entre les structures publiques et privées contribue à affaiblir l'efficacité de la prise en charge.

66. Les campagnes d'information sur cette maladie, à travers les médias, existent et ont pour objectif de stimuler la mobilisation sociale et inciter les malades à rentrer en contact avec le système de santé dès l'apparition des premiers signes.

67. Des études conduites à Kinshasa ont trouvé que 30% des cas de tuberculose étaient co-infectés par le VIH. L'intégration des activités de lutte contre la tuberculose et le VIH/SIDA est encore au stade de projet dans la province de Kinshasa. Les organes de coordination de la lutte contre la tuberculose et le VIH/SIDA existent au niveau national et provincial et il est prévu, pour l'année 2004, le démarrage des activités par un dépistage du VIH chez les patients tuberculeux.

68. En appui à la stratégie nationale de lutte contre la tuberculose, un programme de financement pour un montant de 8 millions USD sur une période de trois ans a été approuvé par le Fonds Mondial en 2003.

Lutte contre les maladies de l'enfant

69. **Comme il est mentionné dans les chapitres précédents, la couverture vaccinale demeure encore faible en RDC** et ce, pour l'ensemble des antigènes des maladies cibles du PEV : 53% pour le BCG, 48% pour le vaccin anti-rougeoleux, 42% pour le vaccin Polio3 malgré les importants efforts déployés par l'OMS et 30% pour le DTC3. A peine 23% des enfants ont leurs vaccins au complet (MICS2 de 2001).

70. **Le Programme élargi de vaccination (PEV) est relativement efficace mais il souffre du manque de ressources, en particulier au niveau des soins de santé primaire.** Les activités du PEV se déroulent en stratégie fixe au niveau des formations sanitaires et en stratégie avancée dans les villages. Parallèlement à ces activités de routine, il faut ajouter les activités de vaccination de masse effectuées lors des journées locales ou nationales de vaccination (JNV). Le PEV a développé un système d'approvisionnement relativement efficace, mais la chaîne de froid, les problèmes de déplacement pour les stratégies avancées et la faible capacité de supervision des bureaux provinciaux sont les éléments évoqués pour expliquer la performance décevante en termes de couverture vaccinale. Les progrès enregistrés proviennent surtout de l'intensification des actions dans certaines Zones de Santé appuyées par des ONG et de l'amélioration de la chaîne de froid grâce à l'expansion du programme d'éradication de la poliomyélite. Le déficit des intrants indispensables à la conduite des activités de vaccination semble provenir beaucoup plus d'un manque de ressources financières que des insuffisances constatées dans la chaîne logistique d'approvisionnement des centres de santé. Les carnets de vaccinations, le combustible pour les

réfrigérateurs et les véhicules font partie des éléments dont la disponibilité n'est pas assurée de façon permanente dans les centres de santé et au sein des unités de stratégie avancée.

71. Les objectifs du PEV pour la période 2003-2007 sont entre autres d'atteindre une couverture de 80% pour tous les antigènes (probablement peu réaliste), de réduire le taux de déperdition des vaccins de 35% à 10%, d'améliorer la sécurité des injections, d'introduire de nouveaux antigènes, d'améliorer les systèmes de surveillance et d'information et d'intégrer les autres activités de santé infanto-juvénile (en particulier la supplémentation en vitamine A et la distribution des moustiquaires imprégnées).

72. Le soutien international au programme de vaccination a été considérable au cours des dernières années mais le besoin de ressources stables et suffisantes est plus que nécessaire. En 2003, l'Alliance Mondiale pour les Vaccins et la Vaccination (GAVI) a approuvé un don de 49 millions USD, sur une période de cinq ans, en appui à la vaccination des enfants. Dans la mesure où il est prévu que ce financement s'arrête en 2007, le Gouvernement se retrouve toujours confronté au besoin de ressources stables et suffisantes provenant de sources locales et internationales.

73. Les risques de rupture de la chaîne de froid sont majeurs. La chaîne d'approvisionnement se déroule comme suit : les vaccins sont retirés par le Bureau central de zone de santé au niveau de dépôts provinciaux et stockés dans un réfrigérateur au niveau du Bureau. Dans certaines zones de santé, 1 à 3 dépôts intermédiaires ont été créés dans des centres de santé. Ils sont approvisionnés par le Bureau central. Les autres centres, qui n'ont pas de réfrigérateurs, viennent s'approvisionner à vélo avec une glacière sur des distances qui peuvent dépasser parfois 100 km aller-retour (2 jours de voyage). Les séances de vaccination sont alors organisées dès l'arrivée des vaccins en stratégie fixe ou avancée avec un système de rattrapage actif des enfants perdus de vue. Cette organisation rend difficile la disponibilité continue de la vaccination d'autant plus que, dans certains bureaux de zones de santé et centres relais, les réfrigérateurs ne sont allumés que 15 jours par mois faute de pétrole disponible. Il est difficile alors d'organiser plus d'un jour de vaccination par mois en poste fixe et de couvrir toute l'aire de santé en stratégie avancée (Révillion, 2005).

74. La RDC a adopté en 2001 la stratégie de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) et se trouve aujourd'hui à la phase de mise en œuvre initiale. Un ensemble d'interventions au niveau des formations sanitaires et au niveau des communautés et des ménages sont effectuées dans ce cadre en stratégie fixe et avancée – la lutte contre le paludisme, la diarrhée, la malnutrition, les IRA. Le programme national de nutrition s'inscrit dans ce cadre. Le succès de cette stratégie se heurte aux insuffisances du système en ressources humaines, en qualité des soins et au manque de la promotion de comportements sains au sein des ménages. Une enquête réalisée dans les Zones de Santé appuyées par la Banque mondiale dans le cadre du projet PMURR révèle que si plus de 70% des mères reconnaissent une forte fièvre comme un signe d'alerte, à peine plus de 2% d'entre elles réagissent aux convulsions, aux fortes diarrhées et à la toux chez leurs enfants.

Santé maternelle

75. Un programme de santé reproductive est en place mais manque des ressources nécessaires à son bon fonctionnement. La RDC s'est dotée en 1998 d'un Programme National de la Santé de la Reproduction (PNSR) qui fait de la lutte contre la mortalité maternelle sa priorité première. Il a pour objectifs principaux l'amélioration de l'accès à des services de santé et de qualité et la promotion du statut de la femme au Congo. Le PNSR définit un paquet minimum d'activités pour chaque catégorie d'établissement sanitaire ainsi que des procédures à appliquer dans la prestation des soins aux différents niveaux de la pyramide sanitaire.

Malheureusement, comme pour la plupart des programmes spécialisés du Ministère de la Santé, le PNSR manque de ressources financières et matérielles nécessaires à sa mise en œuvre. Comme il a été noté dans un chapitre précédent, la mortalité maternelle est excessive en RDC. Néanmoins, le taux d'utilisation des consultations prénatales est relativement élevé. On observe généralement une insuffisance de l'accès à des soins et services de santé reproductive de qualité, notamment des soins obstétricaux d'urgences. Les services de planification familiale ne sont que faiblement disponibles (en 2001, seulement 4,4% des femmes âgées de 15 à 49 ans utilisaient une méthode moderne de contraception).

10. Stratégie du Gouvernement

76. Depuis 2001, le gouvernement s'est engagé de façon considérable dans l'élaboration des lignes de politique et des stratégies dans le secteur, mettant l'accent sur les soins de santé primaire et les programmes spécialisés. Comme mentionné plus haut, la stratégie du Gouvernement dans le secteur s'est essentiellement concentrée sur le développement des Zones de Santé. La nouvelle politique nationale de santé, adoptée en 2001, réaffirme la stratégie de fourniture d'un ensemble de services de santé essentiels à travers les Zones de Santé. Le nombre de Zones de Santé a augmenté afin de fournir le cadre administratif nécessaire à l'extension du réseau de soins et améliorer l'accessibilité géographique des services. En 2002, les normes de fonctionnalité des Zones de Santé ainsi que le contenu des paquets d'activités ont été définies. La politique de 2001 affirme également la décentralisation du système, en particulier l'autonomie des Zones de Santé. Cette nouvelle politique a vu également l'engagement du Gouvernement de s'occuper des questions relatives aux ressources humaines, financières et matérielles. Plus précisément, le document comporte l'engagement du gouvernement d'allouer 20 à 15% du budget total au secteur de la santé.

77. Traduisant la structure verticale du Ministère de la Santé, la nouvelle politique présente les objectifs généraux d'un grand nombre de programmes spécialisés. Cette année a vu également la floraison de nouvelles stratégies au niveau des principaux programmes spécialisés, en particulier le PEV, le programme de lutte contre le paludisme et le programme de lutte contre la tuberculose.

