# **CHAPITRE I : POLITIQUE PUBLIQUE DE SANTE**

## **I. POLITIQUE PUBLIQUE EN MATIERES DE SANTE ET ACTIONS PUBLIQUES :**

### Sous-Section 1. Les Notions des Politiques Publiques et de l’Action Publique

## **1. Politiques publiques :**

Les autorités politico-administratives agissent à travers des politiques publiques constituants un ensemble de décisions ayant pour objet, le plus souvent, un problème d’allocations de biens ou des ressources. Ainsi, elles mettent en œuvre des politiques de la santé, du logement, d’aménagement touristique, d’assainissement etc. Afin, qu’elles se transforment en des enjeux collectifs au cours duquel s’affrontent de multiples intérêts, enjeux traduisant par l’usage d’importants moyens budgétaires et administratifs, ces questions doivent apparaitre sur l’agenda politique d’une administration centrale ou périphérique, Guy Hermet[[1]](#footnote-0).Pour mieux explicité le terme politique publique, le même auteur précise que certains auteurs proposent souvent une définition minimale qui permet d’entrer dans le sujet sans trop en fixer les concours à l’avance. Il identifie ainsi politique publique et programme gouvernemental.

Une politique Publique se présente comme un programme d’action gouvernemental dans un secteur de société ou dans un espace géographique, Ives MENY et Jean Claude THOENIG[[2]](#footnote-1) pensent que chaque politique devient ainsi le résultat d’une médiation sociale dans le but de procéder à des ajustements entre les secteurs en rapport avec la société dans sa globalité. Aussi, cette définition démontre que l’action publique peut être dirigée sur un territoire spécifique, en fonctions des besoins, des enjeux et des ressources, mais aussi sur un secteur bien défini de la vie sociale, économique, politique, sanitaire etc.

A la suite de ces auteurs M.BASLE cité par P.MAKALA NZENGU[[3]](#footnote-2) dans une publication intitulée Politiques Publiques et Gestion du secteur Agricole et Rural, les politiques publiques s’associent à d’autres traits en tant que programme d’action gouvernemental.

* Un ensemble de mesures, un contenu qui la définissent et se traduisent par des résultats concrets et une substance qui lui est propre ;
* Des éléments de décisions ou d’allocation dont la nature est plus ou moins autoritaire, c’est-à-dire imposée par des acteurs gouvernementaux à leur environnement ;
* Elle désigne un cadre assez général d’action, au-delà d’une simple addition d’actes ponctuels isolement considérés ;
* Elle affecte par son contenu ou par son impact un certain nombre d’individus, des groupes, ou d’organisations dont l’intérêt, la situation ou le comportement vont être changés dans un sens ou dans un autre : toute politique publique a un public, des assujettis, des acteurs qui ressortissent d’elle ;
* Les acteurs qui la fondent sont présumés renvoyer à des orientations, explicites ou implicites, manifestes ou latentes : une politique est menée en vie d’atteindre des objectifs, de mettre en œuvre des valeurs, de satisfaire des intérêts.

Les politiques publiques traitent ainsi donc de l’action gouvernementale. Dans ce sens, nous estimons que traiter des questions qui ont trait au secteur de santé et de financement de soins de santé par approche mutuelle de santé en vue d’en améliorer la gestion, relève de l’étude des politiques publiques.

Ceci se justifie dans la mesure où, il y’a un ensemble des problèmes à résoudre dans le secteur de santé qui nécessite la mise en œuvre d’une théorie d’action. Il y’a donc désajustements dans ce secteur depuis l’an 2001 lorsque le chef de l’état a promulgué la politique publique de santé et en a fait allusion à l’accessibilité de la population aux soins de santé primaires, aux mesures d’assainissement de base y compris l’accès à la planification familiale et la promotion des mutuelles de santé comme repère pour l’accès objectif et efficace aux soins de santé primaires et donc, il existe ici un champ des politiques publiques.

L’étiquetage est la procédure menant à la désignation d’un enjeu relevant d’une autorité publique, cette entrée dans le processus de la décision étant liée à l’action des acteurs favorables à sa prise en compte. Pour y parvenir, encore faut –il que les normes en présence transforment cette question en un enjeu légitime. C’est pourquoi, avec M. BASLE[[4]](#footnote-3), on peut avancer que le référentiel d’une politique permet d’opérer un décodage du réel grâce à l’intervention des opérateurs intellectuels qui permettent de diminuer l’opacité du monde en définissant de nouveaux points d’appuis pour agir ; et d’opérer un décodage réel à travers la définition de modes opératoires susceptibles de définir un programme d’action politique. Afin de mettre en œuvre cette politique publique, il convient de préciser les ressources disponibles, les solutions concevables en fonction de la conjoncture, etc.

Un modèle d’analyse de politique classique proposé par un auteur ; il distingue l’étape de la délimitation du problème à titre de perception d’indicateurs multiples, celle d’une étude et d’un choix de politique publique en fonction des soutiens nécessaires, des réactions de l’opinion politique et de la mise en œuvre des décisions prises à partir de moyens budgétaires et administratifs conséquent.

Mukoka Nsenda[[5]](#footnote-4) la politique publique est un processus de médiation sociale dans la mesure où l’objet de chaque politique est de prendre en charge les réajustements qui peuvent ou encore intervenir entre un secteur et d’autres secteurs ou encore un secteur et la société globale. Plusieurs auteurs définissent les politiques publiques (ou stratégies publiques) comme ensemble d’actions coordonnées, mises en œuvres avec l’objectif d’obtenir une modification ou une évolution d’une situation donnée. Les politiques publiques sont mises en œuvres par les institutions publiques et les administrations publiques autrement dit, les politiques publiques constituent un ensemble des stratégies mises en place ou acceptées par le gouvernement, pouvoir organisationnel et gestionnaire de la cité, dans un ou plusieurs secteurs bien déterminés dans son rôle de l’Etat providence, pour l’organisation efficace de ces secteurs dans le cadre de l’intérêt général.

