

CONGO : PHASE TRANSITOIRE DES REFORMES DU SYSTEME DE SANTE

V. RICHARD

• Travail du GRSPE (V.R., Médecin épidémiologiste), 12 boulevard Soult, 75012 Paris • Fax : 01 41 61 20 61 • e-mail : v_richard@club-internet.fr •

Med. Trop. 2001 ; **61** : 473-477

Depuis 1993, le Congo a connu des conflits qui sont allés s'aggravant jusqu'en 1999. Ceux-ci ont contribué à dévaster le tissu économique ainsi que les infrastructures.

Après les événements qui ont secoué le pays dans la période 1997-1998, la population reste sous le choc des violences qu'ils n'imaginaient pas possibles avant et le Congo rencontre quelques difficultés pour retrouver le rythme de développement antérieur à cette période.

L'orientation du gouvernement congolais fait de la santé un espace privilégié d'expression des droits humains et d'exercice des libertés fondamentales. Il en résulte une nécessaire redéfinition du rôle de l'Etat dans un contexte de décentralisation et de rationalisation des dépenses publiques, y compris celles du secteur de la santé. L'Etat devra redéfinir ses responsabilités en ouvrant le secteur de la santé à d'autres acteurs institutionnels, privés ou associatifs dans le cadre d'une politique de contractualisation. Cette redistribution des charges permettra à l'Etat de s'acquitter réellement de ses obligations de service public en matière d'offre de soins de qualité et de participation à la lutte contre la pauvreté.

La Politique Nationale de Santé du Congo reconnaît aux populations deux rôles, comme acteur et bénéficiaire du développement sanitaire et s'est fixée comme objectifs pour les années à venir de promouvoir la santé des individus et des collectivités sur l'ensemble du territoire de garantir l'accessibilité des populations à des services de santé de qualité, de renforcer les capacités nationales à la gestion du système de santé.

Ces réformes du système de santé permettent de connaître une période de

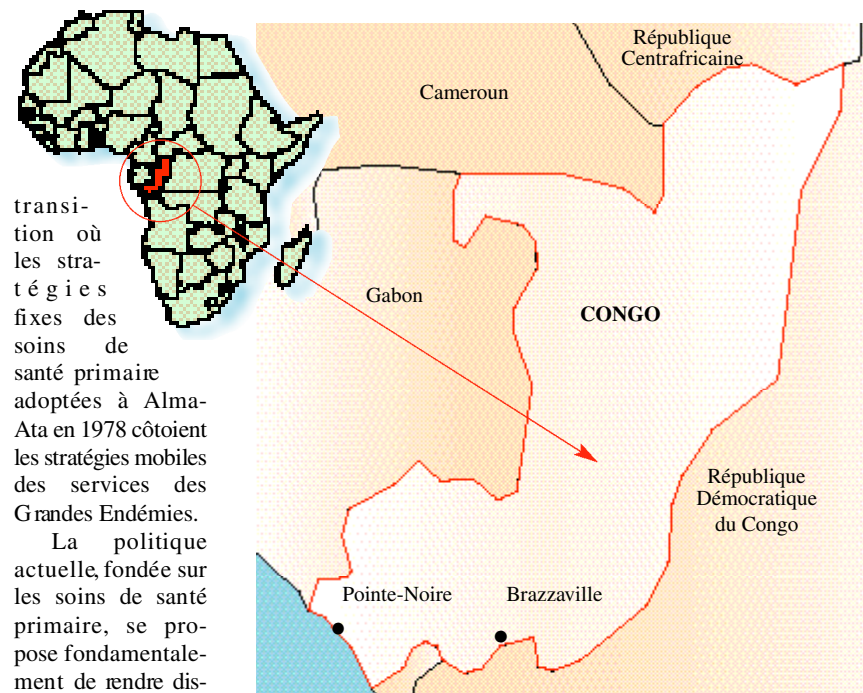


Figure 1 - Congo.

transi-
tion où
les stra-
tégies
fixes des
soins de
santé primaire
adoptées à Alma-
Ata en 1978 côtoient
les stratégies mobiles
des services des
Grandes Endémies.

La politique actuelle, fondée sur les soins de santé primaire, se propose fondamentalement de rendre disponibles et accessibles pour la majorité de la population, les soins essentiels de qualité dont elle a besoin dans un esprit d'équité et de solidarité.

