



Observatoire de la Dépense Publique

Contrôle citoyen des finances publiques de la République Démocratique du Congo

LA POLITIQUE PUBLIQUE DE LA SANTE POUR LA RDC : LA PRIORITE ACCORDEE A LA PREVENTION ET A LA MEDECINE DE COLLECTIVITE

Les contacts :

(+243) 897580434-823007510

Site-Web : odep-rdc.com

Chaine youtube : ODFEP-TRANSPARANCE TV

SEPTEMBRE 2023

I. Contexte Général, Bref diagnostic et vision alternative

La présente étude de l'ODEP sur la problématique de la santé publique dans notre pays s'inscrit dans la mission de l'ODEP sur le suivi et le contrôle citoyen des politiques publiques. Aujourd'hui les experts de l'ODEP se sont concentrés sur le secteur pro-pauvre de la santé.

Depuis janvier 2019, le régime actuellement au pouvoir s'est installé dans la continuité du précédent, c'est-à-dire sans présenter au peuple congolais sa vision politique de ce que peut être une politique publique cohérente de la santé. Les slogans comme la santé pour tous est une simple mesure, elle ne peut pas remplacer une vision politique. La maternité pour tous est une bonne initiative humaniste qui ne peut pas remplacer une vision politique.

Le problème est qu'en face de ce régime, nous ne voyons aucune politique publique alternative, ni hier, ni demain proposée par la classe politique actuelle rassemblée dans 900 partis politiques. Où peut mener un pouvoir sans idéologie, sans capacités à élaborer des politiques publiques et les mettre en œuvre, puis les suivre et les évaluer. Face à ce désert, la société civile par la voie de l'ODEP se propose de présenter une vision politique alternative de la santé publique pour la RDC.

Que cela soit claire, l'ODEP n'est pas dans l'arène politique. Mais l'ODEP fait le suivi des politiques publiques, et durant cette année 2023, l'ODEP a diagnostiqué et proposé des réformes dans les secteurs des Finances Publiques, globalement et plus particulièrement la problématique de la réduction du train de vie de l'Etat, la politique agricole, le développement de l'industrie, l'éducation.

Aujourd'hui, c'est le tour d'un secteur pro-pauvre de grande importance qu'est la santé.

Retenons tous d'abord que le développement est un tout et nous le concevons comme une libération. Tout notre propos depuis des années tourne autour de cette idée de libération, Une politique de santé ne peut être conçue en marge de la politique de développement global. Par exemple, il est évident que 80 % des maladies de l'enfant chez nous peuvent être évitées par des mesures simples qui doivent peu à la médecine, sinon rien du tout : l'adduction d'eau potable et l'amélioration des cultures vivrières ont un impact plus important sur les diarrhées et la malnutrition. Le paludisme peut être enravé grâce à des mesures d'assainissement des cours d'eau et également à l'approvisionnement en eau potable.

Ainsi, les interactions multiples entre santé, économie, agriculture, élevage, hydraulique, éducation, sont telles qu'il est inutile de parler < santé > sans parler des conditions socio-économiques dans lesquelles vivent les hommes.

Or, ces conditions sont aujourd'hui celles d'un sous-développement irréductible, provoqué par une certaine politique de dépendance totale vis-à-vis de l'extérieur ; nous avons longuement parlé de ce problème. La recherche d'une meilleure santé pour les populations, c'est avant tout la recherche d'une autre voie de développement, la seule possible étant celle qui assure aux populations le contrôle et l'exercice du pouvoir politique et économique. Cette voie n'est réalisable que si les populations comprennent la nécessité politique de s'organiser et d'agir. La santé et le développement sont affaires de politique : une méthodologie nouvelle, des

technologies appropriées, un changement de vocabulaire ne sont rien si le reste ne change pas ; le reste, c'est-à-dire une volonté politique qui doit faire en sorte que la répartition des éléments fondamentaux qui rendent la santé accessible soit équitable (nourriture, habillement, logement, éducation). Il ne sert à rien d'espérer que le régime actuel de Kinshasa adoptera un jour des mesures de réforme en faveur de la population aussi longtemps que l'Elite profite de l'injustice de la répartition.

L'objectif primordial reste donc la transformation de notre société qui passe par un développement conçu comme un processus de changement d'une société vers un but libérateur. La libération, ici comme dans d'autres domaines dont nous avons déjà parlé, est un préalable très important.

Ceci étant dit, voyons ce qu'a été globalement la politique de santé appliquée en 63 ans de néocolonialisme.

Dans ce domaine comme dans le domaine économique, les régimes successifs ont cherché à imiter servilement l'Occident. Les échecs de la politique industrielle, agricole, etc. avec leurs conséquences sur les conditions de vie du peuple, se sont répercutés dans le domaine de la santé.

Les imitations de l'Occident se traduisent surtout par :

- ✓ L'installation des structures de santé lourdes et spécialisées, vulnérables et exigeantes en matériel et en personnel au détriment des services de prévention qui avaient tant fait pourtant pendant la colonisation pour la maîtrise des endémies, Les villes retiennent la quasi-totalité des ressources sanitaires au profit d'une minorité de privilégiés. Les administrations sanitaires sont devenues une bureaucratie rigide, sans contact réel avec le terrain. Aujourd'hui la pauvreté accrue de l'Etat empêche même le fonctionnement de ces structures de santé. Il y a bon nombre d'hôpitaux fermés ou qui manquent de moyens de fonctionnement.
- ✓ La formation du personnel favorise les cadres supérieurs et néglige les personnels techniques et subalternes, auxiliaires, pourtant essentiels dans ce domaine. Plutôt que dans un cadre d'une école de santé pluridisciplinaire, la formation s'exerce dans une structure universitaire, facilitant un enseignement élitiste et sélectif, sous la dépendance exclusive de l'ESU et sans participation de la Santé publique, pourtant utilisatrice des personnels formés.
- ✓ Les programmes d'enseignement sont en gros les mêmes qu'en Occident. Accordant une priorité massive aux sciences fondamentales biologiques et cliniques, ne laissant qu'une place insignifiante aux disciplines de santé publique et en particulier, à la médecine communautaire. L'initiation des futurs médecins se limite au terrain hospitalo-universitaire, sans leur faire connaître le milieu humain. La pédagogie fait peu appel aux méthodes audiovisuelles, aux exercices de groupes, aux travaux dirigés, pourtant facilement applicables à des faibles effectifs d'étudiants.

