

MÉDECINE ET SANTÉ EN RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO : DE L'INDÉPENDANCE À LA 3^e RÉPUBLIQUE

S. WEMBONYAMA, S. MPAKA, L. TSHILOLO

- Travail de l'Hôpital Général de Référence Provinciale « Jackson Sendwe » (S.W., Docteur en médecine) Faculté de Médecine, Université de Lubumbashi, de la Direction Soins de Santé primaire (S.M., Docteur en médecine), Ministère de la Santé, République Démocratique du Congo et du Centre Hospitalier Monkole (L.T., Docteur en médecine), Centre de Formation et d'Appui Sanitaire (CEFA), Kinshasa, République Démocratique du Congo.
- Correspondance : L. TSHILOLO, Centre Hospitalier Monkole/ CEFA, 4804, Avenue Ngafani, Mont Ngafula, Kinshasa. RDC, BP 817 Kin XI.
- Courriel : leon.tshilolo@gb-solution.cd

Med Trop 2007 ; 67 : 447-457

RÉSUMÉ • En République Démocratique du Congo, ancienne colonie belge, le taux de natalité est élevé (48,9/1000) ainsi que le taux de mortalité (17/1000). La RDC est classée parmi les pays à très forte mortalité maternelle : 1 289/100 000 naissances vivantes. La situation sanitaire ne semble pas s'être améliorée depuis l'indépendance : l'accès à l'eau potable est limité; les conditions hygiéniques sont déplorable et la disponibilité des aliments dans les ménages est fort réduite. Le taux moyen d'utilisation des services de santé est estimé à 0,15 consultations/hab/an. Les maladies transmissibles, dont certaines étaient contrôlées avant l'indépendance sont en recrudescence : c'est le cas de la maladie du sommeil, l'onchocercose, la lèpre et la tuberculose. Le paludisme constitue une des principales causes de mortalité et de morbidité de la population et elle cause le décès de 150 000 à 250 000 enfants de moins de 5 ans chaque année. Le sida avec une séroprévalence estimée à 4.5% concerne actuellement 1 190 000 personnes et le pays compte 930 000 orphelins de parents morts de sida. D'autres maladies à potentiel épidémiologique comme la peste et la fièvre hémorragique Ebola constituent des menaces sérieuses. Par ailleurs, les maladies non transmissibles sont également en croissance : c'est le cas du diabète, de l'hypertension artérielle systémique, des cancers ou des maladies négligées telle que la drépanocytose. Pour affronter tous ces défis, les Autorités sanitaires du pays ont établi depuis 2005 la Stratégie de Renforcement du Système de Santé (SRSS) qui vise entre autre à développer les zones de santé afin d'améliorer l'accès aux soins de santé de qualité à toute la population.

MOTS-CLÉS • RD Congo, formation, paludisme, sida, mortalité maternelle, stratégies.

MEDICINE AND HEALTH IN THE DEMOCRATIC REPUBLIC OF CONGO: FROM INDEPENDENCE TO THE THIRD REPUBLIC

ABSTRACT • The birth and mortality rates in the Democratic Republic of Congo (DRC), a former Belgian colony, are high, i.e., 48.9/1000 and 17/1000 respectively. The DRC also has one of the highest maternal death rates in the world, i.e., 1289/100000 live births. Health conditions have not improved since independence. Access to drinking water is limited, living conditions are poor, and food availability in households is low. The mean health services utilization rate in the DRC is estimated to be 0.15 visits/inhabitant/year. The incidence of transmissible diseases is rising. This increase is observed even for illnesses that were under control before independence such as sleeping sickness, onchocerciasis, leprosy, and tuberculosis. One the main causes of mortality and morbidity in the population is malaria that is responsible for the deaths of 150000 to 250000 children under the age of 5 every year. The HIV prevalence rate is 4.5% with 1.19 million persons with AIDS and 930000 orphans whose parents died of AIDS. Other potentially epidemic diseases including bubonic plague and Ebola hemorrhagic fever are serious threats. Non-transmissible diseases are also on the rise including diabetes, systemic arterial hypertension, cancer and neglected diseases such as sickle cell anemia. To meet these challenges, the country's health authorities have established a program called the Strategy for Reinforcement of the Health System (SRHS). One goal of the SRHS is to develop health zones in order to improve access to quality health care for the whole population.

KEY WORDS • DR Congo – Training – Malaria – AIDS – Maternal death rate - Strategies.

Situé en Afrique centrale, la République Démocratique du Congo, figure aujourd'hui parmi les pays les plus pauvres du monde et les plus endettés et cela en dépit de sa grande richesse en ressources naturelles. Depuis son indépendance en 1960, la situation sanitaire de ce pays a connu des variations qui ne semblent pas, dans l'ensemble, avoir donné une «santé pour tous» telle que prônée par la déclaration de Alma Alta à laquelle la RDC avait souscrit.

Les conditions sanitaires ne cessent de se dégrader. Le système hospitalier public ne répond plus aux besoins d'une population trop démunie pour s'offrir des soins médicaux ou acheter des médicaments. Cette situation générale de délabrement, tempérée par la présence d'établissements de soins dépendant des confessions religieuses, des ASBL ou ONG (organisations non gouvernementales), est aggravée par l'expansion de l'épidémie de sida, la

recrudescence de maladies endémiques autrefois contrôlées comme la maladie du sommeil et une immigration choisie du personnel de santé vers le nord et vers le sud.

A peine sortie d'une crise sociopolitique grave et d'un contexte de guerre qui aura duré un lustre (cinq ans NDLR), la RDC devra à l'aube de la 3^e République, inscrire la santé parmi les priorités à recouvrer pour espérer remettre le pays sur le rail du développement socio-économique et de

la concorde nationale et régionale. Les enjeux de santé publique auxquels la RDC sera confronté au cours de ses prochaines années sont importants et demandent que l'on s'y penche, non seulement avec le regard des politiques ou des institutions internationales et des experts en santé publique, mais aussi avec une approche de réflexion basée sur le vécu (avec ses déceptions et ses réussites) et la vision des hommes de terrain.

C'est dans cette perspective que s'inscrit cet article qui voudrait rapporter quelques éléments sur la situation sanitaire et la pratique de la médecine en RDC de l'indépendance à l'aube de la 3^e République afin de susciter des réflexions et des idées pour une perspective meilleure.

Contexte géographique

Avec une superficie de 2 345 000 km², la République Démocratique du Congo (ex Zaïre), ancienne colonie belge, est un pays enclavé, situé en Afrique centrale. Elle est en contact avec l'océan Atlantique grâce à une côte très étroite (environ 40 km de long) et partage 9 165 km de frontières avec 9 autres pays.

A cheval sur l'équateur, la RDC a un climat chaud et humide sur la plus grande étendue de son territoire, lequel se trouve en zone équatoriale et tropicale humide. Son climat connaît sur de grandes zones de territoire des températures élevées. La température moyenne annuelle dans la cuvette est de 25°C. A l'exception des hauts massifs dans l'Est et des plateaux élevés du sud du Katanga, elle ne descend que de quelques degrés sur la plus grande partie du territoire du pays ; la température moyenne du mois le plus froid restant toujours supérieure à 18°C avec cependant des pics inférieurs à 10°C au sud du Katanga.

Il pleut abondamment et presque régulièrement partout et la moyenne des précipitations dépasse 1200mm avec des maxima dans le centre de la cuvette centrale (2 200 mm).

On y compte trois zones climatiques :

- la zone équatoriale où la température est élevée et constante toute l'année avec une moyenne supérieure à 25°C avec pratiquement une seule saison de pluie ; elle concerne surtout les provinces de la cuvette centrale, notamment le Bandundu, les deux Kasai, la province Orientale et le Maniema ;

- la zone tropicale où la température est en moyenne supérieure à 20°C avec des amplitudes thermiques qui peuvent être remarquables. C'est la zone la plus étendue

et où on distingue un climat tropical humide et sec ;

- La zone montagneuse (climat d'altitude) avec une température modérée ou tempérée (+/- 20°C) concerne la bande Est du pays où les sommets des montagnes sont couverts de neige ou de glaciers (Ruvenzori).

Le fleuve Congo, qui constitue la colonne vertébrale du pays possède un débit considérable (45 000 m³/sec). A l'échelle mondiale, il occupe la 2^e place après l'Amazone (150 000 m³/sec). La RDC est l'un des pays les plus arrosés au monde, avec un potentiel hydrique d'au moins 25 000 m³ d'eau par individu et par an. Par l'importance de ses cours d'eau et de nombreux lacs, la RDC est considérée comme le château d'eau de l'Afrique dont elle détient 16 % de l'eau douce.