Le pays et les hommes

Situation Géographique.

La République du Congo (anciennement Congo-Brazzaville) est située à cheval sur l'équateur et couvre une superficie de 342 000 km² (Fig. 1). Etat d'Afrique Centrale, il partage des frontières communes au Nord avec le Cameroun et la République Centrafricaine, à l'Est avec la République Démocratique du Congo, au

Sud avec l'enclave angolaise de Cabinda et la République Démocratique du Congo, à l'Ouest avec le Gabon et l'Océan Atlantique.

A moitié recouvert par la forêt primaire, le territoire congolais s'étend le long des rives droites de l'Oubangui et du fleuve Congo, dont toutefois il n'atteint pas la basse vallée.

Sur le plan du relief on retiendrait trois ensembles : le Bas-Congo, bourrelet montagneux côtier (massif du Mayombe), région de collines et de montagnes peu élevées qui séparent la plaine littorale de l'intérieur du pays ; la Cuvette Congolaise formant une plaine alluviale ; et au Nord-

Ouest de vastes plateaux gréseux séparant le bassin du Congo de celui de l'Ogooué qui coule au Gabon.

Les fleuves et les rivières se répartissent entre deux grands bassins : celui du Congo au Centre et au Nord et de celui du Kouilou-Niari au Sud-Ouest. Le Congo (4614 km) est le fleuve le plus puissant après l'Amazone. Il prend sa source dans la République Démocratique du Congo, l'arrose sur 700 km et joue avec ses affluents un grand rôle économique. Le Kouilou (320 km) et son affluent, le Niari, irriguent, quant à eux, l'Ouest du pays. La présence de ces fleuves joue un rôle dans l'endémicité de certaines pathologies tropicales.

Plus des 2/3 du territoire congolais sont couverts par des grandes forêts tropicales. Le massif du Chaillu, la forêt du Mayombé, à l'Ouest du pays et la forêt, inondée au Nord, constituent le deuxième domaine forestier du monde. Le reste du territoire est recouvert de savane.

De part sa position sur l'équateur et son étirement sur plus de 1000 km, le Congo est compris tout entier dans la zone des climats chauds et humides. Il reçoit des précipitations moyennes de l'ordre de 1500 mm au Sud et près de 2000 mm au Nord et dans la zone de forêt.

La température moyenne se situe autour de 25° C ; les écarts thermiques sont faibles au Nord (2° C), s'amplifient au Sud (6° C).

Le Nord du pays bénéficie d'un climat équatorial et il pleut toute l'année avec une accalmie de décembre en février, puis en juillet.

Dans le Sud-Ouest, le climat prend une tendance tropicale humide ; la saison des pluies dure 8 à 9 mois (d'octobre à mai) ; interrompue par une petite saison sèche en janvier ou février. La grande saison sèche dure 3 ou 4 mois (Juin - Septembre).

Les régions du Centre (Plateaux Batekés et Cuvette Congolaise) connaissent un climat intermédiaire : le climat sub-équatorial.

Ces climats sont nuancés particulièrement suivant les régions par des facteurs comme les masses d'eau, le courant marin, le relief.

Situation politique et administrative.

Ancienne colonie française, le Congo a accédé à l'indépendance le 15 Août 1960 après une courte période d'un statut de République autonome.

Les premières années d'indépendance se caractérisent par des crises poli-

tico-militaires successives qui conduisent à la mise en place d'une politique de type marxiste-léniniste. Après deux décennies de cette politique, le Congo amorce à partir de 1991 un processus démocratique qui a conduit la Conférence Nationale à l'adoption d'une nouvelle constitution et en 1992 à des élections présidentielles libres.

Mais les désaccords politiques et ethniques qui déchiraient le pays depuis plus de trente ans et les graves difficultés économiques provoquèrent de nouveaux affrontements jusqu'en 1998.

Au Congo, la division administrative la plus importante est la région. Une région est ensuite divisée en district et peut comprendre une ou des communes. Les districts se rattachent à la division du milieu rural alors que la commune constitue l'unité administrative urbaine.

Le district est subdivisé en villages alors que la commune est subdivisée en quartiers, qui sont répartis en zones et les zones, en bloc.

Situation économique.