La liaison entre les disciplines, l'intégration des diverses matières en fonction des objectifs généraux de l'enseignement sont insuffisantes, encore que ces objectifs ne sont définis nulle part. L'évaluation des études ne vise qu'à vérifier les connaissances théoriques, non celles du savoir-faire et d'un comportement adéquat.

Bref, un enseignement inadapté à nos besoins, à nos contraintes économiques et à nos structures socio-culturelles. Une politique de santé servilement copiée d'un modèle étranger avec comme conséquences néfastes : la dépendance technologique et industrielle, faible rentabilité, couverture insuffisante des besoins sanitaires, manque de dynamisme et de créativité.

Plus de campagne de vaccinations. La grande majorité des femmes congolaise vivent en campagne et accouchent à domicile.

Le bilan est lourd à établir. Ce qu'il nous faut, c'est trouver des solutions durables qui s'intègrent ans notre conception globale du développement. Pleurer aujourd'hui ne sert plus à rien, il faut agir.

Quelques principes directeurs pour une politique de santé d'avenir.

Premier principe : Accorder la priorité à la médecine rurale sur la médecine urbaine. Le développement n'est possible que si l'activité économique a pour moteur l'ensemble de la population. Or, 80 % sont des ruraux. Malgré les bouleversements apportés par la prétendue modernité des villes, notre population rurale demeure la seule détentrice de la continuité et de la stabilité sociale. C'est donc logiquement à cette part importante de nos ressources humaines que nous devons consacrer l'Essentiel de nos préoccupations en matière de santé publique. La situation actuelle, c'est-à-dire le désert sanitaire de nos régions rurales est humainement inadmissible.

Deuxième principe : Le nombre très réduit des pratiquants dans le domaine médical (médecins, infirmiers, etc.) exige que l'on se tourne vers la médecine communautaire et de collectivité, dont l'épidémiologie est l'outil d'investigation et le guide. Ceci permettrait à nos pratiquants de ne pas diluer leurs efforts et d'agir sur le niveau de santé général.

Troisième principe : Accorder la priorité à la médecine préventive plutôt qu'à la médecine de soins.

Ce principe repose sur le coût de la médecine curative comparé à la rentabilité d'une politique de prévention bien conduite. L'action préventive a pour but d'empêcher l'apparition même de la maladie, mais aussi d'en atténuer les effets.

Il est bien évident que médecine préventive et médecine de soins ne sont pas exclusives mais complémentaires. La médecine de soins procède au coup par coup et n'a donc qu'un effet parcellaire et limité. Elle n'en est pas moins indispensable, car bénéficiant directement aux intéressés et correspondant mieux aux besoins immédiatement ressentis par la population, Elle est aussi le véhicule et l'amorce indispensable de toute action de santé préventive.

Quatrième principe : Priorité accordée à la protection maternelle et infantile et à l'éducation sanitaire.

Quand on regarde de près notre pyramide des âges, on constate l'importance relative des classes jeunes. Une caractéristique qui nous distingue des pays occidentaux. Le taux moyen d'accroissement, les taux de natalité et de fécondité sont élevés. La mère et l'enfant sont les cibles privilégiées des maladies infectieuses et parasitaires. D'autre part, le milieu familial et le milieu scolaire constituent des terrains favorables à l'éducation sanitaire.

L'éducation sanitaire revêt une importance fondamentale dans la perspective d'une prise en charge personnelle de sa santé par l'individu. Elle est la charnière de l'action strictement médicale et des autres facteurs du développement.

Nous avons en définitive besoin d'une médecine globale qui :

- ✓ vise à promouvoir la santé plus qu'à se contenter de traiter la maladie ;
- ✓ concerne la personne malade placée dans son milieu plutôt qu'un cas isolé à l'hôpital.

Elle devra s'attaquer aux causes et aux mécanismes des affections et non seulement à leurs effets. Dans cette optique une formation efficace du personnel de la santé ne devra pas se limiter à l'hôpital (où ne se retrouve que le reflet très incomplet d'un processus qui se déroule ailleurs), mais comporter aussi l'étude du milieu humain (où peuvent s'identifier les facteurs et les causes des états pathologiques).

A la médecine de la maladie doit se substituer une médecine de « santé », celle-ci étant autre chose et plus que la simple absence de maladie.

Ces principes étant édictés, nous pensons qu'il est nécessaire de s'arrêter un instant sur les innovations que nous souhaitons.

Les agents de la santé, quel que soit leur niveau, doivent être formés à la médecine communautaire et de collectivité, qui constitue la seule manière efficace d'aborder chez nous le problème de santé.

D'autre part, la participation de la population à la prise en charge de leur santé est un autre élément fondamental de cette nouvelle politique. Cette prise en charge s'exprime par les services de soins primaires.