78. Les récentes orientations politiques continuent de mettre l'accent sur deux objectifs majeurs – le développement des Zones de Santé et le contrôle des maladies prioritaires – mais traduisent également une meilleure compréhension des facteurs, du côté de la demande, qui affectent l'utilisation des services, notamment des barrières financières. Le *Document de stratégie de réduction de la pauvreté intérimaire (DSRP intérimaire)* de 2002 du Gouvernement est conforme aux précédentes orientations politiques, insistant sur le développement des services de santé de base à travers les Zones de Santé et le soutien aux programmes spécialisés, en particulier le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose. Cette stratégie comporte également un engagement du gouvernement en faveur d'une hausse du budget du secteur à 15% du budget total. De même, le volet santé du *Programme Minimum de Partenariat pour la Transition et la Relance (PMPTR)* de 2004 du Gouvernement a pour objectif général de revitaliser le système de soins afin d'améliorer les progrès vers les OMD et pour objectifs spécifiques le développement des Zones de Santé et le renforcement des capacités institutionnelles à tous les niveaux.

79. Une nouvelle stratégie de financement du secteur de la santé, élaborée en 2004, traduit en particulier la volonté du Gouvernement de prendre en charge le problème majeur des barrières financières à l'utilisation des services ainsi que son intention de décentraliser et d'améliorer la gestion financière.

Chapitre 4 : Financement du secteur de la santé

1. Le système de santé Congolais tire ses ressources de différentes sources de financement dont, par ordre croissant, les entreprises, le budget de l'État, les bailleurs de fonds, et les contributions des ménages. Le budget de l'État n'a fait que décroître avant 2002 et couvre aujourd'hui difficilement le faible paiement des salaires du personnel de santé. En conséquence, le coût des soins de santé pour les ménages n'a fait que croître palliant ainsi au désengagement de l'État. L'investissement dans le secteur, particulièrement faible durant la décennie de conflit, est principalement pris en charge par l'aide extérieure. La conséquence immédiate de ce déséquilibre dans les sources de financement du secteur est la création de barrières financières qui limitent l'accès aux soins pour une partie importante de la population.

2. **Un partenariat entre le Gouvernement, les bailleurs de fonds et les utilisateurs des soins de santé pour garantir le financement du secteur était une composante essentielle de la réforme des Zones de Santé des années 80.** À la suite d'études pilotes, le Zaïre s'est engagé en 1982 dans le développement du système des Zones de Santé (ZS). La stratégie de financement des Zones de Santé se fondait sur le partage des coûts: l'assistance des bailleurs de fonds pour les dépenses d'investissement, le paiement des salaires de base et du fonctionnement des structures centrales et intermédiaires par le gouvernement, et le quasi-autofinancement à terme des dépenses de fonctionnement au niveau périphérique. La nécessité d'assurer les dépenses de fonctionnement – hors médicaments – avait obligé les Zones à établir des mécanismes de recouvrement des coûts. Des résultats positifs avaient été observés et en 1987 on considérait que 220 sur les 306 zones existantes étaient opérationnelles. Toutefois, la majorité des zones signalait des difficultés à assumer totalement le financement des dépenses de fonctionnement – couvertes en moyenne à 80%.

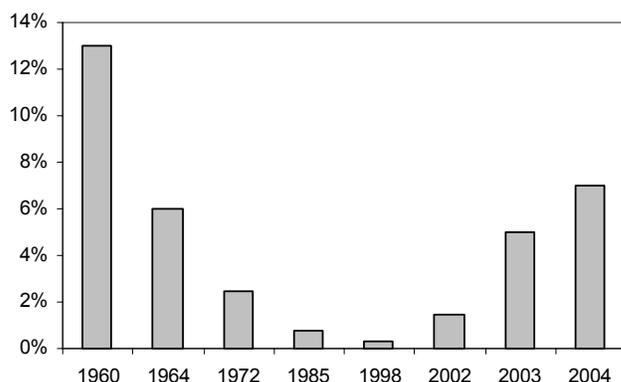
3. **Ce partenariat s'est écroulé dans les années 90 suite à l'arrêt de la coopération au développement et la diminution considérable des dépenses de santé du Gouvernement, laissant aux ménages la responsabilité entière du financement du secteur.** Au début des années 90, l'aide extérieure dans le secteur de la santé, qui couvrait les coûts d'investissement du système et palliait les difficultés d'autofinancement des ZS, a fortement diminuée suite aux sanctions internationales contre le Zaïre. Seuls quelques donateurs ont continué une aide sporadique à travers les ONG et les églises pour assurer le maintien d'un niveau minimal d'activités dans le secteur. Dans le même temps, le système de santé a vu, au cours des années, l'appui de l'État diminuer.

1. Dépenses publiques de santé

4. **En 2004, le budget total de l'État reste faible mais en croissance.** La crise des finances publiques depuis le début des années 80 a été caractérisée par i) la chute des revenus de l'État n'atteignant plus que 5% du PIB; ii) une croissance du déficit budgétaire; iii) une augmentation des dépenses de fonctionnement salariales au détriment des dépenses de fonctionnement non salariales et des investissements. Cependant, depuis 2001, les dépenses de l'État croissent à un rythme bien plus élevé que la croissance du PIB atteignant ainsi 19% du PIB en 2003. Par ailleurs, la RDC a accédé à l'Initiative en faveur des Pays Pauvres Très Endettés (PPTE) en juillet 2003.²⁰ Les ressources ainsi libérées sont destinées à financer des dépenses «pro-pauvres» dont le secteur de la santé est un bénéficiaire important.²¹

²⁰ La RDC bénéficie d'un allègement du service de la dette sous l'initiative PPTE estimé à USD 76 millions en 2004 dont 20% étaient alloués à la Santé (mais faiblement exécuté et majoritairement budgétisé pour la réhabilitation des Grands Hôpitaux Nationaux). Le même pourcentage est escompté pour le budget 2005.

Figure 24. Part du budget du secteur de la santé dans le budget de l'État



Sources : Ministère de la Santé et Tables Rondes de la Santé, Kinshasa, Mai 2004.

5. Les montants alloués au secteur ont considérablement augmenté ces dernières années.

Située à 3 millions USD en 2001 (soit 0,05 USD/habitant/an), la dotation budgétaire du Ministère de la Santé était de l'ordre de 13,5 millions USD²² en 2002 et se situait aux environs de 1,5% du budget total de l'État. En 2003, cette dotation (budget aménagé en novembre 2003) était de 5,3% représentant un montant de 17 milliards de francs congolais soit 44 millions USD et 0,8% du PIB. Ce montant doublait en 2004 atteignant 35,2 milliards de francs Congolais (dont 8,8 milliards de francs congolais, libérés par l'initiative PPTE) soit 87 millions USD, ou 1,4 USD par habitant. Cette allocation représente une augmentation par rapport aux années 90 (voir la Figure 24) mais se situe encore loin de l'objectif de 15% que s'est fixé le gouvernement dans le Document de stratégie de réduction de la pauvreté intérimaire (DSRP-I).

Tableau 26. Projection des revenus de l'État dans le domaine de la santé, RDC

	2003	2004	2005	2006	2007
PIB (en millions USD)	5 580,6	5 932,2	6 347,5	6 791,8	7 267,2
croissance du PIB – en valeur réelle – (%)	5,6	6,3	7,0	7,0	7,0
budget total de l'Etat (en % du PIB)	13,6	19,3	25,3	21,6	21,4
budget total de l'Etat (en millions USD)	759,0	1 144,9	1 605,9	1 467,0	1 555,2
% du budget alloué à la santé	5,3	7,1	8,0	9,0	10,0
budget de la santé (en millions USD)	40,2	81,3	128,5	132,0	155,5

Source : Auteurs sur base des projections du FMI (2004).

6. Le budget de l'État dans le secteur pourrait – en théorie – atteindre 155 millions USD en 2007 soit 2,7 USD/habitant/an. Les objectifs macro-économiques pour la période 2004-2007 prévoient une croissance du PIB de 6.8% par an. (FMI, 2004) Le Gouvernement s'est engagé à augmenter à 15% la part du budget de santé dans le budget total. Avec pour hypothèse que le pourcentage des dépenses alloués au secteur s'élève graduellement pour atteindre 10% à la fin de cette période, l'allocation du secteur pourrait atteindre 155 millions USD en 2007 (voir Tableau 26). Ces projections sont à tempérer par le taux d'exécution du budget de l'État et particulièrement celui du budget du secteur.