Parmi les principaux lacs, on distingue les lacs de régions montagneuses à l'est du pays : le lac Albert, le plus poissonneux du monde, le lac Tanganyika long de 650 km et le lac Kivu riche en gaz méthane ; les lacs de plateaux : le lac Moero et le lac Bangwelo au Katanga ; et les lacs de cuvette ou résiduels : le lac Mai-Ndombe et le lac Ntumba.

En RDC, la végétation couvre l'immense zone forestière, estimée comme représentant 47 % du massif forestier africain avec ses 125 millions d'hectares et des formations herbeuses (savanes) à grande valeur pastorale.

La végétation de la RDC regorge d'une faune abondante et variée, composée d'oiseaux, de primates, de reptiles, de carnivores, d'herbivores et d'insectes de tout genre. Elle constitue par ailleurs l'unique réserve pour des espèces rares ou en voie d'extinction telles que l'okapi, l'hippopotame blanc et le gorille de montagne.

ASPECTS ECONOMIQUES

Paradoxalement, la RDC est aujourd'hui, en dépit de ses immenses richesses naturelles, classée parmi les pays pauvres très endettés (PPTE) dont la population vit avec moins de 1 dollar par jour. Le pays a été pendant longtemps, pourvoyeur de matières premières qui le classait parmi les premiers producteurs du monde (cuivre, zinc, cobalt et diamant), mais cela n'a pas permis à la RDC d'amorcer un véritable décollage de développement. L'économie est dominée par des activités informelles ou populaires (qui permettent à la population de se « débrouiller ») et seulement 5 % de la population constituerait la masse laborieuse du pays. Les récentes crises socio-poli-

tiques et les différents conflits armés qu'a connus le pays depuis une dizaine d'années ont rendu l'économie totalement sinistrée avec une dépendance financière des capitaux étrangers.

L'agriculture constitue le principal secteur d'activité économique et occupe près de 75 % de la population active. Il y a coexistence de l'agriculture traditionnelle et de l'agriculture moderne. Les cultures vivrières comprennent la production de maïs, riz, manioc, ignames, patates douces et bananes plantain, arachides, haricots et agrumes. Ces produits constituent les produits de base de l'alimentation de la population.

Les cultures industrielles, vouées surtout à l'exportation, couvrent surtout la production d'huile de palme, de tabac, de caoutchouc, de coton, de canne à sucre, de thé et café, etc.. L'exploitation forestière y est fortement développée sans qu'un plan de reboisement soit scrupuleusement respecté. La pêche et l'élevage sont globalement peu développés puisque le pays continue encore à recourir aux importations de denrées alimentaires pour combler le déficit national.

HISTOIRE ET POPULATION (2)

Depuis l'exploration de David Livingstone (1813-1873), pasteur et médecin écossais, et le pacte de sang signé avec le journaliste américain originaire du Pays de Galles en Grande Bretagne, Henri Norton Stanley, avec le chef de Kitambo dans le Pool de Malebo (1874-1877), la RDC a connu plusieurs appellations : Etat Indépendant du Congo (1885), Congo Belge (1908), République du Congo (1960), République Démocratique du Congo (1964), Zaïre (1997) et de nouveau, République Démocratique du Congo en 1997.

Dans la période précoloniale, cet espace de l'Afrique centrale avait une vie politique autochtone intense caractérisée par des Etats, Royaumes ou zones socio-économiques qui s'y formaient et se réorganisaient.

La zone du fleuve était constituée par l'ensemble des populations qui commerçaient avec les villages du Pool Malebo ; elle était contrôlée surtout par les Teke et les Humbu. Cette zone servit d'image guide pour la constitution de l'Etat Indépendant du Congo.

La zone Kongo constituait la zone de liaison entre la zone du fleuve et les commerçants européens installés à l'embouchure du fleuve Zaïre ou à proximité sur la

côte. C'est de cette zone qu'était originaire le premier roi chrétien autochtone, Alfonso I^{er}.

La zone luso-africaine était autrefois l'espace où pouvaient circuler librement les commerçants africains associés aux hommes d'affaires portugais. Cette zone était surtout contrôlée par le royaume de Cassange et le royaume Lunda de Kazembe avec plus tard l'extension des Chokwe qui s'y étaient eux-mêmes intégrés.

La zone swahili prend son origine dans l'occupation arabe de la côte orientale de l'Afrique qui avait atteint Mombasa dès le XII^e siècle. C'est ici que vécut le célèbre arabisé Tippu Tip qui conclut une alliance avec le grand chef Lumpungu et le lieutenant Ngongo Lutete dans le Haut Lomami.

Une zone soudanaise s'affirmait au Nord de la zone swahili et de celle du fleuve.

Une zone de cuivre enfin concernait les régions minières du Shaba et de la Zambie. C'est là que régnait le roi de Garengaze, M'siri qui exploitait plusieurs mines de cuivre, de l'étain, du fer, etc..

Une bonne partie de ces zones firent partie de l'Etat Indépendant du Congo reconnu en 1885 selon des frontières qui correspondent pratiquement à celles de l'actuelle RDC.

Depuis son accession à l'indépendance, la RDC a connu des moments de turbulences socio-politiques qui ont marqué l'histoire de ce pays et son développement.

Population

• Groupes ethno-linguistiques

Avec la constitution de l'Etat Indépendant du Congo était née l'actuelle RDC qui comprenait des populations qui provenaient des différentes zones décrites précédemment. Du point de vue de la composition ethnique, Vansina (1966) classe la population congolaise en trois grandes régions géographiques : les cultures des savanes du nord, celles de la forêt, et les cultures de la savane du sud. Toutefois, il est d'usage de distinguer cinq principaux groupes ethniques en RDC.

Les pygmées qui sont les premiers habitants de cette partie de l'Afrique et qui sont actuellement minoritaires et confinés dans la cuvette centrale (Ituri, Ubangi et Sankuru) et dans les montagnes de l'Est.

Les Soudanais occupent la partie nord du pays où ils sont représentés par les Azandés, les Mangbetu, les Ngbaka et les Ngbandi.



Figure 1 - Distribution géographique des 4 principaux groupes ethno-linguistiques de la RDC.

Les Bantu forment le groupe majoritaire, originaire de la Benue River (Nigeria) d'où ils ont migré il y a près de 2000 ans. Ce sont les Bakongo, les Luba, les Kuba, les Pende, les Tetela, les Mongo, les Lunda, etc..

Les Nilotiques sont localisés surtout à l'Est du pays et sont représentés par les Alur, les Hema et les Tutsi.

Tout en reconnaissant la difficulté de bien définir les entités ethniques, on tend aujourd'hui à regrouper les ethnies de la RDC en quatre grands ensembles ethno-culturels :

- les Bangala : province de l'Equateur et une partie du nord Bandundu ;
- les Ba Kasai : deux provinces du Kasai ;
- les Bakongo : province du Bas-Congo et dans une partie du Bandundu ;
- les Baswahili : provinces du Katanga, du Kivu et la Province orientale.

Comme dans la majorité des anciennes colonies, on note aussi une minorité de métis issus de mariages entre européens et congolais. Bien que réunis dans ces grands groupes ethno-linguistiques, le pays compte plus de 260 ethnies dont la majorité de la population pratique un système matrimonial endogamique.

Une variété linguistique

Parmi les quelques 250 langues parlées en République démocratique du Congo, 90 % sont des langues bantoues. Le pays a quatre langues nationales : le lingala (27,5 %), le kishwahi (40 %), le tshiluba (15 %) et le kikongo (17,5 %). Le kishwahi est une langue véhiculaire des populations de l'est, et plus particulièrement de la partie méridionale de la province Orientale et les provinces du Kivu et du Katanga. Le tshiluba domine tant au Kasai Occidental qu'au Kasai Oriental.

Le kikongo est parlé dans la province du Bas-congo et imprègne la province du Bandundu, hormis le district de Maindombé. Le lingala est la langue véhiculaire des populations des parties septentrionales de la province orientale, de la province de l'Equateur et surtout de la capitale, Kinshasa (Fig. 1).

La langue officielle est le français et la RDC est le deuxième pays francophone du monde après le Canada.