La médecine des collectivités. - Cette médecine définit Ses objectifs par des effectifs de cas de maladies et de décès à éviter : elle s'adresse non à des individus pris indépendamment les uns les autres, mais à des groupes d'individus, au village, par exemple.

La médecine des collectivités s'efforce de réaliser ses objectifs, en organisant des programmes de mesures préventives, éducatives et sociales, planifiées et gérées comme de véritables entreprises. Elle s'appuie sur une approche communautaire des problèmes sanitaires qui responsabilise les populations dans cette gestion de leur propre capital de santé ; elle a recours à une stratégie collective des actions entreprises.

L'approche communautaire signifie participation et responsabilité de la collectivité dans le maintien d'un état de santé satisfaisant. La population participe :

- ✓ à l'évaluation des besoins sanitaires. C'est en particulier l'identification des besoins ressentis qui va déjà conduire la collectivité à s'exprimer et le service de santé à l'écouter. Ainsi seront inventoriés des besoins qui ne seront pas présentés en termes de maladie mais plutôt en termes de besoins matériels, de compétence et/ou de qualités particulières requises de la part du personnel médical ou paramédical;
- ✓ à la recherche de solutions à mettre en œuvre pour parvenir à une prévention correcte de la morbidité. Pour cela, toutes les compétences de la collectivité et tous les moyens disponibles doivent être mis à contribution avec un objectif commun et permanent : réaliser des actions de prévention, sans attendre d'éventuels concours extérieurs.

Concrètement ce communautarisme médical se réalise à l'occasion de réunions que le médecin suscite et organise, mais au cours desquelles principalement, il écoute, répond aux questions et informe. En fait, une attitude tout à fait à l'inverse de la relation médecin-malade dans la médecine curative qui est celle du médecin ayant le monopole du savoir et du pouvoir et le malade confiné dans un état de dépendance et d'aliénation.

La stratégie collective s'attache à faire adopter et à faire appliquer les mesures de prévention des affections par la plus forte proportion de la population-cible, qu'il s'agisse des vaccinations, de régimes diététiques, de nouveaux comportements induits par l'éducation sanitaire. Ces mesures doivent intéresser de façon indiscriminée le plus de monde possible. La dynamique des populations fera ensuite bénéficier indirectement de ces mesures, la fraction n'en ayant pas été directement l'objet. L'exemple classique est celui des vaccinations qui, pratiquées avec une couverture vaccinale minimum de 80 %, entraînent l'interruption de la transmission de la maladie et de ce fait protègent les non-vaccinés.

Les soins de santé primaires. - Ce concept est utilisé par l'Organisation mondiale de la Santé. Il part du principe que l'accès des populations aux dispensaires et hôpitaux est fortement limité par l'éloignement, le manque de ressources ou un défaut d'acceptabilité d'un personnel sanitaire trop insuffisant en nombre ou en qualité d'accueil, d'où les efforts recommandés pour :

- ✓ la mobilisation du personnel sanitaire vers la population ;
- ✓ l'utilisation d'une technologie sanitaire adaptée aux conditions locales et répondant aux besoins essentiels de la population ;
- ✓ la participation de cette population.

Les soins de santé primaires souhaités sont ceux universellement soient accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la Communauté par des moyens qui leur soient acceptables, avec leur pleine participation et un coût abordable pour la Communauté et pour le pays.

La mise en œuvre de cette politique chez- nous devra éviter que les soins de santé primaires ne soient conçus du point de vue de l'infrastructure commune un dispensaire classique, sans tenir compte du milieu, et réduisant la participation de la population à un investissement financier ou matériel plus ou moins volontaire. Il faut aussi éviter que les professionnels de santé actuels cherchent à réglementer ou à imposer leurs objectifs, ou se sentent peu concernés ou même concurrencés par ces soins de santé primaires qui se situent hors des structures médicales et hospitalières classiques.

Les soins de santé primaires ne seront pas chez nous quelque chose de nouveau. Ils ont toujours existé quel que soit l'avis des professionnels de la santé, car ils appartiennent à la population. En effet, l'existence des guérisseurs, herboristes, coopératives pharmaceutiques ou pharmacopée familiale...montrent bien que les populations n'attendent pas l'aide hypothétique des moyens classiques de la médecine spécialisée et hospitalière pour résoudre leurs problèmes de santé quotidiens et leur recherche de mieux-être.

Ce qu'il faut, ce n'est pas créer une nouvelle structure des soins de santé primaires, mais reconnaître ceux qui existent depuis la période précoloniale et en améliorer l'efficacité avec la population concernée.

De plus, si généralement, les soins de santé primaires se suffisent pour résoudre les principaux besoins élémentaires d'une Communauté, ils nécessitent pour le reste un appui efficace de structures médicales et hospitalières capables d'assurer des soins de santé secondaires ou tertiaires de haute valeur.

Aussi, un programme d'organisation des soins de santé primaires doit être lié au programme d'amélioration du fonctionnement des structures sanitaires, de la formation et du suivi du personnel de santé dans la région concernée. En d'autres termes, cela s'appelle de l'animation sanitaire qui permet et complète l'animation sanitaire de la population réalisant une intégration des soins de santé primaires dans la chaîne sanitaire nationale.

Pour conclure sur la politique de la santé chez nous, nous voudrions insister sur un fait : aujourd'hui notre système sanitaire est calqué sur le système occidental, sans avoir les moyens techniques dont disposent les Occidentaux et dont ils commencent à s'interroger sur les bien-fondés d'une médecine hyper-scientifique et hyper-technologique.