Après vingt ans de marxisme, l'instabilité politique, qui a suivi l'ouverture du pays au pluralisme, avait retardé l'exploitation de deux atouts majeurs : le pétrole et le bois. Depuis 1995, le pays a retrouvé une certaine croissance ; cependant le Congo est classé en 122^e position en considérant l'Indice de Développement Humain (1998).

• Agriculture

Les fermes d'État sont désormais abandonnées mais la production familiale n'a pas vraiment repris. Les ressources agricoles : cultures vivrières (riz, maïs, manioc) ou de plantations (canne à sucre, cacao, coton, bananes, arachides, caoutchouc, palmistes) sont en recul par manque d'investissement, et le Congo doit importer l'essentiel de ses produits alimentaires. La principale culture est le manioc (16 % des terres cultivées). Les forêts, où les coupes de bois sont en augmentation, donnent des bois tropicaux (acajou, ébène, okoumé). La situation des exploitations forestières est devenue dramatique à cause de la baisse des cours internationaux des bois tropicaux et des difficultés du transport par chemin de fer. L'avenir réside dans l'exploitation de l'eucalyptus comme bois à papier.

• Ressources minières et industries

Avec une production constante (8,8 Mt représentant 45 % du PNB), le pétrole off shore est la principale richesse du Congo, bien que le prix de vente de ce

pétrole lourd soit inférieur à la qualité de référence. Les réserves, évaluées à 113 Mt de tonnes ne comprennent pas celles du site de N'Kossa, récemment découvert. Les autres richesses minérales (potasse de Holle dont les réserves sont estimées à 1 Mt, cuivre de Mindouli, diamants) et les richesses énergétiques (potentiel hydroélectrique) commencent à être exploitées, mais l'accroissement de la dette et de sérieuses difficultés économiques, dues à la baisse du cours du pétrole, fragilisent le pays. L'industrie, encore embryonnaire, se borne à la transformation des produits végétaux indigènes (bois, raffinerie de sucre, huileries, coton) et à la fabrication d'engrais potassiques. La zone industrialisée s'étend autour de Pointe-Noire.

Le pétrole représente 90 % des exportations (1,2 milliard US \$ en 1993). Les importations (605 millions US \$) consistent principalement en produits alimentaires.

• Transports

Le Congo dispose d'un réseau routier de 12 745 km (10 % bitumés). Le chemin de fer Congo-Océan (795 km), achevé en 1934, demande à être rénové. Principaux aéroports : Brazzaville Maya-Maya (220 000 passagers), Pointe-Noire (105 000 passagers). Principaux ports : Brazzaville (460 000 t) sur le fleuve et Pointe-Noire (10,35 Mt) sur l'Atlantique.

Situation démographique.

La population, estimée à 2,95 millions d'habitants (estimation 2000), est essentiellement composée de Bantous et de quelques minorités parmi lesquelles des Pygmées (1,4 %). Parmi les nombreuses ethnies, les Kongo sont les plus nombreux (51,5 %), suivis par les Tékés (17,3 %) et les Mboshis (11,5 %). Les nombreuses ethnies non citées représentent 19,7 % de la population.

Malgré une faible densité (moyenne de 6 habitants au km²), cette population est inégalement répartie : 70 % se concentre dans le Sud du pays, sur le littoral, sur la rive du Congo moyen et parallèlement à la voie ferrée Congo-Océan qui relie ces deux zones. Long de 795 km, cet axe économique vital supplée à la navigation sur le cours inférieur du Congo ; il est raccordé à la ligne de Franceville qui apporte le manganèse du Gabon et unit le port maritime de Pointe-Noire à Brazzaville, la capitale, qui concentre plus de 35 % de la population du pays. Les grandes forêts du Nord sont quasiment inhabitées. Ainsi, la province de Bouenza, au Sud, a une densité de

14,5 h./km² et celle de Likouala, dans l'extrême Nord du Congo, a une population très clairsemée (1,1 h./km²).

Les trois quarts de la population habitent les villes. A elles seules, les agglomérations de Brazzaville (990 000 habitants) et de Pointe-Noire (576 000 habitants) concentrent plus de 60 % de la population; le Congo est l'un des pays les plus urbanisés d'Afrique. Les autres villes importantes sont Loubomo (83 000 habitants) et Nkayi (42 000 habitants).

La langue officielle est le français. Les langues véhiculaires sont le lingala et le munukutuba (kikongo véhiculaire). Une quarantaine de langues bantoues sont également parlées. Les catholiques représentent 53,9 % de la population, les protestants, 24,9 %, les membres d'Églises indépendantes, 14,2 % et les adeptes de religions traditionnelles, 4,8 %.