Démographie

Lors de l'accession à l'indépendance en 1960, la population congolaise était estimée à 14 millions d'habitants. Elle est aujourd'hui

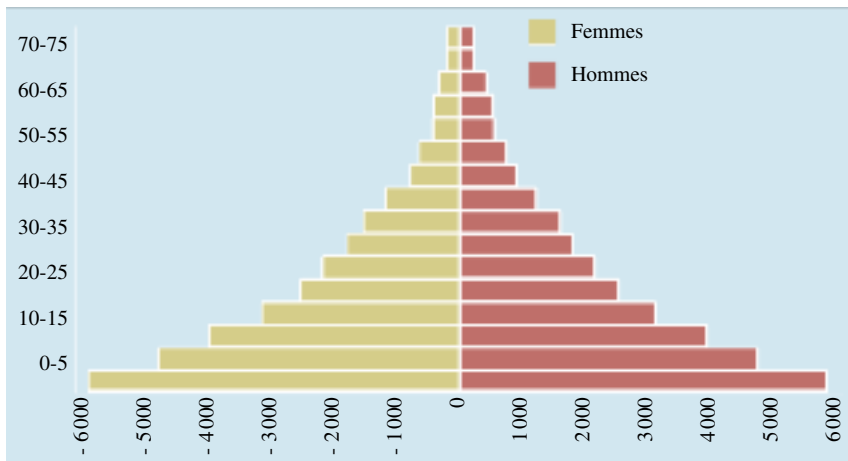


Figure 2 - Pyramide des âges de la population en RDC en 2004.

d'hui estimée à plus de 60 millions en dépit des quatre millions de morts liés aux conflits armés de ces dix dernières années. Les chiffres sont extrêmement variables selon les sources d'autant plus qu'il n'y a plus eu de véritable recensement de population depuis plus de 20 ans.

La répartition géographique de la population est inégale et connaît une évolution qui montre un flux migratoire des zones rurales vers les zones urbaines. Ainsi, le taux de la population urbaine est passé de 4,2% en 1930 à 40% en 2004. Les régions les plus peuplées sont surtout situées le long de la frontière Est où le sol est fertile et le climat doux tandis que les régions faiblement peuplées sont au centre du pays, dans la cuvette centrale forestière et marécageuse.

La population congolaise est en majorité jeune avec 56% de la population âgée de moins de 20 ans. Les personnes du 3^e âge représentent à peine 4% de la population (Fig. 2). Signalons que la proportion de personnes âgées de 15-49 ans n'a guère changé depuis 1984 et est à peu près à 22%.

Le taux de natalité est élevé (48‰) face à un taux de mortalité de 15‰ et un taux de croissance de 33‰. Avec ce taux, la population tend à doubler tous les 20 ans.

Environ 20% de la population est constitué d'enfants de la tranche d'âge de 0-5ans, soit une population cible pour les objectifs sanitaires ; 21,70% sont des femmes (15-45 ans) en âge de procréation et le nombre de femmes enceintes attendues chaque année est de 4%, soit environ 2 400 000 femmes.

Le taux global de fécondité est de 215/1 000.

Taux brut de natalité et de morbidité

Le taux brut de natalité est dans l'ensemble du pays de 48,9/1 000 avec des

valeurs plus élevées dans les provinces de l'Est (53,7/1 000 au Katanga, Maniema et Nord Kivu).

Le taux de mortalité est estimé à 17/1 000 avec un taux relativement plus bas à Kinshasa, la capitale (12/1 000), tandis que des valeurs plus élevées (19,8/1 000) sont retrouvées dans les provinces de l'est du pays (Sud Kivu, Maniema et Nord Kivu).

Dans les deux dernières décennies l'espérance de vie à la naissance est passée de 53 ans en 1990 à 49 ans en 2000. Actuellement avec l'avènement du VIH/sida, cette espérance est estimée à 42 ans.

L'âge moyen à la première maternité est de 16 ans dans l'ensemble du pays et la proportion de jeunes mères (15-20 ans) est estimée à 20,1% de l'ensemble de femmes qui sont mères. Cette proportion est particulièrement élevée au Maniema (32,2%) et au Sud Kivu (25,8%) alors qu'elle est relativement basse dans la Capitale (13,6%) et au Bandundu (14,5%).

ADMINISTRATION ET ORGANISATION SANITAIRE 3, 4

Du point de vue administratif, la République Démocratique du Congo est divisée en 11 provinces (ou régions) dont la ville de Kinshasa est la capitale (Fig. 4). On y compte 25 districts et 145 territoires, 21 villes principales, 737 collectivités, 5397 groupements et 98 cités.

Avec l'avènement de la 3^e République, l'administration a progressivement commencé la décentralisation avec la mise sur pied des gouvernements provinciaux et l'organisation prochaines des élections au niveau des entités locales (Fig. 3)

Le système sanitaire

La Politique nationale de la santé (PNS) de la RDC a été définie pour la première fois en 1984 et révisée en 2001. Elle fait suite à la souscription du pays à la déclaration d'Alma Alta sur les Soins de santé primaires en 1978 et la Charte africaine de développement sanitaire en 1980. La PNS a pour but de promouvoir l'état de santé de la population en fournissant un paquet de soins de qualité globaux, intégrés et continus avec la participation de la population, dans un contexte global de lutte contre la pauvreté.

Le système de santé en RDC dépend du Ministère de la Santé Publique dirigé par un ministre de la santé et son adjoint. L'Administration est assurée par un secrétaire général. Ce ministère compte 13 directions (services généraux, établissement des soins, pharmacie, lutte contre la maladie, soins de santé primaire, enseignement, étude et planification, laboratoire, hygiène, santé de la famille, formation continue, partenariat et infrastructure) et 53 programmes spéciaux avec à leur tour un directeur à la tête de chaque programme.

À la tête de chaque province, il y a un Médecin inspecteur provincial (MIP) et au niveau du district un Médecin inspecteur de district (MID). Le système de santé comprend 59 districts et 465 zones de santé (ZS) que dirigent des Médecins chefs de zones de santé (MCZS) et plus de 3000 centres de santé.

Pour redynamiser le système de santé, les autorités ont récemment établi la stratégie de renforcement du système de santé (SRSS) basée principalement sur le développement des zones de santé comme un système à deux échelons, c'est à dire l'hôpital général de référence (HGR) et les centres de santé (CS), sous la responsabilité de l'Equipe Cadre de la zone.

Infrastructures

Pour une population globale estimée à 63 millions, la RDC compte un total d'environ 3 000 centres de santé (CS) fonctionnels avec une population moyenne de 21 700/CS fonctionnel dont la répartition varie selon les régions. Ainsi, à Kinshasa on compte une moyenne de 22 152/CS alors qu'elle est de 6 824 au Bas Congo et de 88 152 à l'Equateur. Ces données reflètent la disparité de l'accessibilité aux soins primaires qui caractérise la situation sanitaire de la RDC.

Dans son ensemble, la RDC compte plus de 500 hôpitaux, plus de 70 cliniques et plus de 5 000 dispensaires répartis dans les 515 zones de santé. Le taux d'occupation des hôpitaux est paradoxalement faible

dans l'ensemble du pays car il est inférieur à 25 % avec une durée moyenne de séjour de 2,5 jours. Le taux moyen de d'utilisation des services de santé est estimé à 0,15 consultations par habitant et par an (0,07-0,42).

En réalité, à côté de ces formations médicales officiellement reconnues, il existe une myriade de petits centres médicaux incontrôlés, aux appellations des plus diverses et fantaisistes du genre « Au Golgotha », terme qui concorde bien souvent avec de véritables mouvoirs...

Les infrastructures sanitaires publiques, pour la plupart créées avant l'Indépendance, nécessitent dans l'ensemble d'un programme rigoureux de réhabilitation.

Ressources humaines et Enseignement médical

A l'indépendance, en 1960, alors que l'enseignement primaire avait 95 % de l'effectif total et le secondaire 4 %, l'enseignement supérieur ne comptait que pour 0,1 %. Cette situation explique pourquoi le Congo ne comptait que très peu de cadres supérieurs dans les premières années de l'indépendance (2).

Les premiers médecins congolais se comptaient sur les doigts de la main et la plupart étaient des assistants médicaux qui

ont du compléter leur formation dans les universités européennes. La première université nationale créée au Congo a été Lovanium/Kimwenza en 1954 suivie en 1956 de l'Université Officielle du Congo à Elisabethville (Lubumbashi) en 1956 et l'Université Libre du Congo en 1963 à Kisangani (5).