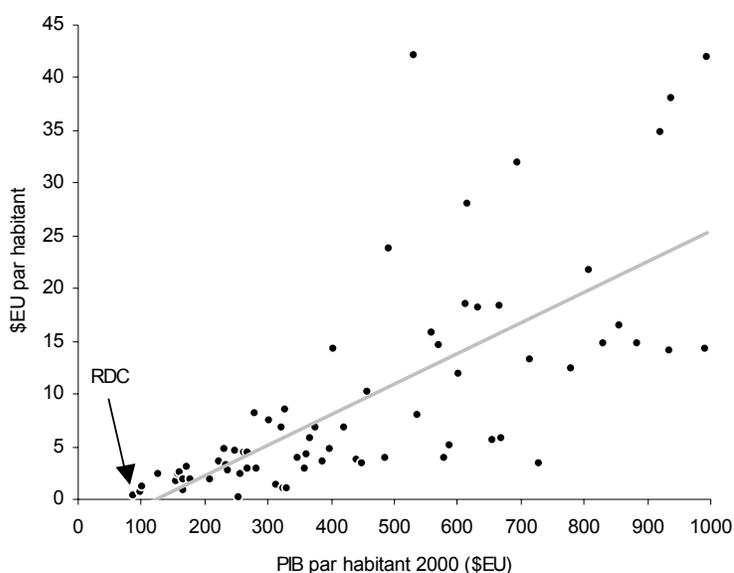
Le solde 2004 sera reporté pour le budget 2005 ce qui permet de penser que dès 2005 l'allocation budgétaire au secteur de la Santé pourrait s'accroître considérablement et la question de son équité dans l'allocation se pose.

²¹ Après 2007, si la RDC atteint le point d'achèvement, le produit de l'allègement de la dette ne sera plus « réservé » aux secteurs sociaux.

²² Soit 4,6 milliards de francs congolais en 2002.

7. En raison de la faible exécution des crédits, les dépenses de l'État dans le secteur diffèrent fortement du budget alloué, ainsi les dépenses réelles par habitant en 2004 n'était que de 0,40 USD. Les allocations sont exécutées de manière partielle, irrégulière et pas toujours comptabilisée. Ainsi en 2002, 55% du budget du secteur (8 millions USD) a été exécuté et en juin 2004, à mi-parcours, moins de 30% du budget 2004 avait été exécuté. Le gouvernement de la RDC dépense réellement en 2004 moins de 0,4 USD par habitant soit moins de 0,5% de son PIB dans le secteur de la santé. La Figure 25 montre que le niveau de dépenses publiques, sur ressources propres, est l'un des plus faibles au monde, mais aussi qu'il est lié à un revenu par habitant parmi les plus faibles au monde. L'atteinte de l'objectif de 2,5 USD par habitant, tel qu'estimé dans le Tableau 26, emmènerait la RDC à un niveau comparable à des pays ayant, en moyenne, un revenu par habitant au moins deux fois plus important.

Figure 25. Dépenses publiques de santé (sur ressources propres) et PIB par habitant (pays dont le PIB/habitant < 1 000 USD)



Source: Auteurs sur base de données OMS et Banque Mondiale.

8. Les données disponibles sur les dépenses publiques de 2002 indiquent l'ampleur de la pression sur le budget à l'époque. Ainsi, l'information du Ministère de la Santé sur les dépenses de fonctionnement, hors salaire, indique que seul 0,5 USD/habitant avait été budgétisé et 0,25 USD exécuté. Il semble logique qu'un tel niveau de dépense ait un effet dévastateur sur le fonctionnement des services et la capacité institutionnelle. La situation a apparemment progressé depuis mais il n'existe pas de données mesurant ces progrès. Quoiqu'il en soit, cela renforce l'idée que les projections présentées dans le Tableau 26 doivent être considérées comme un objectif désirable mais qui ne pourra être atteint qu'à la condition que de nets progrès soit accomplis dans le domaine de l'exécution du budget, de la gestion financière, et de la capacité d'absorption.

9. Les agences dépensières du Ministère se désintéressent très largement du processus budgétaire pour se concentrer sur l'aide extérieure. Les services ne connaissant pas les crédits qui leur sont alloués, n'essaient pas de poursuivre leur exécution, et ne se sont pas intéressés par la préparation des budgets d'une année à l'autre. Cette situation mène à une fragmentation des efforts du secteur et encourage la pratique de non-exécution, telle qu'observée pour les ressources PPTTE allouées au secteur en 2004.

10. Bien que les salaires forment la composante la plus importante du budget de l'État dans le secteur et celle avec le taux d'exécution le plus important, le salaire moyen du personnel de santé est extrêmement bas en termes absolus. Le budget de l'État dans le secteur en 2002 se répartissait de la manière suivante entre les catégories de dépenses: 62% des dotations étaient alloués aux salaires, 14% aux charges de fonctionnement non salariales, 13 % aux dépenses d'investissement, et 10% aux budgets annexes. Le budget dédié à l'achat des médicaments est inexistant depuis 1980. Il n'est pas possible d'obtenir des chiffres fiables de l'exécution du budget par catégorie de dépenses. Il semblerait toutefois que les taux d'exécution soient d'environ 70% pour les salaires et d'environ 40% pour les dépenses courantes hors personnel. Il n'existe aucune information disponible sur l'exécution des crédits pour les dépenses communes et pour les budgets annexes; en 2001, aucun crédit à l'investissement ne semble avoir été exécuté dans le secteur de la santé.

11. Les salaires moyens dans le secteur de la santé n'ont fait que se dévaloriser au cours du temps. En effet, le poste « rémunérations » ne représentait que 9 millions USD en 2002 et 6 millions USD en 2003.²³ Ce montant, qui représente un salaire moyen de 14 USD par mois, ne permet pas de verser une rémunération convenable aux salariés du secteur ou de mettre en œuvre l'avancement des salariés. De plus son insuffisance mène à l'accumulation d'arriérés. Le Ministère de la Santé estime que les salaires versés par l'Etat avoisinent 15 à 20 USD pour un Médecin Chef de Zone et moins de 50 USD par mois pour un Médecin Inspecteur Provincial tandis qu'un infirmier de centre de santé reçoit entre 10 et 30 USD par mois.²⁴

Tableau 27. Budget pour le secteur de la santé par province, RDC, 2002 (milliers USD sauf indication contraire)

Province	budget ordon. (salaires)	budget annexes (salaires)	budget annexes (fonction.)	budget total	budget total par habitant (USD)
Bas-Congo	295	3	44	342	0,09
Equateur	553	23	44	620	0,10
Bandundu	552	0	4	556	0,08
Kinshasa	5 172	401	989	6 562	0,89
Kasai Occidental	346	54	44	446	0,10
Kasai Oriental	621	0	4	625	0,11
Katanga	589	0	151	740	0,17
Total	8 128	482	1 282	9 893	0,26

Les chiffres pour les provinces de Nord-Kivu, Sud-Kivu, Maniema, et Province-Orientale ne sont pas disponibles. Source: Ministère des Finances (2002).

12. La répartition géographique du budget est nettement en faveur de Kinshasa. Les données sur le budget du secteur de la santé de 2002 indiquent que 10-20 cents par habitant sont alloués aux provinces, à comparer avec 1 USD par habitant pour la ville de Kinshasa (Tableau 27). En ce qui concerne les dépenses réelles, 60% du montant des salaires (budget exécuté) sont dépensés à Kinshasa (sièges et ville) tandis que 35% sont destinés au personnel en province et 5% destinés au personnel des Budgets Annexes. Cela s'explique en partie par la répartition inégale des médecins sur le territoire. Un autre élément d'explication serait une certaine croissance au sein du Ministère dont le nombre de directions centrales s'est accru de 6 à 11 entre 1998 et 2004 et le nombre de programmes spécialisés de 8 à 52.

²³ Cette diminution est difficilement explicable.

²⁴ Soeters (2003) estime le salaire mensuel souhaitable d'un Médecin Chef de Zone entre USD 100 et USD 200, et celui d'un infirmier entre USD50 et USD 60.

13. La répartition selon les structures et les fonctions est nettement en faveur du niveau central du Ministère. Il est difficile de déduire de l'information disponible la répartition par entité administrative. Toutefois, il apparaît clairement que le niveau intermédiaire n'est pas représenté formellement dans les dépenses récurrentes et que 44% de ce budget était alloué au Ministère et à ses unités administratives subordonnées en 2002.

14. Les niveaux intermédiaires du Ministère ne reçoivent pas de frais de fonctionnement du Gouvernement avec pour conséquence l'existence de « transferts négatifs » des formations sanitaires et de leurs utilisateurs. En effet l'absence de crédit de fonctionnement des services provinciaux dans le budget ne permet pas de financer l'administration décentralisée du secteur. En conséquence la charge du financement du fonctionnement des Inspections Provinciales de la Santé, antennes provinciales des programmes et directions, et des Inspections de District, repose désormais sur la taxation des services de santé par ces institutions.