Vouloir suivre leurs pas, nous n'en avons pas les moyens. Mais nous avons une chance, l'inexistence aujourd'hui, dans le monde rural, d'une quelconque infrastructure sanitaire, en tout cas celle que les Belges avaient laissée, ne fonctionne plus. Il n'y aura pas d'habitude à détruire dans ce domaine, comme on le craindrait par exemple en Europe. Nous pouvons construire une autre structure sanitaire en restaurant, bien sûr, les restes de l'infrastructure actuelle, tout en orientant les populations, non pas vers une médecine curative, mais vers une médecine collective. Celle-ci a pour objectif de réduire la morbidité par des programmes de prévention et d'éducation. Elle diminue considérablement l'effectif des sujets qu'il faut confier à la médecine curative, De ce fait, elle amoindrit les dépenses de soins dont les crédits peuvent être reportés sur des technologies avancées, réservées aux maladies difficiles ou impossibles à prévenir.

En outre, la médecine de collectivité met l'accent sur une prévention comprise et acceptée par la population. Elle s'appuie sur une approche communautaire des problèmes. Elle responsabilise les groupes-cibles et va, de ce fait, dans le sens d'une humanisation de l'action médicale.

Nous rappelons que cette médecine ne constitue en rien un substitut à la médecine des soins. Elle est un complément harmonieux qui doit permettre de satisfaire à la fois les impératifs :

- ✓ d'une médecine curative scientifique de pointe,
- ✓ d'un contrôle des dépenses de santé, l'aspiration à des nouveaux rapports entre médecins et usagers et aussi le fait qu'outre les sujets malades, l'on devrait aussi s'occuper des sujets sains.

II. PROGRAMME ALTERNARIF DE MISE EN ŒUVRE D'UNE POLITIQUE ALTERNATIVE DE LA SANTE : OBJECTIFS ET STRATEGIES

A. Généralités et impératifs

La politique de la santé est tributaire de la santé de la politique générale, qui définit la politique économique et sociale, les priorités et les infrastructures.

Les principaux indicateurs sanitaires de la RDC (le taux de natalité, de mortalité générale et infantile et taux d'accroissement annuel par habitant, la couverture sociale pour la santé, etc...) le placent dans une situation sanitaire qui est à la mesure de sa situation politique, économique et sociale actuelle.

La mise en œuvre d'une nouvelle politique de la santé exige d'abord d'entreprendre une évaluation fine des données démographiques et sanitaires et ensuite de prendre en considération l'évolution de la situation socio-économique. Une meilleure politique de santé, notamment en matière de planification familiale, cherchera à s'équilibrer avec les progrès économiques et contribuera à maîtriser les problèmes de scolarisation, d'emploi et d'alimentation (sous-alimentation et malnutrition).

La réussite de la politique globale de développement en RDC reposera sur une volonté politique claire et définie. La politique de la santé proposée ici devra donc s'intégrer à la nouvelle politique générale, notamment à la nouvelle réforme administrative et à celle de l'enseignement.

Un certain nombre d'impératifs sont donc nécessaires :

- 1° la qualité de la décentralisation, de l'organisation politico-administrative : agencement (ETD, Provinces-Etats) ;
- 2° la qualité de l'infrastructure économique, le développement de l'infrastructure routière et ferroviaire, des voies et moyens de communication, le degré de désenclavement des régions ;
- 3° l'adéquation entre la formation de l'ensemble du personnel médical et para-médical et les spécificités nationales et loco-régionales ;
- 4° le taux d'alphabétisation et l'éducation générale de la population.

B. Orientations générales

Des principaux indicateurs sanitaires de la RDC, il faut retenir le taux de mortalité relativement élevé (plus 20/1000). Il est surtout dû, pour plus de la moitié, aux maladies infectieuses et transmissibles. La politique de la santé sera donc basée essentiellement sur la PREVENTION :

- 1) prévention des maladies infectieuses et transmissibles sans exclusion. Celle-ci influe sur la mortalité générale et la mortalité infantile ;
- 2) prévention des accidents et maladies accidentelles et non transmissibles (des accidents de la voie publique aux maladies et accidents professionnels) ;
- 3) prévention des maladies héréditaires (sicklanémie, p. ex.), consanguinité des maladies non héréditaires non transmissibles (alcool, tabac, obésité, maladies cardiovasculaires, etc...) ;
- 4) prévention de la sous-alimentation et de la malnutrition.

Une politique de la prévention continue et efficace ne peut être réalisée que grâce :

- à la responsabilisation et à l'implication de la population entière aux problèmes de santé publique ;
- à la décentralisation des centres des soins et de la prévention au niveau régional et des collectivités ;
- à l'amélioration progressive de la qualité de la médecine curative par la formation d'un personnel de qualité et l'acquisition des moyens de diagnostic et de traitement adaptés ;
- à l'instauration progressive d'un système national de protection de la santé ;
- à la création d'un centre autonome et indépendant de contrôle et d'analyse des données de l'état sanitaire qui permette une réadaptation constante et périodique des programmes en cours d'exécution.

C. Objectifs et Stratégies

Le but principal est d'améliorer la qualité de la santé et par conséquent la qualité de la vie.

1. Objectif immédiat (à court terme)

Il s'agit essentiellement d'améliorer la situation sanitaire. Ici les mesures seront urgentes mais elles restent palliatives.

Pour les réaliser, il faut d'abord inventorier et ensuite définir les vraies PRIORITES.

2. Moyens et long terme (5-10-20 ans)

Amélioration de la qualité de la vie, corollaire de l'amélioration du niveau de vie.