Actuellement la RDC compte officiellement plus de 160 établissements d'enseignement supérieur et universitaires parmi lesquels une dizaine d'universités et une centaine d'instituts supérieurs techniques. Il y a manifestement une prolifération des structures de formation du personnel de santé sans que cela ne s'accompagne d'une évidente amélioration de l'accès aux soins de qualité pour la population.

Entre 1998 et 2000, l'Ordre des Médecins comptait environ 2000 médecins congolais inscrits au Tableau, parmi lesquels plusieurs spécialistes formés pour la plupart dans les meilleures universités du Nord. Avec la crise politico-sociale des années 1990, on a assisté à un important mouvement de fuite de cerveaux vers le Nord et l'Afrique du Sud. Ce mouvement a contribué sensiblement à la réduction de la qualité de soins et de la formation universitaire.

Les universités officielles ont été vite confrontées, au cours des deux dernières décades, au problème de manque d'enseignants (par manque de relève à cause de l'exode des jeunes assistants, de l'âge avancé des professeurs et à cause de la démotivation), manque de subvention et au délabrement des infrastructures et parfois pillage des biens communs. Les écoles de médecine en RDC doivent réellement faire face à ce grave problème des cadres de relève en proposant des solutions urgentes qui visent par exemple à favoriser une formation par alternance avec des stages au Nord tout en maintenant le contact avec la réalité locale ou encore en donnant une nouvelle orientation des enseignements en sciences de base qui seraient donnés par des cliniciens (6).

Vers 1993, on a assisté à un véritable phénomène d'éclosion et d'essaimage des centres universitaires dans les diverses provinces du pays ; mais l'expérience a failli tourner court à cause de l'insuffisance des enseignants. Pour pallier cette difficulté, les enseignants des universités officielles (généralement mal payés) ont, pour la plupart, commencé à sillonner les nouvelles universités à travers le pays. C'est ce qui est à l'origine des « extensions » des grandes universités officielles auxquelles ont vite succédé de véritables universités autonomes. Cette situation est la réponse à un véritable besoin lié à l'immensité du pays, au nombre de jeunes qui finissent le baccalauréat et au climat de « décentralisation » et d'autonomie provinciale que connaît le pays depuis une dizaine d'années. Cette prolifération des universités privées connaît cependant encore le problème de manque d'un corps enseignant compétent, dévoué et dynamique. Les cours tendent à se limiter à la vente des syllabus (polycopiés NDLR) dont l'accès obligatoire est cautionné par un paiement de « droits d'auteurs »...

En dépit de tous ces problèmes, il est encore surprenant de noter que de très bons éléments continuent à sortir des universités congolaises et à faire l'objet d'une bonne appréciation à l'étranger, en particulier dans plusieurs pays de l'Afrique australe et centrale.

Actuellement, les facultés de médecine de l'ensemble du pays fournissent chaque année entre 1500 et 2000 nouveaux diplômés en médecine. Ce qui devrait en théorie permettre d'avoir une bonne distribution du nombre de médecins/habitants. La réalité montre que la majorité des médecins se concentre dans la capitale Kinshasa (996/1 721 médecins en 2000) (1) et dans les villes. Très peu de médecins acceptent d'exercer en milieu rural à cause des condi-



Figure 3 - Carte administrative de la RDC.

tions salariales et de vie qui ne répondent pas à leurs attentes.

Quant à la formation des infirmières, depuis 1998 le nombre d'Instituts des Techniques Médicales (ITM) a connu une augmentation de 15 % chaque année portant ainsi le nombre de ITM à 362 en 2005. Les difficultés auxquelles les universités sont confrontées se posent avec encore plus d'acuité au niveau d'ITM, surtout par manque d'infrastructures conformes et le manque criant de personnel enseignant.

De ses ITM sortent chaque année environ 7 000 infirmières qui, pour la plupart, vont contribuer à la pullulation des structures de santé non conformes aux normes.

La formation continue du personnel de santé, est dans son ensemble insuffisante, par manque de programmes organisés, de bibliothèques bien fournies, d'accès informatique à l'information médicale mais également par la perte et/ou manque de « culture » de formation continue et de formateurs. Un effort est depuis peu entrepris pour pallier ce déficit de formation. Des séminaires et ateliers sont de plus en plus organisés généralement en fonction des programmes financés par les bailleurs de fonds. Ainsi, des sessions de formation ont été organisées dans le domaine du sida, de la tuberculose, du paludisme, etc..

C'est dans ce contexte qu'est né à Kinshasa le CEFA (Centre de Formation et d'Appui Sanitaire), un centre de formation qui, depuis plus de 6 ans, organise régulièrement des cours post-graduate, des séminaires et conférences, animés par des professionnels locaux et des experts du Nord. Une moyenne de 1 000 professionnels de la santé fréquente annuellement ce centre qui joue au niveau national le rôle d'une plateforme de la formation continue.

La Médecine d'entreprise

La législation congolaise exige que toute entreprise qui emploie au delà de 50

employés dispose d'un service médical propre ou passe des conventions avec des formations médicales pour faire soigner les travailleurs et leurs familles.

En période de boom économique, certaines entreprises publiques comme la Gécamines (ex Union Minière) ont employé plus d'une centaine de médecins au service de 30 000 agents. Les travailleurs bénéficiaient de soins de qualité dans les formations médicales bien équipées où travaillaient des médecins spécialistes pour la plupart recrutés en Europe et se recyclant régulièrement dans les grands hôpitaux de France et de Belgique.

Devant le délabrement avancé des hôpitaux de l'Etat, et le coût élevé de la médecine privée, la population démunie des endroits où les hôpitaux de la Gécamines étaient installés ont bénéficié de soins par ces entreprises de l'Etat soit gratuitement soit à tarif réduit.

La pratique de transfert médical des malades au Nord a été une des grandes plaies malgré l'important arsenal technique et le personnel compétent dont disposaient ces sociétés.

Avec le début de la crise socio-politique des années 1990, a commencé l'exode des médecins spécialistes et le début de la décadence de la médecine d'entreprise qui a vite atteint des situations déplorables semblables à celles des infrastructures officielles de l'Etat.

Cette décadence est toutefois atténuée dans les entreprises privées dont certaines sont davantage impliquées dans les priorités de santé comme la lutte contre le VIH-sida (7)

Budget alloué à la santé 3, 4, 8

L'Etat congolais alloue au projet environ 1-5 % de son budget et cela depuis plusieurs années. On a assisté à une évolution ascendante depuis l'an 2000 où le budget était de 0,9 % et 5,7 % en 2004. Le montant alloué à la santé est estimé en moyenne à 1 \$/habitant. Aujourd'hui, dans la 3^e Répu-

blique, le montant alloué à la santé est de 3,5 % d'un budget de 2,5 milliards de dollar, soit environ 1,4 \$/habitant. Il faut par ailleurs noter que le taux d'exécution du budget alloué à la santé est généralement resté inférieur à 60 % : 17 % en 2000 et 32,63 % en 2004.

La majorité des ressources financières dans le domaine de la santé provient des partenaires internationaux qui interviennent différemment selon les domaines d'intervention.

Des sources de financement (3, 4, 8)

Les principaux partenaires de la RDC ont contribué en 2004 à un financement global de l'ordre de 135 769 568 \$ répartis dans divers domaines

En matière de santé, l'Etat congolais, a compté en 2004 sur un total de 135 769 568 \$ sur l'aide apporté par les principaux partenaires suivants : *Global Fund* (29 894 937 \$: tuberculose, paludisme, sida), USAID (23 939 142 \$: tuberculose, paludisme, sida, PEV, épidémie, nutrition et santé de la reproduction), UNICEF (18 172 349 \$: PEV, Paludisme, sida, onchocercose, Médicaments), Banque Mondiale (9 117 579 \$: réhabilitation, équipements, formations, VIH sida), coopération belge (8 350 311 \$: sida, tuberculose, trypanosomiase, Direction des études et planification), GAVI (2 000 000 \$: PEV) et l'Union européenne (1 004 554 \$: médicaments, urgences, SNIS, approche contractuel).

Partenariat Public-Privé

En dehors des structures sanitaires publiques, il y a eu en RDC depuis l'indépendance une importante prolifération de formations médicales privées créées soit par des ASBL (association sans but lucratif), soit par des particuliers philanthropes ou encore par des hommes d'affaires. L'infrastructure sanitaire est aussi considérée, dans certains milieux, comme un moyen lucratif.