Le système sanitaire

Organisation sanitaire (1, 6).

Le cadre administratif chargé de la mise en œuvre de la Politique Nationale de Santé est le Ministère de la Santé, de la Solidarité et de l'Action Humanitaire.

Le cadre juridique est constitué d'un ensemble de textes qui régissent respectivement : l'organisation et le fonctionnement du Ministère en charge de la Santé, la mise en œuvre de plans et programmes, les normes d'organisation et de fonctionnement de formations sanitaires ainsi que le financement public de la santé. Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) a été adopté par le Conseil Supérieur de la République (Parlement Congolais) en février 1992 comme loi de la République.)

L'organisation de l'administration sanitaire est sur le modèle pyramidal, de la base au sommet :

- le premier échelon correspond au district sanitaire ou Circonscription Socio-Sanitaire (CSS) avec les dispensaires, les centres de santé intégrés et l'hôpital de référence de la CSS pour les activités de soins. Le Centre de Santé Intégré (CSI) est l'unité opérationnelle de base, le point d'intersection entre le service de santé et la communauté. Il fournit des soins de santé primaire. L'hôpital de référence constitue le premier niveau de recours pour les CSI. Le réseau CSI et l'hôpital de référence constituent une CSS. Ce schéma moderne de CSS n'est pas encore totalement implanté sur l'ensemble du territoire et il est encore fait appel à des dispensaires comme structures de premier contact ;

- le deuxième échelon correspond à la direction régionale de la santé qui supervise les CSS, avec, pour les activités curatives, les hôpitaux généraux qui sont les établissements de référence pour les hôpitaux de base ;

- le troisième échelon correspond aux directions centrales et aux services nationaux spécialisés avec, pour l'aspect curatif, le Centre Hospitalier et universitaire (CHU). Le niveau central a un rôle stratégique dans la planification et l'évaluation normative, le contrôle, la mobilisation et l'allocation des ressources. La direction générale de la Santé est l'unique interlocuteur des unités opérationnelles.

Les actions préventives au Congo restent encore liées à l'existence des projets et programmes spécifiques de santé et sont menées par les 11 secteurs opérationnels des services de l'épidémiologie et des grandes endémies et les 9 programmes nationaux de santé publique.

Le nombre de médecins, qui était de 1/10 000 habitants en 1970, est passé à 1,6/10 000 entre 1985 et 1995.

Infrastructures.

L'infrastructure sanitaire est organisée en deux réseaux : public et privé.

- *Réseau public de soins*
 - 5 hôpitaux généraux dont le CHU et l'hôpital central des Armées ;
 - 42 hôpitaux de base dont 3 hôpitaux militaires ;
 - 127 centres de santé intégrés ;
 - 481 dispensaires ;
 - 46 postes de santé ;
 - 14 centres de santé scolaire ;
 - 2 centres de traitement des lépreux et 9 léproseries ;
 - 2 centres de traitement ambulatoire des patients infectés par le VIH ;
 - 11 secteurs opérationnels des grandes endémies ;
 - 1 Centre National de Transfusion sanguine avec deux relais à Brazzaville et Pointe-Noire ;
 - 1 Laboratoire national de Santé Publique ;
 - 1 Laboratoire d'Hygiène de l'Eau et des Aliments.

En ce qui concerne les structures hospitalières, les capacités d'hébergement étaient de l'ordre de 5 997 lits en 1995 en baisse depuis 1991. La capacité d'hospitalisation était de 43,2 lits pour 100 000 habitants.

Les structures hospitalières sont disséminées sur l'ensemble du territoire. Mais ces établissements sont en proie à

une multiplicité de dysfonctionnements qui sont d'une importance telle qu'ils ne peuvent pas offrir des soins et des services de qualité à la population.

Beaucoup d'équipements biomédicaux sont dans un état de vétusté avancé. De même, les moyens roulants indispensables à l'activité de supervision des directions régionales manquent dans la majorité des cas.

Le secteur de la maintenance, peu développé, ne permet pas d'assurer le minimum de suivi et de contrôle des investissements. Différents arguments sont mis en avant comme la multiplicité des marques, l'insuffisance des personnels de maintenance en quantité mais aussi en formation adaptée, l'absence d'un système de gestion des équipements.