Les objectifs principaux sont :

- 1) la réanimation et réadaptation de l'ancienne infrastructure sanitaire (en zone urbaine et rurale) à la situation démographique actuelle ;
- 2) l'amélioration de l'espérance de vie (55 ans dans les 10 et 20 années) ;
- 3) la diminution de la mortalité générale (15 p. 1000) et infantile (50-60 p. 1000) ;
- 4) la diminution de la natalité (35 p. 1000) ;
- 5) l'amélioration de la couverture sociale en soins de santé primaire ;
- 6) l'approvisionnement en eau potable 50% de la population générale ;
- 7) l'amélioration de la couverture vaccinale à au moins 100% des naissances vivantes et 100% de la population générale dans les 20 ans.

ORG. 1

OBJECTIFS ET STRATEGIES

Objectifs :

Amélioration de la qualité de la santé et de la qualité de la vie

Mesures :

Immédiates

Moyen et long terme

Palliatives mais urgentes

Réanimation de l'infrastructure existante (Urbaine et Rurale)

2 axes principaux

1^{er} Acte :

INVENTORIER

PREVENTION

Médecine curative et Recherches

Définition des Priorités

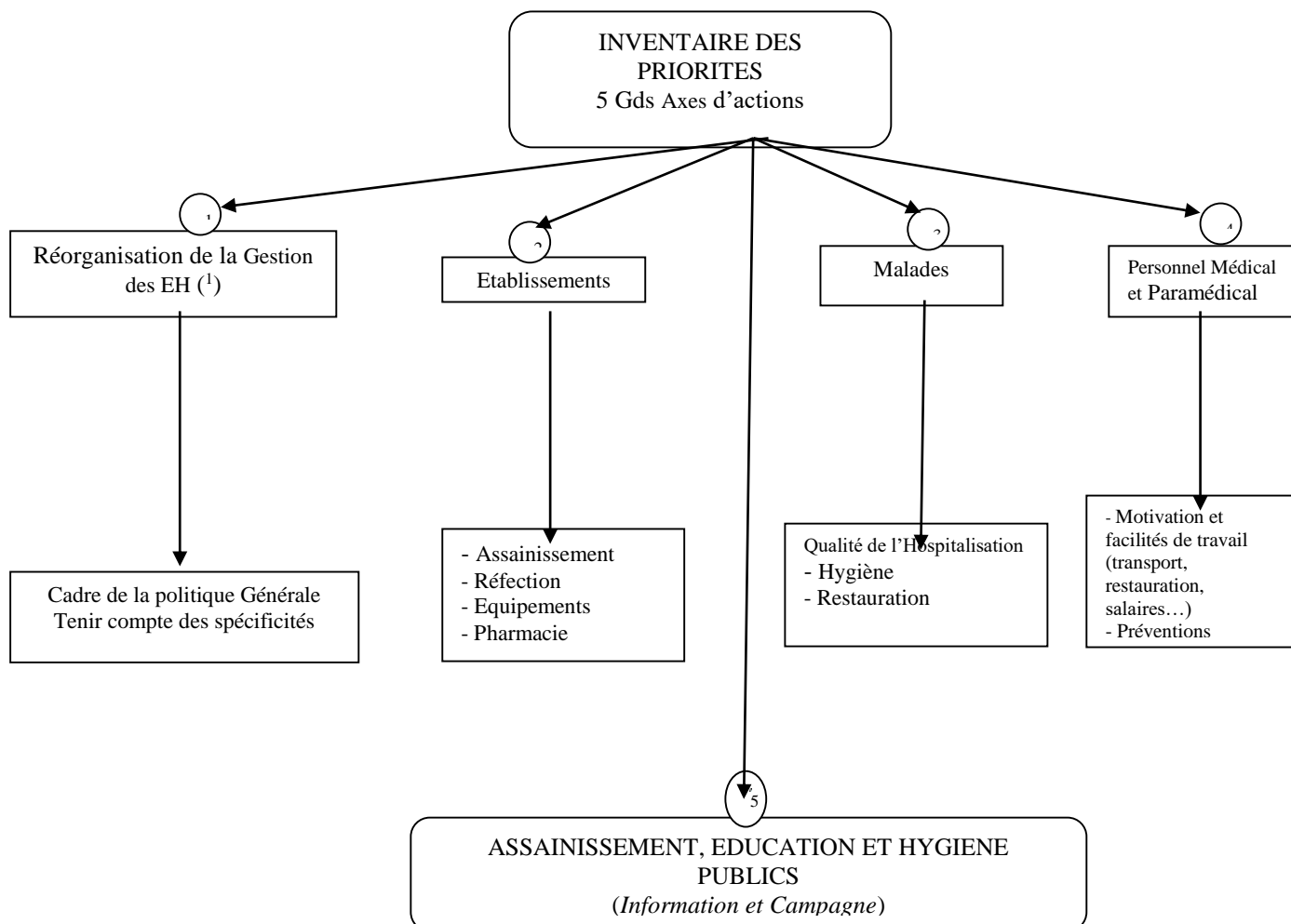
Les objectifs 3 et 4 permettent de contenir le taux d'accroissement annuel moyen à moins de 20 p. 1000 et ainsi de contrôler l'évolution démographique. Avec le taux actuel (28 p. 1000), le maintien de l'explosion démographique est certain surtout si les progrès économiques ne suivent pas.

Les objectifs 5 à 7 sont tributaires de l'évolution de la situation économique et sociale.

3. Stratégies et mesures

ORG. 2

OBJECTIFS IMMEDIATS (AXES)



(1) Etablissements Hospitaliers

a. Immédiates

Elles dépendent essentiellement du diagnostic qui devra être fait, d'où intérêt d'un inventaire rapide et détaillé de la situation sanitaire en concertation avec toutes les compétences locales. Ce diagnostic définira les priorités, surtout en matière d'équipement.

Ces mesures concernent l'ensemble de la population, surtout dans le secteur public. Il faudra traiter d'abord les situations des zones les plus défavorisées (notamment en milieu rural).