Figure 4 - Chantier du Centre Hospitalier Monkole. © C. H. Monkole

Dans la capitale, il y a une forte prolifération de dispensaires, cabinets médicaux, cliniques, centres médicaux, polycliniques et hôpitaux dont très peu respectent les normes nationales exigibles. Il s'agit pour la plupart du temps de ce que communément on appelle les « boutiques médicales de la mort ». Leur nombre n'est pas connu car elles poussent comme des champignons et reflètent en quelque sorte le déficit ou le manque d'accès aux soins de qualité pour une grande portion de la population de plus en plus appauvrie. Deux tiers des patients de la RDC ne recourent pas au système de santé formel et n'ont pas accès aux soins de qualité. En effet, on estime que le taux de fréquentation de structures sanitaires (officiellement reconnus) est d'environ de 0,15 consultations par habitant et par an ; ce qui correspond à moins d'une consultation par personne tous les 6 ans ! (8).

En dehors de l'émergence des structures privées à but lucratif non coordonnées et de qualité douteuse, on a observé l'apparition de structures privées de qualité à vocation publique et qui répondent à un véritable partenariat Privé-Public. C'est le cas des structures sanitaires des réseaux confessionnels, telles que celles du Bureau Diocésain des Œuvres Médicales (BDM) de l'Archidiocèse de Kinshasa qui comprennent les deux plus grandes maternités de la ville (avec environ 30 naissances par jour à la maternité de Binza et 50 à celle de Kingasani), plusieurs centres de santé et Hôpitaux Généraux de Référence.

D'autres structures de soins de qualité ont été créés par des Fondations et/ ou ASBL. A Lubumbashi, au Katanga, on peut citer la Polyclinique Afia (150 lits) et à Kinshasa la récente clinique (300 lits) construite à Masina, un quartier surpeuplé, par la Fondation Mutombo Dikembe (basketeur américain, originaire de la RDC). D'autres structures privées à vocation publique sont en phase d'accroissement pour répondre aux besoins liés à l'accroissement de la population. C'est le cas du Centre Hospitalier Monkole (ASBL Cecfor), HGR de Mont Ngafula, dans la partie périphérique de Kinshasa, une zone semi-rurale où la population est rapidement passée de 150 000 à 195 000 habitants en moins de 10 ans. Avec sa capacité actuelle de 50 lits et un taux d'occupation de 105 %, le Centre Hospitalier Monkole a initié les travaux d'extension qui devront porter sa capacité à environ 200 lits. Ce centre auquel est associée une école d'infirmières, l'Institut Supérieur en Science Infirmière (ISSI) et un centre de formation continue, le CEFA, constitue un véritable modèle de pôle de développement sanitaire au service de la population (Fig. 4).

Profil épidémiologique et état sanitaire

Les conditions d'hygiène et l'accès à l'eau (4, 8)

Moins de la moitié de la population (45,7 %) de la RDC a accès à l'eau potable alors que le pays dispose d'une des plus grandes réserves d'eau de la sous région et du continent. A Kinshasa la capitale, la situation est différente puisque 89 % de la population a accès à l'eau potable, même si en pratique cet accès n'est pas régulier pour la grande majorité des individus. C'est à l'Equateur que le problème est encore plus crucial puisqu'il n'y a que 23,7 % de la population qui a accès à une eau de boisson de qualité.

L'insuffisance d'accès à l'eau potable est couplée à un faible taux d'accès aux toilettes hygiéniques (46 % de la population) et, dans l'ensemble du pays, le taux d'évacuation par moyen hygiénique des eaux usées (égouts, caniveaux d'eaux pluviales et puits perdus) n'est que de 9,1 % et l'évacuation des ordures ménagères par les moyens considérés comme hygiéniques (service organisé, incinération, enfouissement et compost/fumier) n'est que de 42,2 %. La conjugaison de tous ces facteurs contribue amplement à maintenir élevées la fréquence des maladies dites des mains sales et l'explosion de certaines épidémies.

Disponibilité des aliments dans les ménages et malnutrition

Les conditions de pauvreté de la population sont telles que 2,4 % des ménages ont moins de 1 repas journalier, 26,8 % 1 repas seulement (appelé communément « gong unique »), 58,8 % deux repas journaliers et seulement 12 % parviennent à avoir trois repas journaliers.

Ces conditions montrent que la malnutrition intéresse une vaste couche de la population congolaise et constitue un problème majeur de santé publique. La situation est encore dramatique dans les provinces de l'est du pays où il y a de nombreux déplacés à la suite à l'instabilité sécuritaire qui a caractérisé cette partie du pays.

La proportion d'enfants nés avec un faible poids (< 2 500 g) est estimée à 12 % et au cours de ces dernières années, la malnutrition aigüe a augmenté chez les enfants de moins de 5 ans passant de 12 à 16 %. On estime que 31 % des enfants de moins de 5 ans souffrent d'insuffisance pondérale et 38 % de retard de croissance.

Maladies transmissibles

Les premières épidémies décrites de maladies infectieuses au Congo datent déjà



Figure 5 - Fleuve Congo. © C. H. Monkole

du temps de Stanley comme le témoigne ce récit de ce missionnaire, Père C. De Deken, en 1900 :

« La petite vérole s'étant déclarée sur le steamer Stanley remontant du Pool vers Lusambo en 1893, 16 varioleux, puis 11 furent déposés sur la berge. Un an plus tard, la petite vérole désolait encore la région du Sankuru, dix mille nègres avaient succombé, les villages ont été abandonnés ou brûlés par leurs habitants... Et ...dans la suite...le Stanley...que l'on reconnut parfaitement et qu'on accusait d'avoir amené la peste dans le pays, fut assailli furieusement à coups de flèches et de sagaies » (2).

En dépit de la lutte contre les épidémies (parfois à coups de flèches et de sagaies), très vite avec l'occupation coloniale, les maladies infectieuses comme la syphilis, la gonococcie, la tuberculose et la maladie du sommeil ont causé un effet négatif sur la population congolaise : une dénatalité et la désorganisation de la société.

Au moment de l'indépendance du pays, en 1960, une grande partie des épidémies déclenchées au XIX^e siècle avaient pu être maîtrisées et plusieurs maladies endémiques contrôlées. Aujourd'hui, presque un demi siècle après, la RDC connaît une recrudescence de la tuberculose, de la maladie du sommeil, des infections sexuellement transmises (IST) qui cheminent à côté du nouveau venu, le sida.

Le paludisme

De par sa situation géographique et son climat, la RDC est un pays où la quasi totalité de la population (97 %) est exposée au paludisme endémique, une infime minorité étant exposée au paludisme épidémique dans les hautes montagnes de l'est du pays.

En RDC, comme dans la plupart des pays de l'Afrique subsaharienne, le vecteur principal est *Anopheles gambiae* s.s. qui compte parmi les 7 espèces identiques morphologiquement, mais différenciables génétiquement du complexe *Anopheles gambiae*. L'*Anopheles gambiae* s.s. comprend deux formes moléculaires M et S. La forme moléculaire S induit facilement la résistance génétique (kdr-gene) aux pyréthrinoides

(deltaméthrine). A Kinshasa, on note une prédominance de la forme S (64,1 %) avec une distribution variable selon les quartiers et des taux d'inoculation entomologique variables selon les localités et les périodes d'étude. Le taux le plus élevé (21 462 piqûres infectantes par homme et par mois) a été observé dans les quartiers où les activités maraîchères sont très importantes (9).

Ces deux formes moléculaires M et S d'*A. gambiae* s.s sont très actives la nuit et fréquentent aussi bien l'intérieur que l'extérieur des habitations. Cette particularité limite en quelque sorte l'action protectrice de la moustiquaire imprégnée (MII) de deltaméthrine dans la mesure où la population reste longtemps dehors la nuit, comme à l'occasion des deuils. Il serait tout à fait envisageable de recourir dans le cadre de l'assainissement du milieu à la pulvérisation d'insecticides rémanents sur les maisons et l'habitat.

Le paludisme constitue une des principales causes de mortalité et de morbidité de la population congolaise. On estime en effet que le nombre annuel d'épisodes d'infection palustres en RDC varie entre 60 et 100 millions. La difficulté réside dans le fait qu'il n'existe pas de signes pathognomiques propres et qu'en zone de transmission pérenne, le diagnostic de paludisme est un diagnostic par défaut, souvent après exclusions d'autres causes d'épisodes fébriles (10).