2. Financement par les entreprises publiques et privées

15. Le financement des services de santé par les entreprises, particulièrement les entreprises publiques, était important dans les années 80. Une étude de 1986 indiquait que pour les 7,2 millions d'habitants qu'elles prenaient en charge, les entreprises avaient dépensé 144 millions USD en soins de santé, soit 20 USD par personne. De même en 1989, la contribution des entreprises au financement du secteur était estimée à 142 millions USD, couvrant environ 27% de la population. (Ministère de la Santé Publique, 1999) Le rôle des entreprises du secteur minier majoritairement publiques était essentiel (celles-ci représentaient 25% du PIB, 25% des recettes de l'État, 75% des exportations du pays, et 7% des emplois formels). La centaine d'entreprises publiques²⁵ avaient souvent leurs propres formations médicales et parfois même de grands hôpitaux. Les entreprises privées passaient plus souvent des conventions de services avec des formations médicales et payaient directement les soins donnés aux employés et à leur famille.

16. Cette contribution par les entreprises a disparu au cours de la dernière décennie et devrait reprendre difficilement. Avec la faillite des entreprises publiques, dont la production a connu des baisses comprises entre 50 et 80%, leur contribution au financement du secteur a disparu. Les autorités fiscales estimaient en 2003 que seules 600 entreprises réalisaient un chiffre d'affaires de plus de 100 000 USD. En 2004, une enquête a trouvé que 2,6% des répondants ayant consulté ont bénéficié de soins médicaux payés par leurs employeurs (Ministère de la Santé, 2004). Une autre étude récente évaluait cette proportion à 4,1% (BERCI, 2004).

3. Aide extérieure au secteur de la santé

17. L'Aide extérieure au secteur de la santé est en croissance et représente une source de financement plus importante que la contribution du Gouvernement. Cette aide, estimée à 95 millions USD en 1989, était devenue marginale à la suite du désengagement des bailleurs de fonds dans les années 90. Avec la reprise du processus de paix depuis 2001, l'aide extérieure – aide humanitaire et au développement – en RDC n'a fait que croître. Estimée à 137 millions USD en 2001 puis 150 millions USD en 2004 et 2005, cette aide pourrait atteindre 210 millions USD par an dans les prochaines années, soit 3,6 USD par habitant.²⁶

²⁵ Telles que Gécamines, Petrocongo (Cohydro), Onatra, et SNCC.

²⁶ Ce montant, aide humanitaire et aide au développement confondus, calculé par les auteurs, estime l'apport annuel de la Banque Mondiale à environ USD 45 millions/an (PMURR, MAP, PReSS), du Fonds Mondial à USD 33 millions, de l'Union européenne à USD 20 millions, de l'USAID à USD 20 millions, de la Coopération Belge à USD 10 millions, de la Banque Africaine du Développement (BAD) à USD 8

Encadré 4. La mise en œuvre des ressources selon l'approche contractuelle

Un premier niveau de contractualisation avec des agences d'exécution pour canaliser le financement vers les Zones de Santé. Les bailleurs de fonds choisissent majoritairement de canaliser leur financement à travers des ONG, des organisations religieuses, et des agences d'exécution implantées au Congo. Cela se justifie à la fois par le rôle normatif et de coordination dont s'est investi le Ministère de la Santé mais aussi par la faible capacité d'absorption et de logistique de celui-ci ainsi que la nécessité d'assurer la mise en œuvre rapide des fonds. Le Ministère supporte ce mécanisme de mise en œuvre et considère la création à plus long terme d'un « Fonds de Santé » englobant fonds propre du gouvernement et aide des bailleurs qui utiliseraient le même chemin de financement sous la coordination directe du Ministère. Les agences d'exécution prélèvent en général un pourcentage des frais du projet pour couvrir leurs frais administratifs. Ainsi, dans le cadre du projet PMURR, les 42 millions USD d'aide sur trois ans aux 67 Zones de Santé ont été mis en œuvre par huit agences d'exécution dans le cadre de contrats qui s'élèvent entre 2 et 7 millions USD.

Un second niveau de contractualisation avec les prestataires de services et les agents de santé pour canaliser le financement vers les soins de santé. Face à la faiblesse des salaires versés par l'État et l'importance des barrières financières à l'utilisation des soins de santé, le paiement de primes (contrats de performance) aux prestataires de soins privés ou publics (et dans une moindre mesure aux professionnels de santé du niveau intermédiaire du Ministère) sur la base de leur performance est à l'étude depuis quelques années en RDC. Le paiement de primes, souvent par l'agence de financement intermédiaire qui met en œuvre l'aide des bailleurs, vise à améliorer la quantité et la qualité des prestations effectuées mais aussi de manière indirecte à diminuer la tarification et ainsi accroître l'accès aux soins des populations les plus pauvres. Les conditions attachées à ces contrats de performance peuvent inclure par exemple la gratuité des soins pour les indigents.

En effet, la diminution de la dépendance des prestataires vis à vis de l'autofinancement pour compléter la rémunération du personnel et le fonctionnement des formations sanitaires ainsi que la disparition des prélèvements du niveau intermédiaire à travers les taxes d'inspections, telle que spécifiées dans le contrat, devrait conduire à un allègement des pressions sur la tarification, la mobilisation des ressources, et la prise en charge plus importante des indigents.

Le Ministère de la Santé mène cette réflexion sur la contractualisation avec ses partenaires et a publié un Vade-mecum du Partenariat qui constitue une tentative d'élaboration de normes dans ce domaine; toutefois l'implication des agents du Ministère dans la gestion de ces contrats est aujourd'hui faible. Des études pilotes sont actuellement en cours dans certaines Zones de Santé, en particulier celles supportées par le PMURR. Chaque agence d'exécution (ONG) semble avoir développé son propre type de contrat et de procédures pour sa mise en œuvre.

18. Une proportion importante de l'aide extérieure prend la forme d'une assistance intégrée aux Zones de Santé, souvent mise en œuvre par des ONG. Selon le Ministère de la Santé, environ 60% de l'aide prend la forme d'un « appui global » à la mise en œuvre du paquet minimum d'activités (PMA) à travers de multiple agents intermédiaires de financement, majoritairement des ONG. Cette aide couvre, en 2004, 60% des 515 zones de santé et met l'accent sur le renforcement de l'offre de soins de santé primaires.²⁷ Le montant annuel de cet appui par Zone de Santé est très variable, allant de 100 000 USD à 500 000 USD par an. Par ailleurs, certains donateurs appuient directement les niveaux centraux et intermédiaires du Ministère particulièrement les programmes verticaux.

19. L'aide humanitaire au secteur consiste surtout en un appui direct aux Zones de Santé dans les régions touchées par le conflit et met l'accent sur l'amélioration de la qualité de l'offre avec réduction des barrières financières. L'aide humanitaire passe à travers environ 40

millions, des agences des Nations Unies à USD 37 millions, de ECHO à USD 25 millions et des autres bailleurs à environ 12 millions USD.

²⁷ Ce chiffre pourrait atteindre 72% en 2005 avec les projets à venir de la Banque Mondiale et de l'Union Européenne.

ONG internationales et 13 agences des Nations Unies. Afin d'améliorer l'accessibilité financière, les programmes humanitaires portent leurs appuis sur la fourniture des médicaments essentiels, la rémunération du personnel de santé, et la régulation des prix de consultation.

20. L'aide au développement est partagée entre appui aux Zones de Santé et aux différents niveaux du Ministère et met principalement l'accent sur l'amélioration de l'offre de services. L'aide au développement comprend une part importante d'investissements en infrastructure, équipements et matériel (environ 50%). Elle est aussi caractérisée par son soutien aux structures administratives (Bureaux Centraux de Zone, Inspecteurs Médecins Provinciaux), aux instituts de formation technico-médicaux, et aux Centrales de Distribution Régionales (CDR). Elle comprend souvent des primes pour le personnel et la subvention des médicaments essentiels.

21. Dans ce contexte, le Ministère de la Santé se cantonne à un rôle stratégique, normatif et de coordination et ne met pas en œuvre directement les projets financés par les bailleurs. Dans sa déclaration suite à la Table Ronde de la Santé en mai 2004, le Ministère exprime son souhait d'« harmoniser [les appuis des donateurs], spécialement en ce qui concerne la politique de prise en charge du personnel, les contrats de performances et l'approvisionnement des médicaments et la subvention des soins à court terme ». Cette prise de responsabilité par le Ministère, particulièrement dans le domaine de la politique de recouvrement des coûts, de la politique pharmaceutique, et de la coordination de la multiplicité d'agences intermédiaires de financement, est essentielle dans ce contexte.

22. La question de la pérennité des interventions des acteurs dans le secteur ne se pose pas en raison de l'engagement des bailleurs de fonds qui s'accordent à dire que l'État ainsi que les ménages ne pourront financer seuls l'appui à l'ensemble des Zones de Santé dans un futur proche.