• Le réseau privé de soins

Il est en pleine expansion et se caractérise par une forte concentration dans les villes de Brazzaville et de Pointe-Noire plus à même de répondre aux attentes des structures privées.

On recense actuellement :

12 cliniques, 50 cabinets médicaux, 4 cabinets dentaires, 110 cabinets de soins infirmiers, 14 dépôts pharmaceutiques, 203 officines pharmaceutiques.

Secteur Pharmaceutique.

Le Congo ne dispose pas d'une structure de production de médicaments. Il demeure tributaire de l'étranger. En 1998, la facture annuelle de l'importation des médicaments était de 17,5 milliards de Francs CFA.

Le réseau d'importation et de distribution est contrôlé par quatre grossistes répartiteurs privés et un organisme para-public : la Centrale Nationale d'Achats des Médicaments Essentiels. Certains organismes de coopération bilatérale et multilatérale assurent également l'approvisionnement et la distribution des médicaments essentiels génériques dans le cadre de leurs interventions et selon leurs propres procédures d'appel d'offre.

Les dépenses consacrées aux produits pharmaceutiques sont estimées à environ 30 % du total des coûts de fonctionnement des formations sanitaires publiques et privées.

Le marché congolais des produits pharmaceutiques offre à la vente environ 3 000 spécialités mais les formations sanitaires sont souvent en proie à des pénuries. Ce phénomène, associé aux coûts des médicaments vendus en officines, a favorisé l'expansion des réseaux de distribution informels.

Ressources humaines.

En 1995, le secteur public de la santé employait 7 421 personnes, soit près de 12,7% des effectifs de la fonction publique. La répartition de ce personnel s'illustre par un déséquilibre entre les zones urbaines et les zones rurales. L'attraction des zones urbaines de Brazzaville, Pointe Noire et Dolisie entraîne une concentration des 3/4 des effectifs dans ces villes.

L'examen des effectifs disponibles en 1995 indique que le Congo disposait à ce moment là d'un médecin pour 6 103 habitants, d'une sage femme pour 3 151 habitant et d'un infirmier pour 2 843 habitants. Ces ratios révèlent encore des insuffisances quantitatives. Le taux d'attrition est important avec le vieillissement du personnel et accentue ce déficit en ressource humaine d'autant plus que les recrutements dans la fonction publique ont été suspendus depuis 1985.

Au delà des effectifs, la gestion des ressources humaines est caractérisée par la faible capacité de l'administration à prendre en compte les principales fonctions relatives à une gestion moderne des ressources humaines, notamment la planification, la projection et la programmation de besoins, la définition des plans de carrière, la formation continue et la formation initiale encore trop centrée sur l'hôpital bien que les priorités reconnues s'adressent aux soins de santé de base et à la pratique médicale de terrain.

Financement.

Le secteur de la santé tire ses financements de plusieurs sources : L'Etat au travers de son budget, les bailleurs de fonds, les populations qui contribuent au financement de la santé au travers du recouvrement des coûts mais aussi par leurs dépenses auprès des prestataires privés et la prévoyance sociale.

Les dépenses publiques de santé se sont élevées à 58 milliards de francs CFA en 1997, ce qui équivalait à 5% du PIB.

La part de l'aide extérieure dans le financement de la santé est de 5,5 milliards de francs CFA en 1996, soit 9% de la dépense nationale de santé, dont la majeure partie sous forme de dons.

Les problèmes majeurs posés par le financement de la santé concernent l'insuffisance des ressources. Les structures opérationnelles, notamment les centres de santé ne bénéficient pas des allocations budgétaires. Les programmes de renforcement des CSS ont été fortement limités par l'absence d'allocations budgétaires destinées aux investissements pour la réhabilitation des infrastructures, l'acquisition des équipements logistiques et techniques et la mise à disposition des stocks initiaux de médicaments.

Le profil épidémiologique.

Le Congo est l'un des pays dans lequel la situation sanitaire de la population reste très précaire. Le tableau de morbidité est dominé par les maladies infectieuses et parasitaires et par les maladies liées à la santé de la reproduction. Le système d'information sanitaire est encore peu développé et ne permet pas d'obtenir des données fiables.