En tenant compte des épisodes fébriles chez les enfants de <5 ans, on estime qu'il y a 6 à 10 épisodes de paludisme par enfant et par an. Et c'est dans cette couche de la population que le risque de morbidité et de mortalité est plus élevé (de 6 à 7 fois).

C'est un véritable problème de santé publique, responsable du décès de 150 000 à 250 000 enfants de moins de 5 ans chaque année. Les données officielles, souvent parcellaires, rapportent un taux de létalité déclaré de 0,3 % sur base des cas déclarés dans les structures de santé où le taux de détection est pour l'ensemble du pays estimé à 6 %. Une étude dans dix centres sentinelles de Kinshasa a montré par contre un taux de létalité de 8,1 % (11).

Le tableau clinique se présente sous forme de syndrome fébrile avec des manifestations respiratoires (25 %), gastro-intestinales (25 %), neurologiques (8 %) ou même d'insuffisance rénale (2 %) (10, 11). Quant à la prise en charge, on observe une forte auto-médication souvent mal conduite et une prescription antipaludique encore anarchique dans des structures médicales où la quinine reste la molécule la plus utilisée (dans 70 % des cas) même dans les formes de paludisme simple, suivie de la chloro-

quine (27,8 %) (10) La résistance à la chloroquine est estimée à >25 % en RDC (12) et les orientations de politique nationale actuelle recommandent l'utilisation de traitements combinés à base d'artémisine (ACT) dans le paludisme simple et la sulfadoxine-pyriméthamine chez la femme enceinte.

Chez cette dernière, le paludisme est responsable de l'aggravation de l'anémie, des avortements, accouchements prématurés et du faible poids de naissance.

Une des mesures récemment préconisée par le PNLP est l'utilisation de la moustiquaire (MII) imprégnée chez les enfants de 0-5 ans et la femme enceinte. Une enquête réalisée sur 2 355 ménages de Kinshasa a montré un faible taux d'utilisation, soit 2,6 % des ménages alors que l'objectif vise à faire dormir sous MII au moins 60 % des ménages (13).

Dans le cadre de l'initiative «Faire reculer le paludisme», le PNUD/Fonds mondial s'est engagé à mettre en œuvre, avec divers partenaires, des stratégies adaptées qui visent cinq domaines prioritaires :

- promouvoir l'utilisation à large échelle de la moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII) ;
- améliorer la prise en charge des cas de paludisme dans les structures médicales ;
- améliorer la prise en charge des cas de fièvre palustre dans les communautés ;
- appliquer le Traitement Préventif Intermittent (TPI) chez la femme enceinte ;
- renforcer les capacités de gestion du Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) ainsi que le niveau intermédiaire du système de santé.

Un budget global de 54 936 608 € est prévu pour ce projet de 5 ans qui a débuté en janvier 2005. Les premiers résultats au cours de la première année sont encourageants : 1 million de MII distribuées, 441 000 cas de paludisme traités dans les structures sanitaires, 155 000 femmes enceintes ont reçu le TPI, 2139 personnels de santé formés ou recyclés et 573 microscopistes formés (14).

Actuellement, des efforts sont entrepris pour une vaste utilisation des ACT dans les formes simples de paludisme.

La tuberculose et la lèpre

La RDC est classée parmi les 22 pays les plus touchés au monde par la tuberculose et le 5° pays en Afrique. Avec l'avènement du sida, la tuberculose a pris des proportions importantes ces dernières années et des enquêtes ont montré que 30 à 40 % des patients tuberculeux avaient une sérologie VIH positive. L'incidence

annuelle est estimée à 172/100 000 habitants avec plus de 85 % de nouveaux cas de contagieux âgés de 15 à 54 ans et une prédominance masculine. Le taux de détection est actuellement estimé à 70 % des cas attendus.

Le taux de létalité déclaré est de 0,3 %. On estime en effet que 36 000 décès sont dus à la tuberculose chaque année et qu'elle est à l'origine de plus du quart des décès d'adultes en RDC (3, 4, 14).

La prise en charge de la tuberculose en RDC est assurée par le Programme de Lutte contre la tuberculose (PNT) à travers la stratégie internationale DOTS (*Directly Observed Treatment, Short course*) qui permet de couvrir 75 % de la population et comprend cinq composantes : l'engagement politique, le service de microscopie, la fourniture de médicaments, les systèmes de surveillance et l'utilisation des schémas thérapeutiques codifiés sous surveillance directe. Grâce à cette stratégie, le taux de succès de traitement est passé de 76 % en 1999 à 81 % en 2004.

On observe cependant depuis une dizaine d'années, l'apparition de souches de bacilles tuberculeux multirésistants, phénomène lié à la non-compliance au traitement et au sida. A Kinshasa, une enquête a montré que 62,5 % des souches étaient multirésistants au cours de la tuberculose chronique (15).

En dehors de la tuberculose, il faut signaler que la lèpre constitue un véritable problème de santé publique avec un taux de détection estimé à 19,50 pour 100 000 habitants soit environ 12 000 nouveaux cas détectés par an dont 1 500 chez des enfants de moins de 14 ans. En pratique courante en milieu endémique, il faut tenir compte de la possibilité d'avoir des cas de neuropathies lépreuses avec une peau normale (et un examen histologique négatif) et dont le diagnostic différentiel est à considérer avec les formes liées à l'infection VIH ou HTLV (16).

La maladie du sommeil ou Trypanosomiase humaine africaine (THA)

Jadis contrôlée au moment de l'accès du pays à l'indépendance, la trypanosomiase fait aujourd'hui de la RDC le premier pays africain où se trouve la moitié des 300 000-500 000 cas de maladie du sommeil que compte le continent. Environ 12 millions de personnes vivent dans les zones endémiques et chaque année près de 15 000 nouveaux cas sont détectés en dépit de la faible couverture du programme de dépistage (< 20 %). Le taux d'infection est estimé à 0,41 %.

C'est un diagnostic qu'il faut évoquer même chez les patients qui n'ont pas

séjourné dans les zones reconnues comme endémiques. En effet, aujourd'hui, la trypanosomiase touche même le milieu périurbain de la capitale Kinshasa.

Le diagnostic de certitude est la mise en évidence des trypanosomes dans le sang, le suc ganglionnaire et/ou le liquide céphalo-rachidien (LCR) ou autres sécrétions. Les examens recommandés en RDC sont l'examen du suc ganglionnaire, l'examen du sang frais, la goutte épaisse colorée au Giemsa, la triple centrifugation de sang, la mini-colonne (mAECT) et l'examen de LCR (17).

Le risque transfusionnel de la trypanosomiase est tout à fait possible et plaide en faveur du dépistage sérologique des donneurs de sang par le CATT (Card Agglutination for Trypanosomiasis Test) dans les zones endémiques. Une enquête dans une banque de sang à l'Est de Kinshasa a en effet montré une séroprévalence de 3,2% (18).

La trypanosomiase n'affecte pas que les hommes, mais également le bétail, ce qui aggrave les pertes économiques liées à celle-ci. La persistance des infections péri-domestiques porte souvent à l'abattage des porcs, des ovins ou des caféiers et palmiers qui sont incriminés dans la persistance des mouches tsé-tsé.

Le sida

Selon le Rapport National 2005 sur l'épidémie à VIH/sida en RDC, la prévalence du VIH/sida est estimée à 4,5% et le nombre de personnes vivant avec le VIH (PVV) est estimé à 1 190 000 personnes. Le pays compte 930 000 orphelins de parents morts de sida.

La séroprévalence du VIH varie selon les populations concernées et les contextes. Une étude récente (19) a montré que l'épidémie de l'infection VIH évolue sur plusieurs modes. Ainsi, on observe, par exemple, que la prévalence du VIH/sida à Kinshasa, la Capitale, s'est stabilisée avec un taux de 4,2% en 2005 alors qu'il était à 5,9% en 1985. Par contre, à Lubumbashi dans la province du Katanga, la prévalence a augmenté de manière significative dans la même période passant de 2,7% à 6,6%. La situation à l'est du pays est plus surprenante dans la suite des conséquences de la guerre qui a duré plus de dix ans. On craignait une forte ascension de la prévalence. Ainsi, la prévalence est passée de 3,4% en 1997 à 5,1% en 2005 à Goma et de 4,4% à 6% à Kisangani dans la même période.