4. Financement par les ménages

23. Le recouvrement partiel des coûts à travers le paiement des usagers est depuis longtemps une source de financement des services de santé en RDC. Dans les années 80, la vente des médicaments et un système de frais de consultation, inspirés par l'Initiative de Bamako, furent instaurés parallèlement à l'organisation du pays en Zones de Santé. Ces changements furent accompagnés d'investissements en infrastructure et l'amélioration de la qualité des soins financés par les bailleurs de fonds. C'était l'époque des programmes d'ajustement structurel, impliquant des restrictions budgétaires ainsi que la recherche de financements stables et durables de la part des bailleurs. La stratégie d'alors, défendue notamment par la Banque Mondiale, consistait à favoriser l'accroissement des frais de consultation pour appuyer l'amélioration de la qualité tout en développant des schémas d'exemption afin de prévenir une diminution de la fréquentation des services par les plus pauvres. En Afrique sub-saharienne, malgré l'existence de quelques expériences documentées au cours desquelles une augmentation des frais de consultation, contrebalancée par une amélioration de la qualité, avaient mené à une hausse de la fréquentation des services, l'expérience du recouvrement des coûts se caractérise le plus souvent par un recouvrement insuffisant des coûts, un dysfonctionnement des systèmes d'exemption et une faible fréquentation des services.

24. En RDC, dans les années 90, les ménages sont devenus la source quasi-unique de financement des services de santé, avec l'arrêt presque complet de toute aide internationale et la diminution des dépenses publiques dans le secteur. L'absence de budget, au niveau du Gouvernement, pour la rémunération du personnel et l'absence d'appui international aux investissements ont eu pour conséquence inévitable une réduction considérable de la fréquentation des services. Comme cela a été discuté dans le chapitre qui traite de la performance des systèmes de santé, les taux d'utilisation par habitant des soins curatifs observés après le retrait des bailleurs sont autour de 0,15 ou moins comparé à des taux d'environ 0,6 observés dans les

années 80. Les services de santé se sont détériorés; cependant, le maigre financement provenant du paiement des usagers et l'assistance sporadique des donateurs permirent au système de continuer à fonctionner à un faible niveau.

25. La barrière économique a pour conséquence l'exclusion d'une grande partie de la population qui ne recherche plus de soins. Diverses études ont montré que la proportion de malades qui ne recherche pas ou ne reçoit pas des soins varie considérablement mais peut s'élever à 50% (Tableau 28 et Tableau 30) Par exemple, le MICS2 de 2001 montrait que 40% des enfants présentant des symptômes d'infections respiratoires aiguës n'avaient pas consulté. Dans toutes les études où cela a été mesuré, les raisons financières en sont la cause majeure, avec un pourcentage des cas exclus par les barrières financières variant entre 7% et 30% des cas. (Tableau 28) Par exemple, parmi un échantillon de populations cibles de structures sanitaires dans neuf provinces en 2004, 19% des ménages indiquaient que les femmes enceintes ne pourront pas accéder aux soins prénatals en raison du coût prohibitif de ceux-ci (BERCI, 2004).

Tableau 28. Proportion de cas qui n'a pas reçu de soins, en total et pour des raisons financières, RDC

	(% de cas)		source
	n'a pas cherché/reçu de soins	n'a pas reçu de soins pour des raisons financières	
Basankusu (Equateur)	36	29	MSF (2001)
Lisala (Equateur)	24	19	"
Kilwa (Katanga)	28	23	"
Kimpangu (Bas-Congo)	20	10	"
Inongo (Bandundu)	22	18	"
Nord-Kivu	19	15	Soeters (2003)
Kasai-Oriental	16	7	PSF (2003)
9 provinces	23	19	BERCI (2004)*

* Fait référence aux consultations prénatales; l'échantillon a été tiré parmi les populations cibles des formations sanitaires.

26. De plus, une grande proportion des malades a recours à l'automédication. La proportion de la population qui a recours à l'automédication est estimée par divers enquêtes à 20% à 40% des cas, c'est-à-dire ceux qui ont recours aux pharmacies privées et aux médicaments de la rue (Tableau 29). Ainsi le MICS2 montrait qu'environ 14% des enfants présentant des symptômes d'infections respiratoires aiguës avaient eu recours à une pharmacie privée ou un marchand de médicaments, tandis que 10% n'avaient reçu de traitements que par un parent ou ami. De même, une étude au Nord-Kivu déterminait que 38% des cas de maladies pendant le mois précédant avaient eu recours à des pharmacies privées et des marchands de médicament. Cette étude estimait aussi que la moitié pauvre de la population était celle avec la probabilité la plus importante d'avoir recours à ce type de traitement (Soeters, 2003). Ces enquêtes indiquent qu'en cas de maladie, la proportion de la population qui n'a pas de contact avec un agent de santé formel se situe autour de 50%.

27. Certaines études ont aussi démontré les contraintes financières de ceux qui contactent les services de soins. Une étude au Maniema indiquait que 6% des cas ayant reçu des soins devaient abandonner le traitement en raison du coût de celui-ci. (Poletti, 2003) L'enquête du Nord-Kivu déterminait que 25% des patients ayant consulté un personnel de santé formel n'avaient pas poursuivi le traitement (mais les raisons n'étaient pas investiguées). (Soeters, 2003)

28. L'élasticité prix de la demande des soins, bien que peu mesurée, semble négative et particulièrement plus importante pour les plus pauvres. Il y a un certain nombre de cas documentés en RDC dans lesquels on a déterminé que la réduction des frais de consultation entraînait l'accroissement de l'utilisation des services ou que l'augmentation des frais avait un effet négatif sur la fréquentation. Cette baisse de fréquentation conséquente a été particulièrement bien observée lors de l'accroissement abrupt des frais de consultation dans les années 80 (Bethune *et al.*, 1989). Une étude prospective dans une Zone de Santé dans la province de Bandundu entre 1987 et 1991 a observé une baisse de la fréquentation allant jusqu'à 40% lors de l'instauration de frais de consultation avec une amélioration de la qualité qui ne compensait pas l'effet de l'instauration des frais (Haddad et Fournier, 1995). Un programme mené par une ONG en 2002 avait démarré dans un contexte de taux d'utilisation par habitant aussi faible que 0,18 pour les soins curatifs; ce taux s'éleva à 0,44, puis 0,65, parallèlement à la baisse des frais de consultation (Poletti, 2003).

Tableau 29. Proportion de cas qui a recours à l'automédication et proportion qui n'a pas reçu de soins, RDC

	(% de cas)		source
	automédication*	n'a pas cherché/reçu de soins	
Nord-Kivu	38	19	Soeters (2003)
Kasai-Oriental	25	16	PSF (2003)
5 provinces	40	21	ESP (2003)
9 provinces	..	38	BERCI (2004)
Bandundu	19	40	MICS2 (2001)
Bas-Congo	21	50	"
Equateur	29	45	"
Kasai-Occidental	18	44	"
Kasai-Oriental	26	50	"
Katanga	24	47	"
Kinshasa	6	38	"
Maniema	28	21	"
Nord-Kivu	38	27	"
Province-Orientale	25	42	"
Sud-Kivu	19	53	"
ensemble du pays	24	44	"

* Soins cherchés à la pharmacie, vendeur de médicaments, famille, voisin, ou autre.

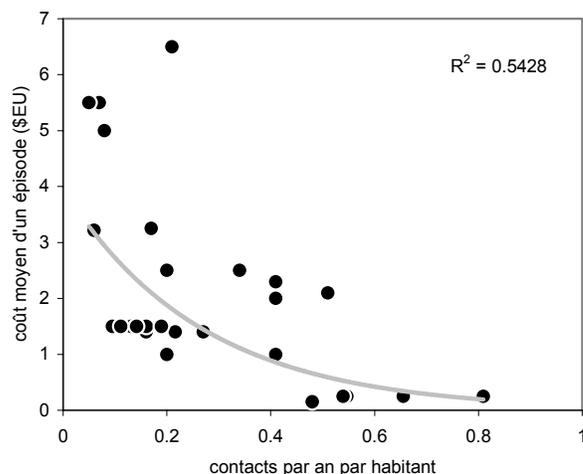
29. Une étude conduite en 2005 sur des données provenant de 26 Zones de Santé appuyés par des ONG a bien démontré la relation entre le niveau des coûts de soins et le taux d'utilisation des services. En fait, il semblerait que le coût d'une consultation doit descendre en dessous de 1 USD pour obtenir des taux de fréquentation supérieurs à 0,5 contacts par an (Figure 26). Bien sur, l'amélioration de la qualité due aux interventions extérieures est aussi à prendre en compte comme cause de cet accroissement significatif.