Les problèmes de santé étaient illustrés par les indicateurs suivants (1) : taux de mortalité infantile (0-1 an) : 91‰ en 1996; taux de mortalité infanto-juvénile : 129‰ en 1996; espérance de vie à la naissance : 52 ans; taux de mortalité maternelle : 890 pour 100 000 naissances.

Maladies de l'enfant

Les maladies cibles du PEV restent fréquentes malgré l'effort mené en matière de vaccination. En 1995, 2 185 cas de rougeole ont été enregistrés mais la couverture vaccinale pour la rougeole n'était estimée qu'à 39% (1).

La diarrhée fait partie des premiers motifs de consultation dans les structures sanitaires : la forte prévalence des diarrhées découle des mauvaises conditions d'hygiène individuelle et collective avec le faible accès des populations à l'eau potable, l'ampleur du péril fécal, et l'absence de système adéquat de traitement et d'évacuation des ordures. Le nombre annuel d'épisodes de diarrhées par enfant est de 3,4.

Les infections respiratoires aiguës (IRA) constituent également une cause de morbidité et de mortalité importante pour les enfants de moins de 5 ans.

Les conflits armés ont été à l'origine de nombreuses situations de malnutrition. La prévalence de la malnutrition aiguë globale est importante. Le retard staturopondéral touche de 13 à 16% des enfants en milieu urbain et de 30,1% des enfants en milieu rural et montre une situation nutritionnelle difficile qui touche surtout les enfants de 6 à 59 mois. La situation nutritionnelle a été aggravée par les troubles socio-politiques. Environ 20 à 30% des enfants de moins de cinq ans souffrent de malnutrition sévère.

Facteurs de risque liés à la grossesse

Les principales causes de mortalité et de morbidité maternelles sont liées aux avortements provoqués et aux complications de la grossesse et de l'accouchement.

Ce sont : les hémorragies, les anémies, les infections du *post partum* et *post abortum* et la toxémie gravidique.

Grandes endémies locales (1).

• Paludisme

Le paludisme constitue un problème majeur de santé publique au Congo et demeure la première cause de consultation dans les structures sanitaires. Il représente, à lui seul, 23% des motifs d'hospitalisation chez les enfants de moins de 15 ans avec un taux de létalité de 12%.

La transmission est permanente dans l'ensemble du pays.

La chloroquino-résistance est un phénomène qui touche la quasi-totalité du territoire. Le Congo se situe en zone C (groupe 3) et la résistance est estimée à 12,8% avec un taux de 45% en milieu urbain.

• Lèpre

Le nombre de malades lépreux recensés au Congo est de 964 cas en 1999. L'endémie est en cours de régression grâce à l'introduction de la polychimiothérapie. La proportion de nouveaux cas des enfants de moins de 15 ans atteints de lèpre est de 5%.

• Tuberculose

Problème de santé publique important, la tuberculose a fait l'objet il y a quelques années de l'institution d'un programme national de lutte mais son importance épidémiologique reste mal perçue par manque de retour de l'information.

Le nombre de nouveaux cas de tuberculose dépistés a augmenté régulièrement de 1993 à 1996 passant de 1972 à 4 300 cas.

L'impact de l'infection à VIH sur la tuberculose se fait fortement ressentir depuis ces dernières années.

• Onchocercose

L'existence de l'onchocercose humaine au Congo a été établie à l'issue de nombreuses investigations tant épidémiologiques qu'entomologiques entreprises depuis des années (6). Les premiers cas ont été rapportés par Le Bœuf en 1919 dans la vallée de la rivière Djoué, région de Brazzaville.

Depuis 1978, un projet de recherche visant à déterminer la distribution géographique de l'onchocercose et son impact sur la santé des populations, a été mis en place. Ce projet a permis l'identification de foyers de la maladie dans les régions de Brazzaville, du Pool, du Kouilou et de la Bouenza.

On relève deux foyers se rejoignant à la sortie sud de Brazzaville : le foyer du bas-

sin de la rivière Djoué et celui de la zone riveraine du fleuve Congo, s'étendant en aval de Brazzaville jusqu'à la frontière de la République Démocratique du Congo au Sud-Ouest.

Deux autres foyers, dits secondaires (compte tenu de la population exposée), ont été aussi identifiés : le foyer de l'Ouest du Massif de Mayombe, dans le district de Kakamoeka, région du Kouilou et le foyer du district de Mfouati, dans le village Kindzaba, près de Louteté.

La population à risque peut être estimée à 692 623 personnes.