Les raisons de ces différences régionales et infra-régionales en RDC ne sont pas bien évidentes. Parmi les hypothèses évoquées, on retient le changement de com-



Figure 6 - Fleuve Congo. © C. H. Monkole

portement, la diversité des souches, la saturation des groupes à haut risque ou encore les groupes étudiés.

La séroprévalence chez la femme enceinte varie selon les études et les endroits. Ainsi, des enquêtes ponctuelles ont montré un taux de séropositivité de 1,8% à 6,6% en milieu rural et 3,1 à 7% en milieu urbain (20). Actuellement le taux d'acceptation de dépistage volontaire est d'environ 80% dans les 81/515 zones de santé (concernant environ 100 000 femmes) couvertes dans l'ensemble du pays (4, 8).

Chez les donneurs de sang, la séroprévalence varie selon les sites, mais dans un rapport du Programme National de Transfusion Sanguine (CNTS) de 2004, on relève que sur 63 484 donneurs, 9413 étaient positifs au VIH, soit 15%.

La prise en charge des malades atteints de sida s'est améliorée avec le projet de lutte contre le sida du PNUD/Fonds Mondial qui a permis de mettre sous antirétroviraux plus de 10 000 personnes atteintes de sida et de mettre sous prophylaxie ARV (Névirapine) environ 2 000 femmes enceintes (14).

Les maladies infectieuses de la première enfance

Parmi les maladies de la première enfance qui touchent les enfants en RDC figurent la coqueluche (plus de 7 000 cas déclarés/an), la rougeole (environ 30 000 cas) et le tétanos (1 500 cas) avec pour cette dernière une mortalité de près de 50%. Les infections respiratoires aiguës (80 000 cas/an) constituent la pathologie infectieuse la plus fréquente avec une prévalence variant

entre 22 et 40% selon les études (5).

Les maladies diarrhéiques

En dehors des gastroentérites virales, des épidémies de dysenterie bactérienne (appelée communément diarrhée rouge), et de choléra éclatent de temps en temps, surtout dans les camps des populations déplacées. Ainsi, en 2004, on enregistrait 8 371 cas de choléra dont 231 décès et 40 136 cas de diarrhées sanglantes dont 188 décès (4, 8).

Il faut cependant signaler que dans la capitale Kinshasa, les diarrhées muco-sanglantes sont souvent attribuées aux amibes et il y a une surestimation de la fièvre typhoïde dont le diagnostic microbiologique n'est que rarement réalisé.

Autres maladies à potentiel épidémique (4, 8)

Parmi ces maladies, il faut relever les cas de fièvre hémorragique à virus (Ebola) dont des épidémies ont plusieurs fois touché le pays.

La variole des singes (Monkeypox) figure encore parmi les maladies à surveillance épidémiologique et touche encore un millier de personnes avec une cinquantaine de morts, en particulier dans la province du Kasaï Oriental dans le district du Sankuru.

Des cas de peste pulmonaire sont également signalés chaque année, en particulier à Bunia à l'Est du pays. On a signalé cependant des cas de peste pulmonaire dans une zone d'extraction minière laissant entrevoir une possibilité d'épidémie dans un contexte dominé par de nombreux déplacements de population vivant dans une extrême promiscuité, une hygiène déplor-

nable et sans aucune véritable surveillance épidémiologique (21).

Les maladies non transmissibles

Avec le changement des habitudes alimentaires et le vieillissement de la population, on observe une augmentation de cas de maladies cardiovasculaires et métaboliques dominées par l'hypertension artérielle avec la complication d'accidents vasculaires cérébraux (AVC), le diabète, l'obésité et les maladies liées au déficit en iode.

D'autres maladies sont cependant en accroissement et vont davantage constituer un problème de santé publique. C'est le cas des cancers et de la drépanocytose.

Les cancers

La problématique du cancer dans les pays en développement fait l'objet de sérieuses réflexions au niveau des responsables de la santé car on estime que 830 millions de personnes dans 46 pays meurent de cancer et 650 000 Africains développent un cancer chaque année. Le traitement est souvent non disponible dans plusieurs régions entraînant près de 510 000 morts, soit environ 80 % des cas de cancer. A la différence des autres continents, les types de cancer en Afrique sont très agressifs, de découverte tardive et concernent surtout l'adulte jeune. En effet, 80 % de diagnostics de cancer dans les pays en développement sont posés à un stade avancé.

En RDC, il n'existe pas de registre national des cancers et les données existantes sont issues de travaux réalisés pour la plupart en milieu hospitalier.

Ainsi, il résulte que le cancer du col utérin est la première pathologie cancéreuse chez la femme congolaise. Une enquête portant sur 9524 femmes consultées dans un service de gynéco-obstétrique à Kinshasa a montré une prévalence de 1,86 % de carcinomes du col utérin concernant surtout les multipares âgés entre 40-59 ans et de condition économique basse (22).

La prise en charge est tardive et repose essentiellement sur la chirurgie radicale. Des efforts sont en cours pour promouvoir un programme de détection précoce des cancers du col et des seins chez la congolaise et la radiothérapie est actuellement disponible à Kinshasa.

La drépanocytose

La drépanocytose est une maladie génétique héréditaire du sang où l'hémoglobine normale A est remplacé par l'hémoglobine S. C'est une maladie cosmopolite affectant presque toutes les races avec une variabilité dans sa présentation clinique dans les différentes parties du globe. Elle est

en RDC méconnue par l'ensemble de la population qui la considère parfois comme une malédiction ; ce qui mène souvent à l'exclusion de la société ceux qui en sont affectés.

Les sujets homozygotes congolais (SS) sont pour la plupart porteurs de l'haplotype bantou à laquelle correspond une expression plus sévère de la maladie (23).

20 à 30 % de la population est porteuse du trait drépanocytaire (AS) et près de 2 % des nouveau-nés présentent la forme homozygote (SS) de la maladie.

Les projections dans l'ensemble du pays indiquent que chaque année naissent en RDC plus de 52 000 enfants homozygotes SS, soit le quart des nouveaux cas enregistrés sur le continent africain.

Les principales manifestations cliniques dans l'enfance comprennent essentiellement le syndrome main-pied, l'anémie aiguë sévère, la séquestration splénique, les crises douloureuses et les infections sévères (méningites, pneumonies, ostéomyélites, etc). Les patients drépanocytaires en RDC sont polytransfusés avec une fréquence de 0,4 U/patient/an avec un risque de transmission de maladies virales non négligeable. La prévalence de la sérologie VIH et VHB varie entre 10-12 % chez les sujets polytransfusés (24).

Les autorités sanitaires ont reconnu la priorité de cette maladie qui constitue un véritable problème de santé publique en mettant sur pied un programme National de lutte contre la drépanocytose.

La santé materno-infantile (4, 8)

Il ya environ 2 600 000 femmes enceintes chaque année en RDC dont 1/3 seulement bénéficie d'un accouchement surveillé, c'est-à-dire en présence d'une personne formée.

Près de 70 % des femmes enceintes sont anémiques (taux Hb < 11g %) ; les taux les plus élevés sont reportés dans la province du Bas Congo (90,4 %) et au Maniema (77,5 %). La prévalence de l'anémie sévère (< 7g %) est de 2,6 % dans l'ensemble du pays avec des taux fortement élevés au Bas Congo (5,8 %) et au Maniema (7,5 %).

• Accès à la césarienne

Sur un total de plus de 2,5 millions de femmes enceintes attendues chaque année, on estime la fréquence de césariennes attendues dans l'ensemble du pays à 2,5 %, soit environ 28 000 cas, avec des variations selon les régions allant de 1,9 % dans la capitale, Kinshasa à 10,2 % dans le Sud Kivu.

L'accès à un accouchement par césarienne est fortement limité par le coût et par l'indication qui est parfois tardive ou tout simplement non évoquée. La pratique de la

césarienne reflète quelquefois des abus liés au gain tirés de cette pratique ; en effet un accouchement par césarienne coûte dix fois plus cher qu'un accouchement par la voie basse.

• Mortalité maternelle

Les données officielles classent la RDC parmi les pays à très forte mortalité maternelle : 1 289/100 000 naissances vivantes. Certains auteurs (25) ont présenté des valeurs plus élevées, soit de 1 837/100 000 naissances vivantes.

Cette mortalité maternelle concerne en particulier les jeunes parturientes et les adolescentes chez qui on compte 30 % de grossesses non désirées et un taux de 16,2 % d'avortements provoqués (25).