30. Il n'existe pas de données fiables, en RDC, sur les dépenses de santé des ménages ni sur les dépenses totales de santé.²⁸ La Banque Mondiale estimait en 1980 que la dépense de santé

²⁸ Un certain nombre d'études ponctuelles ont toutefois estimé le coût par épisode de maladie entre USD 1 et USD 5,5, et le nombre moyen d'épisodes de maladie par personne et par an à 3. En partant de

annuelle par habitant avoisinait 5,6 USD. L'étude au Nord-Kivu en 2003 estimait la dépense de santé par habitant à 6,5 USD (Soeters, 2003). Ces estimations, ainsi que les prix pour différents services de santé (Tableau 30), peuvent être comparés au PIB par habitant, estimé à moins de 100 USD.

Figure 26. Taux d'utilisation des services curatifs en fonction du coût moyen par épisode, RDC, 2005 (n = 26)



Source : Révillion (2005).

31. Toutefois, il semble évident que la dépense de santé pèse lourdement sur le budget des ménages particulièrement les plus pauvres. Etant donné le niveau de pauvreté en RDC, on peut déduire intuitivement que le coût des soins de santé représente un poids considérable pour les ménages. Une étude menée par une ONG au Maniema en 2001 avait ainsi déterminé que 30% des patients avaient dû vendre des biens pour couvrir leurs frais médicaux, tandis que 15% avaient dû emprunter (Poletti, 2003). L'étude au Nord Kivu avait déterminé pour sa part que 24% des patients avaient dû vendre un bien pour régler leur factures médicales tandis que 12% avaient contracté des dettes, et 6% avaient emprunté à leur famille (Soeters, 2003). L'étude récente sur la population cible des formations sanitaires a déterminé que 35% des malades ayant reçu des soins n'avaient pas été à même de régler le total de leur facture (BERCI, 2004). L'effet appauvrissant des paiements directs pour les ménages peut se manifester par un amenuisement du capital, une accumulation de dettes et un détournement des ressources des activités productives.

Tableau 30. Exemples de tarifs relevés pour les soins de santé, RDC

	montants relevés (USD)
épisode de paludisme	3,8 (dont médicament 0,53)
épisode de diarrhée	4,7 (dont médicament 0,6)
accouchement au Centre de Santé	3 à 10
accouchement à l'hôpital général de référence	5 à 15
acte de chirurgie	5 à 45
césarienne	10 à 125

Source: tarifs observés dans divers études citées

32. Par contre, les revenus provenant du paiement des usagers ont permis de maintenir un minimum de services de santé. L'expérience dans les pays d'Afrique sub-saharienne a montré

l'hypothèse que 60% des épisodes de maladie font l'objet de soin et que le coût moyen par épisode est de USD3, on obtient une dépense annuelle par habitant de USD 5,4.

que le système de recouvrement des coûts permettait de couvrir entre 5 et 10% du coût total des soins de santé primaire mais pourrait parvenir à couvrir le coût des médicaments. Ainsi une étude au Zaïre dans les années 80 a déterminé que le paiement des usagers couvrait 97% des charges de fonctionnement non salariales (dont majoritairement les coûts des médicaments) (Poletti, 2003). Cependant, en RDC, au cours de la dernière décennie les salaires n'ont pas été versés de manière adéquate et continue avec pour conséquence l'inclusion de la rémunération du personnel de santé dans les tarifs des soins et le prix de revente des médicaments. Même si ces paiements ont permis de maintenir à un niveau minimal le système de santé, il semble que seule une amélioration du financement public (sur ressources internes et externes), couvrant au moins le salaire du personnel de santé, peut permettre d'aboutir à une amélioration de la qualité et une croissance des taux d'utilisation des services de santé.

33. Il existe de nombreux systèmes de tarification. Dans les Zones appuyées par les ONG, soit la tarification est fixée par les comités de santé, généralement en tarification à l'acte (une marge bénéficiaire sur la vente des médicaments est alors fixée par l'ONG), soit les tarifs sont fixés par l'ONG dans son projet et imposés. En matière de tarification, deux options se présentent : i) la tarification forfaitaire, qui inclut l'ensemble des actes et les médicaments prescrits lors de la consultation ; et ii) la tarification « à l'acte » qui consiste à facturer l'ensemble des actes et des prescriptions séparément. La tarification forfaitaire a l'avantage d'inciter à la rationalisation des prescriptions, de créer une sorte de mutualisation du risque, de simplifier la facturation et l'information à la population. Les inconvénients sont les risques financiers en cas de surprescription ou, à l'inverse, de rationnement des prescriptions pour majorer les marges bénéficiaires. Elle nécessite en outre une disponibilité constante des médicaments et un suivi rigoureux des consommations. La tarification à l'acte permet de garantir la viabilité financière essentiellement dans la rubrique « Médicaments ». Cependant elle incite à la surprescription, les recettes n'étant plus proportionnelles au nombre de patients reçus mais au nombre d'actes et de prescriptions posés sur un patient. Par ailleurs, elle ne favorise pas la continuité des soins, les patients ne pouvant pas toujours honorer la totalité de leurs ordonnances.

34. La gestion financière est au mieux informelle, le concept d'exemption fonctionne mal, et la collecte des frais de consultation a conduit à des abus. Le budget et la gestion financière au niveau des formations sanitaires semblent en effet inexistantes. Une étude récente auprès de 56 centres de santé a ainsi montré qu'aucune formation sanitaire enquêtée n'avait de budget officiel (BERCI, 2004).

35. Les politiques d'exemption en place sont censées garantir l'accès des indigents tels que désignés par l'administration locale. Cependant seule une partie infime de la population semble bénéficier de ces exemptions. Un sondage auprès de la population cible de formations sanitaires dans neuf provinces (n = 2 880) indique que seuls 1,4% des patients possèdent une carte « d'ayant droit » ou « d'indigence » pour que leur factures soient couvertes par l'État (BERCI, 2004). L'administration locale est censée rembourser directement aux Zones de Santé les soins prodigués aux indigents mais cela est rarement fait. En fait, les exemptions dont bénéficient les fonctionnaires et les militaires représentent une proportion plus importante que les exemptions pour les indigents. De plus, le non remboursement de ces dernières par l'administration pèse plus lourdement sur les revenus des formations sanitaires et des Zones de Santé (Maltheser, 2004). Cela oblige les formations sanitaires à accroître encore les tarifs, ce qui fait de ces exemptions une taxe indirecte et régressive.

36. Un exemple de l'effet pervers de cette situation où les populations les plus pauvres supportent la majeure partie du financement des services de santé, est la pratique de contraindre les patients soignés à rester dans les formations sanitaires jusqu'à ce que leur famille aient réglé les factures. Apparemment, cette pratique est particulièrement courante dans le cas de soins obstétricaux d'urgence dans la mesure où le prix élevé d'une césarienne est hors de portée pour la majorité de

la population. Des évidences empiriques sont fournies par l'étude sur la population cible des formations sanitaires dans neuf provinces, qui montre que 28% des répondants affirment que les formations sanitaires emprisonneront les patients si la famille ne règle pas les frais (BERCI, 2004).

37. Les nombreuses expériences de mutuelles de santé protégeant les ménages contre une potentielle dépense catastrophique de santé méritent d'être explorées. La plus large et la plus étudiée est celle de Bwamanda, Equateur, qui fournit une assurance pour les soins hospitaliers à 114.000 membres. Il y a aussi un grand nombre d'arrangements divers impliquant les petits groupes qui se protègent contre les risques de dépenses catastrophiques. Ces arrangements sont à petite échelle; une étude en neuf provinces en 2004 a trouvé que 2,4% des ménages avaient leurs frais de soins de santé couverts par une mutuelle (BERCI, 2004). Il faut noter que de tels programmes ne seront pas facilement reproduits et ne bénéficieront pas nécessairement aux plus pauvres. Par exemple, à Bwamanda, bien que l'utilisation des soins hospitaliers est bien plus importante chez les assurés que dans le reste de la population, les plus pauvres ont la probabilité la plus faible d'être assurés. (Criel *et al.*, 1999). L'échec d'au moins une mutuelle pilote, supportée par une aide extérieure, a été étudié à Masisi, Nord-Kivu. Les raisons de cet échec incluaient des faiblesses dans la conception (amenant à la surconsommation des services), et l'absence d'appropriation de la part des assurés (Noterman *et al.*, 1995). Les mutuelles – et toute autre forme d'assurance à base communautaire – ne peuvent améliorer la situation générale en l'absence d'une croissance de la dépense publique pour le secteur, mais forment une potentielle stratégie pour réduire les risques et améliorer l'équité au niveau des ménages.