1) Dans le secteur public

- Mesures d'assainissement, campagne d'éducation et d'hygiène, sensibilisation et responsabilisation de la population.
- Réorganisation de l'ancienne infrastructure sanitaire coloniale.
- Réorganisation de la GESTION des établissements hospitaliers, en conformité avec la politique générale (définir les responsables, décentraliser au maximum). L'hôpital doit d'abord devenir une entreprise.
- Mesures de redynamisation des structures et du personnel médical (motivation, salaires, transport et répartition efficace du personnel médical (déconcentrer les zones urbaines).
- Assainissement des établissements (peinture, réfection des toilettes...) et mesures simples pour le confort des malades (moyens d'accès et de communication, ambulances, alimentation, literie, etc...).
- Réorganisation du système de distribution du matériel médical et des médicaments (responsabilisation, décentralisation et gestion...).
- Optimiser la contribution des accords de coopération en matière médicale dans la réalisation des mesures urgentes (voir textes sur coopération).

Il est urgent d'améliorer dans l'ensemble les conditions de travail du personnel médical et paramédical.

2) Dans le secteur privé

- Associer le secteur privé à la réorganisation du secteur médical, trouver les moyens de stimuler et de développer les entreprises privées créatrices des établissements hospitaliers de meilleure qualité.
- Intéresser les organisations non gouvernementales (ONG).
- Définir les missions d'ONG et orienter leurs actions.

B. Moyen terme

1) Dans le secteur public

Dans l'ensemble, les mesures répondent aux objectifs fixés, la base de l'action étant toujours la prévention.

Orientations des mesures essentielles :

- Responsabilité administrative et gestion. Il faut décentraliser au maximum : Etat – Province, -- Territoires, -- Secteurs.
- Réadaptation de l'ancienne infrastructure médicale aux problèmes de la situation sanitaire actuelle par la création d'une unité de prévention de base : pôle de santé primaire (PSP, cfr, intra).
- Instaurer progressivement un SYSTEME DE SOLIDARITE DE PROTECTION DE SANTE autofinancé et autogéré.
- Organiser et créer un réseau de services d'urgence qui permette la prise en charge et l'évacuation des malades vers les EH.
- Création d'un SYSTEME DE CONTRÔLE ET D'ANALYSE de l'état sanitaire.

Les mesures immédiates prises pour l'amélioration des conditions du travail devront être renforcées.

2) Dans le secteur privé

Le secteur privé doit être conservé et encouragé, mais contrôlé sur le plan de la qualité du personnel utilisé et de la répartition sur le plan national. Il convient d'éviter une multiplication des établissements privés à caractère purement mercantile. Il faudra :

- Définir des zones d'implantation prioritaires et encourager leur implantation dans les zones non couvertes par l'action publique.
- Prendre des mesures incitatives pour améliorer la qualité des structures d'accueil existantes et la création d'autres établissements privés. Dans certains cas, les intégrer dans la politique de prévention. Ceci concerne notamment les établissements médicaux des entreprises privées et para-étatiques.
- Encourager mais contrôler les initiatives des actions des ONG, les orienter vers les activités où l'action publique est déficiente.

C. Description des principales mesures

1. Prévention et éducation sanitaire

C'est la pierre angulaire de la réussite de la politique de la santé. Si l'amélioration de la qualité de la vie dépend essentiellement de l'amélioration du niveau de vie économique et de la qualité de l'éducation de la population, la prévention est l'affaire de tous. La prévention et l'éducation sanitaire doivent devenir une préoccupation continue. Elles s'articuleront autour de l'hygiène en générale, de l'hygiène alimentaire en particulier (qualité de l'alimentation sous-alimentation, suralimentation et malnutrition) et de l'assainissement.

La prévention devra utiliser les moyens de dissuasion adaptés, mais devra s'effectuer surtout par :

- L'éducation de la population
- Les mesures d'assainissement public : c'est le principal rôle de l'Etat (campagnes d'information radio et télédiffusée).
- L'enseignement de l'hygiène à l'école.

1) L'assainissement

L'assainissement doit redevenir donc une tâche prioritaire des territoires, communes, quartiers et localités. Il conviendra de trouver les méthodes efficaces et adaptées pour intéresser la population et le citoyen à la propreté publique et individuelle, intra et extramuros, par des mesures, mais aussi des mesures dissuasives (contraventions). L'assainissement et la propreté concernent notamment :

- le traitement des résidus ;
- l'évacuation et l'écoulement des eaux stagnantes ;
- l'assainissement des cours d'eaux à l'intérieur et proche des agglomérations ;
- le contrôle, l'installation et l'évacuation des fosses septiques ;
- les campagnes de désinfection, etc...

Dans tous les cas, la participation de la population concernée et leur implication dans la réalisation des tâches sont vivement recommandées. Ces tâches devront être placées sous la responsabilité des PSP.

Le traitement des résidus urbains devra être réorganisé entièrement. Il conviendra d'étudier et de discuter la participation des entreprises privées ou mixtes, ou un système d'actionnariat populaire ou communautaire, pour la réalisation de ce type des projets.

2) L'enseignement et la pratique de l'hygiène (Education)

L'enseignement des notions d'hygiène doit viser les cibles sensibles : les enfants et élèves, les étudiants, les femmes au foyer et les femmes enceintes, les employés, les travailleurs.

Pour les élèves, l'enseignement sera dispensé tout au long des études primaires et secondaires sous forme d'enseignements courts et pratiques qui seront relayés par des campagnes radio et télédiffusées. Ces notions devront être simples sous la forme des règles à apprendre et il faut prévoir un système de contrôle permanent et journalier de l'observation de ces règles. Pour les étudiants et surtout les enseignants, les notions d'hygiène devront être plus approfondies.