Dans ces zones d'endémie, les manifestations cliniques courantes sont : le prurit, les kystes ou nodules onchocerciens, la peau de léopard et la gale filarienne.

• Trypanosomiase

Le taux de prévalence observé entre 1994 et 1996 varie entre 3% et 3,5% parmi les populations des foyers. Les principaux foyers se trouvent dans la Bouenza et dans le couloir du fleuve Congo jusqu'à Mossaka.

• Bilharziose

La schistosomiase est endémique et stable dans les régions du Sud du pays. Le taux de dépistage varie entre 5 et 35%. La population jeune est la plus touchée.

• MST/SIDA

A la fin de l'année 1996, 10 777 cas de sida avaient été notifiés à l'OMS (1, 5). Approximativement 60% des cas surviennent chez des personnes âgées de 20 à 29 ans mais 10% des cas concernent des enfants de moins de 10 ans. Le nombre de décès dus au Sida s'établissait à 11 600 en 1999.

Des études de séroprévalence du VIH-1, réalisées entre 1990 et 2000, ont montré que la séroprévalence se situait entre 7 et 9% chez les donneurs de sang, 10 à 12% chez

les femmes enceintes, 30 à 70% chez les prostituées et 17% chez les patients atteints de MST. Des données concernant les régions rurales indiquaient une séroprévalence (5%) moins élevée que dans les centres urbains.

Les Maladies Sexuellement Transmissibles (MST) sont un réel problème de santé publique. Le risque annuel d'infection est de 15% pour la gonococcie, 20% pour l'infection à *Chlamydiae trachomatis*. Les adolescents constituent la population la plus vulnérable. Les données disponibles indiquent que le sex-ratio (H/F) est de 1,8 pour les gonococcies, 3,7 pour les infections à *Chlamydiae* et 2,6 pour les infections à VIH.

• Drépanocytose

La drépanocytose est la plus fréquente des maladies héréditaires. On observe que plus de 20% de la population sont porteurs du trait drépanocytaire AS et 1,5% portent la forme SS.

Conclusion

Le Congo a su garder en parallèle deux systèmes de santé et éviter ainsi les écueils d'un passage trop rapide d'une stratégie mobile de type grandes endémies à une stratégie sanitaire fixe articulée autour d'une organisation pyramidale. L'existence d'un effectif suffisant de cadres formés permet aux différents niveaux de la pyramide de s'adapter aux nouvelles orientations de la politique nationale de santé.

La couverture sanitaire du pays reste encore un problème mais la construction de nouvelles unités de soins ne devra pas être réalisée dans la précipitation sans tenir compte des capacités en ressources humaines aussi bien d'un point de vue qualitatif que quantitatif. L'accessibilité et la

qualité des soins ne doivent pas se limiter à l'existence d'une infrastructure mais doivent s'évaluer aussi par la mesure d'indicateurs en relation avec l'ensemble des tâches qui doivent être réalisées dans cette structure non seulement d'un point de vue des soins mais aussi de la gestion.

Le retour de la paix et la réconciliation nationale devraient créer les conditions de stabilisation et de relance économique et sociale. Dans ce cadre, il importe donc d'ancrer les choix publics dans une perspective qui garantisse la rationalisation des dépenses publiques de santé, l'amélioration de la gestion des capacités sanitaires ainsi que la participation de la population à la définition et à la mise en œuvre de la Politique Nationale de Santé.

La reconstruction qui débute amènera sans aucun doute une amélioration notable de la situation socio-sanitaire du pays mais certaines plaies resteront difficiles à panser ■

REFERENCES

- 1 - REPUBLIQUE DU CONGO - Ministère de la Santé, de la Solidarité et de l'Action Humanitaire. Politique Nationale de Santé. Brazzaville 2000
- 2 - PNUD - Rapport sur le développement humain, 1998.
- 3 - OMS - Rapport sur la santé dans le monde - 1997.
- 4 - OMS - Rapport sur la santé dans le monde - 2000.
- 5 - YILA-BOUMPOTO M. - La santé en situation de conflit : le cas du Congo-Brazzaville. *Afrique Contemporaine* 2000; **195** : 267-72.
- 6 - REPUBLIQUE DU CONGO - Ministère de la Santé, de la Solidarité et de l'Action Humanitaire. Plan National de lutte contre l'Onchocercose au Congo. Brazzaville 2000.