38. Réduire la barrière économique à l'accès aux soins et le poids sur les ménages nécessite un accroissement considérable de la dépense publique et de l'aide extérieure au secteur. La population de la RDC est trop pauvre pour couvrir à elle seule le besoin de financement du secteur. Réduire la barrière financière aux soins et l'effet appauvrissant des dépenses de santé sur les ménages nécessite une augmentation du niveau des dépenses publiques. Même si le budget de l'État s'est accru ces dernières années, cela reste illusoire dans la mesure où seule une faible partie est exécutée – soit une estimation pour 2004 de 24 millions USD ou 0,4 USD par habitant. L'assistance extérieure s'est accrue considérablement, et les projections pour les prochaines années avoisinent les 150 millions USD ou 3,6 USD par habitant et par an. Le niveau annuel des dépenses publiques de santé avoisinerait à environ 4 USD par habitant dans les prochaines années.

39. Un appui supplémentaire au secteur devrait être accompagné de mesures spécifiques afin de réduire l'impact des paiements directs par les usagers Dans tous les cas, il est certain qu'une part du besoin de financement continuera à être couverte par les paiements des usagers. L'accroissement de la dépense publique et de l'aide extérieure doit s'accompagner de mesures ayant pour objectif d'améliorer les systèmes de recouvrement des coûts pour protéger tout particulièrement les ménages les plus pauvres de l'effet appauvrissant des dépenses de santé. Du côté de l'offre, au niveau des formations sanitaires et des Zones de Santé, ces initiatives peuvent inclure une meilleure gestion, comptabilité et transparence financière, l'allocation des ressources provenant des paiements par les usagers pour accroître la qualité, et une meilleure performance des systèmes d'exemption. De telles mesures n'auraient un impact que dans un contexte d'accroissement de la dépense publique, particulièrement en ce qui concerne les salaires et les remboursements des frais induits par les patients exemptés ainsi qu'un appui extérieur technique et financier.

40. Atteindre les OMD nécessitera un effort bien plus important mais l'écart de financement n'est pas insurmontable sur le court terme. Les estimations du coût pour atteindre les OMD en 2015 dans d'autres pays de l'Afrique sub-saharienne varient considérablement. Le projet des Nations Unies pour le Millénaire estime le besoin annuel pour le

Ghana, la Tanzanie, et l'Uganda, à 16-23 USD, atteignant 30-44 USD en 2015. Une estimation jointe du Gouvernement d'Éthiopie et de la Banque Mondiale estime le coût marginal annuel autour de 6 USD, atteignant 15 USD en 2015 (ce sont les coûts supplémentaires à ce qui est dépensé actuellement).

41. Faute d'informations spécifiques à la RDC, en prenant pour hypothèse que les besoins additionnels en RDC seront équivalents à ce qui est estimé pour l'Éthiopie, le besoin annuel de financement public dans les prochaines années serait d'environ 6 USD par habitant. Si l'on estime que les dépenses publiques prévues dans le secteur pourraient atteindre 4 USD dans les prochaines années, on obtient un déficit de financement de 2 USD par habitant, pour un montant total de 120 millions USD. Cela ne semble pas insurmontable et une partie non négligeable pourrait être couverte par le Gouvernement si les projections de croissance du PIB et des dépenses de santé du gouvernement, telles que décrites dans le Tableau 26, sont atteintes.

42. Par contre, un programme plus ambitieux pour atteindre les OMD coûtera dans les prochaines années entre 16 et 23 USD par habitant selon les estimations du projet Nations Unies pour le Millénaire. Dans ce cas, l'écart annuel serait de 12 USD par habitant ou plus.

Références Bibliographiques

- AbouZahr, C. et Wardlaw, T. (2001) "Maternal Mortality in 2000: Estimates Developed by WHO, UNICEF and UNFPA," New York.
- ACF Action Contre la Faim (2001) "Enquête nutritionnelle, Zone de Santé de Malemba-Nkulu," Décembre, Kinshasa.
- ACF Action Contre la Faim (2003) "Enquête nutritionnelle, Zone de Santé de Bolomba 2," Décembre, Kinshasa.
- ACF Action Contre la Faim (2004) "Enquête Nutritionnelle Anthropométrique, Zone de Santé de Befale II," Janvier, Kinshasa.
- ACF Action Contre la Faim (2004) "Enquête Nutritionnelle Anthropométrique, Zone de Santé de Basankusu," Février, Kinshasa.
- Ahuka, O.L., Chabikuli, N., et Ogunbanjo, G.A. (2004) "The effects of armed conflict on pregnancy outcomes in the Congo," *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 84: 91-92.
- Arhin-Tenkorang, D. (2000) "Mobilizing Resources for Health: The Case for User Fees Revisited," Commission on Macroeconomics and Health Working Paper 6.
- Baer, F. (2004) "Comparing MOH/DEP, PMURR and SANRU 'Appui Global,'" unpublished.
- Behune, X. de, *et al.* (1989) "The Influence of an Abrupt Price Increase on Health Services Utilization: Evidence from Zaire," *Health Policy and Planning*.
- BERCI (2004) "État des lieux des mécanismes de gestion et de l'efficacité de la fourniture des services de base au niveau local en RDC," Kinshasa.
- Casey, S. (2002) "Assessment of Reproductive Health in the Democratic Republic of Congo," JSI Research & Training Institute and Reproductive Health for Refugees Consortium, Arlington.
- Claeson, M., Griffin, C.G., Johnston, T.A., McLachlan, M., Soucat, A., Wagstaff, A., et Yazbeck, A.S. (2001) "Health, Nutrition, and Population," in *Poverty Reduction Strategy Paper Sourcebook*, World Bank, Washington.
- Commission on Macroeconomics and Health (2001) *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development*, World Health Organization, Geneva.
- Criel, B. *et al.* (1998) "Voluntary health insurance in Bwamanda, Democratic Republic of Congo: An exploration of its meanings to the community," *Tropical Medicine and International Health* 3 (8): 640-653.
- Criel, B. et Kegels, G. (1997) "A health insurance scheme for hospital care in Bwamanda district, Zaire: lessons and questions after 10 years of functioning," *Tropical Medicine and International Health* 2(7): 654-672.
- Criel, B., Van der Stuyft, P. et Van Lerberghe, W. (1999) "The Bwamanda hospital insurance scheme: effective for whom? A study of its impact on hospital utilization patterns," *Social Science & Medicine* 48: 897-911.
- Democratic Republic of the Congo (2004) "Minimum Partnership Program for Transition and Recovery for the Democratic Republic of the Congo," novembre, Kinshasa.
- Ekman, B. (2004) "Community-based health insurance in low income countries: a systematic review of the evidence," *Health Policy and Planning* 19 (5): 249-270.
- ESP École de Santé Publique, Université de Kinshasa (2003) "Enquête CAP-menage sur la situation sanitaire des zones de santé appuyées par la Banque Mondiale a travers le BCECO dans le cadre du PMURR: Rapport final," septembre, Kinshasa.

- Filmer, D. et Pritchett, L. (2001) "Estimating Wealth Effects Without Expenditure Data – Or Tears: An Application to Educational Enrollments in States of India," *Demography*, 38 (1): 115-143.
- FMI Fonds monétaire international (2004) "Democratic Republic of the Congo: Fourth Review Under the Three-Year Arrangement Under the Poverty Reduction and Growth Facility, Requests for Waiver of Performance Criteria and Additional Interim Assistance Under the Enhanced Initiative for Heavily Indebted Poor Countries – Staff Report," août, Washington.
- Haddad S. et Fournier P. (1995) "Quality, Cost and Utilization of Health Services in Developing Countries: A Longitudinal Study in Zaire," *Social Science & Medicine* 40 (6): 743-753.
- Ilunga, T.B., Contandriopoulos, A.-P. et Fournier, P. (1995) "Plan de paiement anticipé des soins de santé de Bwamanda (Zaïre): Comment a-t-il été mis en place?" *Social Science & Medicine* 40 (8): 1041-1052.
- International Labour Office (2002) "Extending Social Protection in Health Through Community Based Health Organizations: Discussion Paper," Social Security Policy and Development Branch, Geneva.
- IRC International Rescue Committee (2001) "Mortality in eastern Democratic Republic of Congo: Results from Eleven Mortality Surveys," New York.
- IRC International Rescue Committee (2003) "Mortality in the Democratic Republic of Congo: Results from a Nationwide Survey Conducted September – November 2002," avril, New York.
- IRC International Rescue Committee (2004) "Mortality in the Democratic Republic of Congo: Results from a Nationwide Survey Conducted April – July 2004," New York et Melbourne.
- IRIN Integrated Regional Information Network (2003) "Epicentre conducts two retrospective mortality surveys in the DRC for Coopi," Nations Unies, Nairobi.
- IRIN Integrated Regional Information Network (2004) "Our Bodies – Their Battleground: Gender-based Violence in Conflict Zones," Nations Unies, septembre, Nairobi.
- Kahindo, J.B. (2002) "Qualité de soins au niveau des structures hospitalières: Une analyse partielle au niveau de 35 hôpitaux de Kinshasa," CEMUBAC, Kinshasa.
- Kayembe, C. and Gyenano, M. (2001) "Etude auprès des infrastructures sanitaires des facteurs à la base de la mortalité à Kinshasa," United Nations Office of the Coordinator for Humanitarian Affairs, Kinshasa.
- Maltheser (2004) "2ème Rapport intermédiaire pour un projet de financement 8ème FED (Art. 72 et 73 de l'Accord de Cotonou)," Ariwara, DRC.
- MDM Médecins du Monde (2004) "Programme d'appui sanitaire et de renforcement des capacités des acteurs dans la zone de santé de Kongolo," Kinshasa.
- MDM Médecins du Monde (2004) "Rapport de l'étude de faisabilité pour l'accessibilité financière aux soins de santé primaires dans la zone de Kongolo," Kinshasa.
- Measure DHS (2004) "Demographic and Health Surveys," disponible à <http://www.measuredhs.com>
- Ministère de la Santé, République Démocratique du Congo (1999a) "État des Lieux du Secteur de la Santé: Profil Sanitaire au Niveau Central, des Provinces, des Zones de Santé et des Ménages, avril-juin 1998," Kinshasa.
- Ministère de la Santé, République Démocratique du Congo (1999b) "Politique et Plan Directeur du Financement des Services de Santé," février, Kinshasa.
- Ministère de la Santé, République Démocratique du Congo (2001a) "Plan directeur de développement du Programme national de lutte contre la tuberculose," Programme national de lutte contre la tuberculose, octobre, Kinshasa.