Pour les femmes, mère de famille et autres, ces notions devront être éventuellement intégrées dans les campagnes d'alphabétisation, mais surtout devront être rappelées à chaque occasion ou circonstance où elles seront amenées à rencontrer des responsables sanitaires et les professionnels de la santé, particulièrement lors des consultations prénatales, des soins du PMI et lors d'un séjour dans un établissement médical.

Pour les fonctionnaires et travailleurs, ce sera essentiellement le rôle de la médecine du travail.

Les campagnes d'information et d'éducation doivent être organisées par le secteur public et être relayées au niveau des écoles, des PSP et des établissements publics. Elles devront être simples et axées sur l'accès aux soins de santé, la prévention des maladies transmissibles et l'hygiène alimentaire et la nutrition.

2. *Contrôle de la démographie*

Il s'agit d'abord de contrôler les naissances (planning familial).

Il existe actuellement des programmes en cours d'exécution. Il conviendra de faire une mise au point. Les mesures précises devront ensuite être discutées :

- Limiter le nombre d'enfants (p. ex. 3 par famille) ;
- Trouver les mesures dissuasives et les méthodes de mobilisation des familles : contraceptifs, rôle des églises ;
- Trouver des mesures d'encouragement pour les familles qui respectent les objectifs : allocations familiales et autres avantages sociaux ;
- Organiser les campagnes d'information et d'explication.

3. *Système de protection de la santé*

La création d'un organisme de protection de la santé sera une des priorités et des objectifs majeurs de cette nouvelle politique de la santé. Cet organisme devra être

autofinancé et autogéré. Son instauration devra se réaliser progressivement par étapes :

- Viser 100% de couverture pour les salariés de la zone urbaine (étudiants compris) ;
- Discuter les moyens de protection de la zone rurale en rapport avec l'évolution économique.

Le mode de financement devra être un prélèvement obligatoire sur salaire, le taux de prélèvement devra être discuté en tenant compte de nombreux facteurs, dont la situation et la composition familiale (mesure corolaire de contrôle de naissances).

4. Le pôle de santé primaire

1) Définition

Le Pôle de Santé Primaire (PSP) est d'abord une structure de base de l'action de prévention. Il correspond dans les structures actuelles à un centre médical ou un dispensaire dont le rôle n'est pas seulement de recevoir la population, mais surtout d'organiser et de superviser la situation sanitaire d'un secteur dont il a entièrement responsabilité et la responsabilité de la gestion.

Politiquement, le PSP dépend des autorités locales. Administrativement, il dépend directement de la direction sanitaire de la région qui supervise, coordonne et contrôle la réalisation des objectifs sanitaires, adaptés sur le plan loco-régional.

2) Implantation

Le PSP est une structure décentralisée. Selon qu'il s'agisse de la population urbaine ou rurale, son implantation sera ou devrait être au moins celle d'une zone ou une collectivité, dont il dépend politiquement et, en partie, financièrement, ou accueillir une population entre 10 et 30.000 habitants. Cette implantation est appelée à évoluer avec la démographie, le niveau de vie et la qualité de la situation sanitaire de la population, et encore plus vers la périphérie. Si l'on tient compte des données démographiques actuelles (population et répartition de la population entre les zones rurales et urbaines), le nombre de PSP à créer pouvant varier entre 2.500 et 3.000.

3) Fonction et rôle du PSP

Le PSP sera dirigé par un médecin ou un assistant médical préventionniste formé spécialement pour gérer cette structure.

Le PSP est obligatoirement équipé d'un moyen de communication efficace (téléphone) et est relié à un agent sanitaire (AS) dans les collectivités (téléphone en ville, téléphone sans fil en milieu rural).

L'AS a un rôle de prévention. C'est un infirmier, un secouriste ou une personne dont le rôle spécifique est de donner des soins très primaires (p. ex. le maître d'école) qui n'exigent aucune formation spéciale, et de diriger les individus vers le PSP. Il doit donc être doté d'un moyen de communication qui lui permet de joindre le PSP. L'AS

est l'élément le plus décentralisé du personnel du PSP. Il vit dans un quartier, ou dans un village dont il est autochtone.

Le PSP comprend impérativement :

- un dispensaire bien équipé et un laboratoire de routine ;
- une consultation prénatale (CPN), un PMI et, en zone rurale, une petite maternité ;
- un centre de prévention et de vaccination ;
- un centre de médecine scolaire et de travail ;
- une pharmacie.

Il est doté des moyens de transport efficace pour les malades (ambulances).

Le PSP est un relais obligatoire et exécuté sur le terrain des campagnes d'éducation sanitaire. Il contrôle les mesures d'assainissement local. Il remplit des actes d'état-civil :

- examen prénuptiaux simples (dépistage des tares telles que SS, consanguinité) ;
- attestation de naissance, de vaccination et certificat de décès.

5. Médecine curative et Recherches

Des mesures urgentes sont nécessaires, mais elles devront être immédiatement suivies d'un inventaire qui définira les priorités en matière d'équipements. Il faudra penser à :

- 1) augmenter la capacité d'établissement d'accueil des malades dans les zones de population à forte densité, c'est plutôt sur la qualité des soins prodigués qu'il conviendra d'agir. Les médecins sont réduits à pratiquer actuellement une médecine à « l'à-peu-près » par manque de moyens de diagnostic et des médicaments adaptés ;
- 2) la nécessité du regroupement d'un certain nombre des établissements médicaux, centres médicaux et hôpitaux, des entreprises peut conduire à une meilleure qualité et efficacité de prise en charge et des soins ;
- 3) à la création des nouveaux centres de recherches universitaires et para-universitaires ;
- 4) création d'une pharmacopée nationale et constitution d'une pharmacopée traditionnelle. La médecine traditionnelle devra faire l'objet d'une réévaluation en vue d'une réhabilitation.