La mortalité néonatale précoce (< 7 jours) est estimée à 107 pour 10 000 naissances. Et dans l'ensemble, la mortalité périnatale est estimée à 80 %.

La couverture vaccinale doit encore être sensiblement améliorée. On compte en effet

71,0 % de couverture vaccinale pour la tuberculose, 49,7 % pour la rougeole, 49,3 % pour la diphtérie, le tétanos et la coqueluche chez les nourrissons de 0 à moins de 12 mois.

On atteint par contre, 99,0 % de réalisation de la supplémentation nutritionnelle des enfants, en particulier par la vitamine A.

Défis et perspectives de la 3^e République (26)

A l'aube de la 3^e République, la RDC a dans ses objectifs assignés au gouvernement de rebâtir et de renforcer le système national de santé afin qu'il soit capable de fournir avec la participation communautaire des soins de qualité, globaux, équitables et d'accroître par la même occasion l'accessibilité du plus grand nombre des populations.

Pour y parvenir, cinq axes stratégiques principaux ont été retenus :

- Le développement des zones de santé dans le cadre de la stratégie des soins de santé primaires. L'axe principal de cette stratégie est le développement des zones de santé comme un système à deux échelons (hôpital général de référence et centres de santé) sous la responsabilité de l'Equipe Cadre de la Zone. Il s'agit d'un processus dynamique qui consiste à rendre les structures de santé de la Zone capables d'offrir des services de santé de qualité, déconcentrés, permanents, polyvalents et accessibles à la population avec implication et autodétermination de celle-ci. La problématique de l'accessibilité aux soins suscite à la réflexion sur le système de mutualisation et d'assurance maladie au profit des catégories

sociales à faible revenu et des groupes vulnérables.

- La réorganisation et l'appui institutionnel aux niveaux central et intermédiaire. Les impératifs de la décentralisation politique et administrative en cours dans le pays exigent une adaptation aux exigences liées à la requalification des missions du niveau central par rapport à ceux du niveau provincial. Il s'agit d'une mesure qui va permettre un meilleur rapprochement entre la population et les autorités locales.

- L'approvisionnement en médicaments et produits spécifiques. Devant la contrefaçon galopante des médicaments en RDC et la commercialisation archaïque de ces produits (27), il est indispensable que des mesures de contrôle rigoureux soient établies et que la problématique du système national d'approvisionnement en médicaments essentiels soit abordée.

- La protection de la santé materno-infantile. L'objectif est de réduire du tiers le taux élevé de la mortalité maternelle et

infantile, en assurant la promotion de la maternité à moindre risque, intensifiant la couverture vaccinale des enfants et en améliorant les moyens de prise en charge correcte des maladies de l'enfance.

- L'intensification de la lutte contre la pandémie VIH/sida et les grandes endémies comme la tuberculose, le paludisme, l'onchocercose et la maladie du sommeil.

Les enjeux sont de taille et le chemin à parcourir, de l'indépendance à la 3^e République, encore bien long.

RÉFÉRENCES

- 1 - BEN NSHIYA K - Géographie actualisée. La République Démocratique du Congo et l'Afrique dans le monde contemporain. Academic Express Press ed, Kinshasa, 2006.
- 2 - DE SAINT MOULIN L - Panorama de l'histoire contemporaine. Commission Episcopale de L'Education Chrétienne ed, Kinshasa, 1983.
- 3 - Annuaire Sanitaire 2003. Ministère de la Santé. RDC
- 4 - Annuaire Sanitaire 2004. Ministère de la Santé. RDC
- 5 - NGANDU-KABEYA D - Aperçu historique de la pédiatrie en République Démocratique du Congo. *Congo Medical* 2001 ; 2 : 156-65.
- 6 - LUFUMA LN - Nos écoles de médecine face au grave problème des cadres de relève. *Congo Medical* 2001 ; 4 : 291-2.
- 7 - KITENGE L, CLEVENBERGH P, TCHISSAMBOU T *et Coll* - Traitement aux antirétroviraux et dépistage volontaire du VIH : résultats préliminaires sur 4 sites de la Bralima de mars 2003 à août 2004. *Congo Medical* 2004 ; 1 (Hors-série) : 22-4.
- 8 - MINISTÈRE DE LA SANTÉ, SECRÉTARIAT GÉNÉRAL - Stratégie de renforcement du système de santé (SRSS), juin 2006. <http://www.minisanterdc.cd>
- 9 - WATSENGA TN, PUNGA K, MANZAMBI *et Coll* - *Anopheles gambiae* s.s. et ses formes moléculaires M et S dans la zone de santé de Kikimi à Kinshasa : identification, distribution et transmission du paludisme. *Congo Medical* 2007 ; 13 : 1191-7.
- 10 - MULUMBA PM, BOBANGA LT, NZANZU V - Traitement du paludisme présumé à Kinshasa (4^e partie) : étude de la conformité des prescriptions antipaludiques. *Congo Medical* 2001 ; 4 : 327-33.
- 11 - MULUMBA PM - Situation épidémiologique du paludisme en République Démocratique du Congo. *Congo Medical* 2002 ; 5 : 431-5.
- 12 - NSIBU N - Les stratégies de lutte anti-paludique en République Démocratique du Congo. *Congo Medical* 2001 ; 4 : 325-6.
- 13 - BOBANGA LT, MULUMBA MP - Place de la moustiquaire parmi les méthodes anti-moustiques utilisées au niveau des ménages à Kinshasa. *Congo Medical* 2007 ; 10 : 899-911.
- 14 - PNUD/ Fonds Mondial en République Démocratique du Congo. Lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Brochure PNUD 2007 (www.pnud-fondsmondial.cd).
- 15 - KASHONGWE M, KALONGA MB, KAYEMBE N - Evolution de la résistance aux antituberculeux dans les cas chroniques à Kinshasa: 1998-2001. *Congo Medical* 2004 ; 15 : 1301-3.
- 16 - LOSEKE NT, KAZADI NT, KAYEMBE KT *et Coll* - Problématique du diagnostic des neuropathies lépreuses en République Démocratique du Congo. *Congo Medical* 2001 ; 4 : 354-8.
- 17 - KANDE BK - Lutte contre la trypanosomiase humaine africaine : prise en charge des cas. *Congo Medical* 2005 ; 2 : 177-80.
- 18 - MULUMBA MA, KIBONGE MC, MULUMBA MP *et Coll* - Plaidoyer pour une nouvelle stratégie transfusionnelle en zone endémique de la trypanosomiase humaine africaine. *Congo Medical* 2005 ; 2 : 99-106.
- 19 - KAYEMBE KP, FATUMA BA, KOKOLOMAMI J *et Coll* - Evolution de la prévalence du VIH en République Démocratique du Congo : évidence de plusieurs épidémies à différentes vitesses. *Congo Medical* 2007 ; 11 : 1015-21.
- 20 - NGUMA MA, LOKOMBA B - Le suivi de la grossesse chez la patiente vivant avec le VIH-sida. *Congo Medical* 2004 ; 1 Hors-série : 36-7.
- 21 - BERTHERAT E, KM LAMINE, P FORMENTY *et Coll* - Epidémie de peste pulmonaire dans un camp minier de la République Démocratique du Congo : le réveil brutal d'un vieux fléau. *Med Trop* 2005 ; 65 : 511-4.
- 22 - MBALA N L, NGUMA M A, MBANZULU PN *et Coll* - Le cancer du col utérin à l'hôpital St Joseph : aspects cliniques, épidémiologiques et thérapeutiques. *Congo Medical* 2005 ; 1 : 32-7.
- 23 - TSHILOLO L, LABIE D - La drépanocytose en Afrique : entre mythes et réalités. *Congo Medical* 2003 ; 12 : 1013-4.
- 24 - TSHILOLO L, MUKENDI R, WEMBONYAMA S - Blood transfusion rate in Congolese patients with sickle cell anaemia. *Indian J Pediatr* 2007 ; 74 : 735-73.
- 25 - MUELA DV - Promotion de la santé de la reproduction en République Démocratique du Congo. *Congo Medical* 2002 ; 5 : 427-30.
- 26 - MAKWENGE V - Adresse du Ministre de la Santé à la corporation médicale de la République Démocratique du Congo. *Congo Medical* 2007 ; 13 : 1177-82.
- 27 - MOSIKWA A - Haro sur la qualité des médicaments à Kinshasa. *Congo Medical* 2007 ; 11 : 993-4.