- Ministère de la Santé, République Démocratique du Congo (2001b) “Plan quinquennal de l’initiative ‘Faire Reculer le Paludisme’ en RDC : 2002-2006,” Programme national de lutte contre le paludisme, octobre, Kinshasa.
- Ministère de la Santé, République Démocratique du Congo (2002) “Plan quinquennal stratégique du PEV : 2003-2007,” Programme élargi de vaccination et de lutte contre les maladies transmissibles de l’enfance, août, Kinshasa.
- Ministère de la Santé, République Démocratique du Congo (2004a) “Aperçu sur la résistance du *Plasmodium falciparum* aux antipaludiques en République Démocratique du Congo,” novembre, Kinshasa.
- Ministère de la Santé, République Démocratique du Congo (2004b) “Plan d’action triennal 2004-2006,” juin, Kinshasa.
- Ministère de la Santé, République Démocratique du Congo (2004c) “Politique et stratégies de financement du secteur santé,” septembre, Kinshasa.
- Ministère de la Santé, République Démocratique du Congo (2004d) “Rapport d’étude: accessibilité financière aux soins de santé,” version provisoire, Kinshasa.
- Mock, N.B., Bossert, T., et Miatudila, M. (1990) “The Sustainability of U.S.-Supported Health, Population, and Nutrition Programs in Zaire: 1972-1988,” USAID Occasional Paper No. 38, Washington.
- MSF Médecins sans Frontières (2001) “Accès aux soins et violences au Congo (RDC): Résultats de cinq enquêtes épidémiologiques,” décembre, Bruxelles.
- MSF Médecins sans Frontières (2004) “‘I Have No Joy, No Peace of Mind,’ Medical, Psycho-social and Socio-Economic Consequences of Sexual Violence in Eastern DRC,” Amsterdam.
- Mugisho, E., Dramaix, M., Porignon, D., Mahangaiko, E., Hennart, P., et Buekens, P. (2003) “Référence et issues à l'accouchement au Kivu, République Démocratique du Congo,” *Revue d’Épidémiologie et de Santé Publique*, 51: 237-244.
- Nations Unies (1989) “QFIVE: United Nations Program for Child Mortality Estimation,” New York.
- Noterman, J.-P., Criel, B., Kegels, G., et Isu, K. (1995) “A Pre-Payment Scheme for Hospital Care in the Masisi District in Zaire: A Critical Evaluation,” *Social Science & Medicine* 40 (7): 919-930.
- OCHA Bureau de Coordination des Affaires Humanitaires des Nations Unies (2001) “Etude sur les tendances, niveaux et causes à la base de la mortalité à Kinshasa,” juin, Kinshasa.
- ONUSIDA (2004) “Epidemiological Fact Sheet: Democratic Republic of Congo, 2004 Update” New York.
- Poletti, T. (2003) “Healthcare Financing in Complex Emergencies: A Background Issues Paper on Cost-Sharing,” London School of Hygiene and Tropical Medicine, London.
- Porignon, D., Soron’Gane, E.M., Lokombe, T.E., Isu, D.K., Hennart, P., et Van Lerberghe, W. (1998) “How robust are district health systems? Coping with crisis and disasters in Rutshuru, Democratic Republic of Congo,” *Tropical Medicine and International Health* 3 (7): 559-565.
- Présidence de la République, République Démocratique du Congo (2001a) “Plan directeur de développement sanitaire : 2002-2009,” février, Kinshasa.
- Présidence de la République, République Démocratique du Congo (2001b) “Politique nationale de la santé,” février, Kinshasa.
- Présidence de la République, République Démocratique du Congo (2001c) “Politique pharmaceutique nationale,” février, Kinshasa.
- Preston, S.H., Heuveline, P. et Guillot, M. (2001) *Demography: Measuring and Modeling Population Processes*, Blackwell Publishers Ltd, Oxford.

- Programme National de Nutrition (2004) "Enquête nutritionnelle dans la Ville-Province de Kinshasa, Mars 2004," Ministère de la Santé, République Démocratique du Congo, Kinshasa.
- PSF Pharmaciens sans Frontières (2003) "Rapport enquête socio-économique Kasai-Oriental," version provisoire, Kinshasa.
- République Démocratique du Congo (1995) "Enquête sur la situation des Enfants et des Femmes au Zaïre en 1995 (ENSEF-Zaïre/1995)," Kinshasa.
- République Démocratique du Congo (2002) "Enquête National sur la situation des Enfants et des Femmes MICS2/2001: Rapport d'analyse," Kinshasa.
- République Démocratique du Congo (2002) *Document Intérimaire de Stratégies de Réduction de la Pauvreté*, Kinshasa.
- Révillion, M. (2005) "Rapport d'enquête sur les stratégies d'appui aux Zones de Santé en République Démocratique du Congo," COWI, Copenhague.
- Schneidman, M. (1990) "Mortality and Fertility Trends in Zaïre," Internal Discussion Paper, Africa Regional Series, World Bank, November, Washington.
- Shepard, D.S., Vian, T. et Kleinau, E.F. (1990) "Health Insurance in Zaïre," Policy, Research and External Affairs Working Paper 489, World Bank, Washington.
- Soeters, R. (2003) "Étude socio-économique d'accessibilité aux soins," ASRAMES, Goma.
- Stata Corporation (2003) "Stata Special Edition 8.0 for Windows," College Station, Texas.
- Traore, M. and Grant, F. (2002) "RH Related Morbidity and Mortality in Eastern Congo: Findings from Maniema Province," Care International.
- Union Européenne (1998) "PATS II" Bruxelles.
- US Census Bureau (2003) "Population Analysis Spreadsheets for Excel 97-2000 (PASEX)," International Programs Center, Washington.
- US Census Bureau (2004) "International Database," Washington, disponible à <http://www.census.gov/ipc/www/idbsum.html>
- Van den Broeck, J., Eeckels, R., et Massa, G. (1996) "Maternal determinants of child survival in a rural African community," *International Journal of Epidemiology* 25: 998-1004.
- Van Lerberghe, W. et Lafort, Y. (1990) "The Role of the Hospital in the District : Delivering or supporting primary health care?" World Health Organization, Geneva (WHO/SHS/CC/90.2).
- Vandenbergh, D., Pingannaud, P. et Hody, B. (2002) "Etude de faisabilité pour la mise en oeuvre d'un système d'approvisionnement et de distribution de médicaments et consommables médicaux essentiels en République Démocratique du Congo," Agence européenne pour le développement et la santé, Bruxelles.
- Wagstaff A. et Claeson, M. (2004) *The Millennium Development Goals for Health: Rising to the Challenges*, World Bank, Washington
- Wagstaff, A. (2000) "Socioeconomic inequalities in child mortality: comparisons across nine developing countries," *Bulletin of the World Health Organization* 78 (1): 19-29.
- WHO World Health Organization (2004) *WHO Report 2004: Global Tuberculosis Control, Surveillance, Planning, Financing*, Geneva.
- World Bank (1993) *World Development Report 1993: Investing in Health*, Oxford University Press, New York.
- World Bank (2004a) "HNP Stats," Washington, disponible à <http://devdata.worldbank.org/hnpstats/>
- World Bank (2004b) "World Development Indicators 2004," Washington, disponible à <http://devdata.worldbank.org/data-query/>