Si la réalisation des actions préventives nécessite, au départ, des efforts importants, il faut reconnaître que la réalisation progressive des objectifs permettra de dégager des moyens financiers qui pourront être reversés dans l'action curative et surtout dans la recherche, ou au niveau des actions sociales, par exemple, la nutrition et l'amélioration des cantines scolaires. D'autre part, comme les PSP fonctionnent en dehors des établissements hospitaliers, leur rôle

presqu'exclusif de prévention permettra non seulement de sélectionner les malades, mais aussi de libérer les praticiens qui seront concentrés dans les établissements hospitaliers (EH). La compétence de ceux-ci ainsi que le nombre des spécialistes seront accrus, surtout dans les zones rurales.

6. Formation des Professionnels de la Santé

Leur formation devra être discutée dans le cadre de la réforme de l'enseignement en général. Cette réforme devra tenir compte des objectifs fixés dans le domaine de l'éducation et de la santé, des avis et propositions des compétences et des résultats de l'inventaire de la situation sanitaire réelle. Cependant, en dehors des mesures urgentes présentées dans le point C 3, il faut dégager une série de problèmes spécifiques concernant le personnel médical et paramédical à plus ou moins long terme. Notamment :

- l'augmentation des établissements de formation d'accueil du personnel de la santé ;
- la création des Ecoles Régionales de Santé (cfr. Intra) en plus des établissements existants ;
- la formation des médecins spécialistes, généralistes et préventionnistes (en faculté) ;
- une meilleure répartition entre zones urbaine et rurale.

1) Pour les établissements existants :

- augmenter la capacité d'accueil et réorganiser les écoles de formation du personnel médical ;
- assurer une meilleure répartition au niveau régional ;
- trouver les moyens de susciter la vocation chez les jeunes...

2) Dans le cadre de la création des Ecoles Régionales de la formation des cadres :

Le principe des écoles de formation des cadres est acquis. Il reste à définir les domaines prioritaires. En ce qui concerne la santé, ces écoles assureront la formation des :

- Assistants médicaux ;
- Infirmiers et accoucheurs ;
- Techniciens sanitaires et laborantins ;
- Des infirmiers aides-anesthésistes...

(Les AS sont formés au niveau même des PSP).

La formation et l'enseignement prodigués dans les instituts de techniques et instituts supérieurs des techniques médicales en ce moment devront faire l'objet d'une réforme adaptée. Ces instituts devront de toute manière être décentralisés dans le cadre des instituts facultaires régionaux.

L'enseignement du personnel médical et paramédical devra s'orienter vers une formation générale, mais surtout plus axée sur les réalités loco-régionales.

Le candidat devra être averti de la finalité de sa formation dans les écoles des cadres et, éventuellement, son poste de rattachement à l'issue de la formation lui sera désigné. Le recrutement des candidats ne devra pas perdre de vue l'objectif de la politique générale d'empêcher l'exode rural. Il devra donc être mixte :

- 1°. recrutement d'abord par la voie professionnelle et de caractère promotionnel du personnel autochtone, avec possibilité d'une durée de formation accélérée, par exemple une année ;
- 2°. recrutement par la voie normale des tout-venants. Les modalités d'admission devront être définies et précisées en tenant compte des objectifs et des besoins réels.
- 3°. Adaptation de la formation aux réalités nationales et loco-régionales.

Ceci concerne avant tout le contenu du programme. Celui-ci sera conçu en conformité avec le programme général dispensé de chacun de domaine de formation et défini par les objectifs de l'éducation en général, mais il sera surtout axé sur la formation des agents immédiatement opérants sur le terrain. Ce programme sera donc adapté pour chaque région aux réalités socio-économiques et à l'épidémiologie régionale. Les maladies endémiques de la région devront faire l'objet d'un développement et d'un enseignement intensifs.

4°. La formation du préventionniste

Le médecin préventionniste est formé en faculté en fonction du programme qui sera proposé après la réforme. Sa formation est celle d'un omnipraticien formé également dans le but de gérer un PSP, c'est-à-dire une responsabilité médicale plus une responsabilité administrative. Le médecin qui aura suivi une formation de préventionniste devra bénéficier des avantages matériels et une promotion conséquente dès son entrée dans la Fonction Publique.

L'assistant médical préventionniste a la capacité de gérer également un PSP. Il sera formé dans les établissements actuels et surtout dans les écoles de formation des cadres. L'assistant préventionniste, comme le médecin, devra bénéficier des avantages matériels et une promotion conséquente dès son entrée en fonction.

E. Conclusion

Le présent Programme ne prétend pas résoudre tous les problèmes posés par la situation sanitaire actuelle. Il est donc soumis aux débats et discussions qui permettront de l'enrichir et de l'adapter aux réalités du terrain.

Il accompagne la vision globale pour la reconstruction le développement et l'émergence du Congo, qui est celle du développement endogène, aut centré et autodéterminé. Il est soumis aux débats et discussions.

Pour l'Observatoire de la Dépense Publique/ODEP

Docteur Jacques MANGALABOYI
Coordonnateur des Experts Santé de
l'ODEP
Médecin Spécialiste de la réanimation
intensive au Centre Hospitalier Universitaire
de LILLE/France

Florimond MUTEBA TSHITENGE
Président du Conseil d'Administration de
l'ODEP