## **2.Les registres d’analyses des politiques publiques :**

Les politiques Publiques en tant que discipline scientifique, ses précisions conceptuelles sont résumées de la manière suivante à travers les écrits : Lorsque vient le temps de faire une étude sur les politiques publiques, deux grandes avenues sont possibles :

* Premièrement, si, le but de l’exercice est de poser un constat sur l’action d’un gouvernement, l’on procède dans ce cas, à une évaluation de programme. A ce niveau l’on vise l’efficacité et l’efficience des moyens déployés pour les cibles établies au préalable. Ce qui implique la connaissance des impacts d’un tel programme ou, du moins, qu’il soit possible de les mesurer. L’analyse à ce niveau est d’ordre quantitatif ;
* Deuxièmement, si le but est d’analyser tout ce que font ou ne font pas les pouvoirs publics, l’on porte alors l’attention sur le processus de construction de l’action plutôt que sur ses conséquences. Il s’agit d’un travail de réflexion qui pourrait porter sur l’évolution d’un dossier, des forces et des acteurs en jeu. Cette deuxième démarche permet de révéler la trame de fond de l’action publique, de ses orientations et de ses modes. L’analyse est donc d’ordre qualitatif. L’on comprendra que dans notre étude, c’est la première qui nous concerne plus et cela ne nous empêcherait pas d’analyser et relever la trame de fond de l’action publique. Meya Ngemba[[6]](#footnote-5)

## **3. Objets et Missions des politiques publiques**

Les politiques publiques, selon pierre Muller[[7]](#footnote-6), ont pour objet de prendre en charge des réajustements qui peuvent intervenir entre un secteur et d’autres ou entre un secteur et la société globale.

En termes d’objectif, on note que la mission fondamentale des politiques publiques ou de l’action gouvernementale est de satisfaire les besoins d’intérêt général. Là ; il est question de remplir un certain nombre de taches, ou nombres desquelles on peut citer des taches générales et des taches particulières à caractères particuliers ou à caractère socio-économiques.

Parmi ces missions, François MUKOKA[[8]](#footnote-7) dans son livre intitulé les crises des politiques et de gouvernance au Congo, précise qu’il y a trois objectifs complémentaires, à savoir :

* Améliorer les capacités des choix et de gestions publiques,
* Renforcer le niveau de gouvernance et notamment en rapprochant les gouvernés et les gouvernants, décideurs et exécutants,
* Approfondir tant au point de vue théorique que pratique les problèmes de gestion publique et interaction entre le pouvoir publique et le pouvoir administratif.

## **4. Les phases du processus des politiques publiques**

Le processus des politiques publiques enregistre plusieurs étapes (phases), dont la nature et l’importance varient selon les auteurs.

Pour Charles O. JONES[[9]](#footnote-8) cité par Baende, cinq étapes sont retenues à savoir :

* L’Identification du Problème ;
* Elaboration du programme ;
* La mise en œuvre du programme ;
* L’évaluation du programme ;
* La terminaison de l’action.

Dans leurs discours sur les politiques publiques, élaboration et la mise en œuvre ; Georges Edwards III[[10]](#footnote-9) et ses collaborateurs retiennent neuf étapes à savoir :

* La définition du problème ;
* L’établissement du calendrier des mesures à prendre ;
* La détermination des objectifs et de l’ordre de priorités ;
* Les options et les informations ;
* L’analyse des options et des contraintes ;
* L’élaboration de la politique ;
* La prise de la décision ;
* La mise en œuvre de la décision[[11]](#footnote-10) ;
* Et l’évaluation de la politique.

B.I.T-STEP24retient ce qui suit :

* La formulation ;
* La décision ;
* La mise en œuvre.

Yves MENY et all[[12]](#footnote-11). Dans leur philosophie, ils retiennent simplement cinq étapes

* La mise sur Agenda ;
* L’élaboration de l’action ;
* Le processus décisionnel ;
* La mise en œuvre et ;
* L’évaluation.

Dans cette étude, ce modèle de classification nous semble la mieux détaillée.

### La mise sur agenda des politiques publiques

C’est l’étape première de toute politique publique.la mise sur agenda correspond au moment où les autorités publiques prennent un problème, un thème en considération et l’inscrivent à court, moyen et long terme comme une des actions qu’elles auront à mener.

Selon GERSTON Larry N[[13]](#footnote-12)., il existe trois alternatives à la mise sur agenda :

* La portée : le nombre de personnes concernées par ce problème
* L’intensité : l’importance et l’impact du problème
* La durée : depuis quand se pose le problème.

Les problèmes qui vont faire l’objet d’une mise sur agenda peuvent être de deux types. Tout d’abord, il peut s’agir d’un problème tout à fait nouveau dont la portée et/ou l’intensité vont amener les responsables politiques à s’y intéresser. A l’inverse, il peut s’agir d’un problème existant mais dont la, solution qui a été donnée est remise en question. Le rôle des responsables politiques est alors de requalifier le problème c’est-à-dire d’en redéfinir les causes et les responsabilités pour agir autrement.

Au-delà de cela, les éléments essentiels de la mise sur agenda sont les acteurs. Leur intervention va considérablement nuancer les processus. Tous ces acteurs ont des rôles différents dans la mise sur agenda, peuvent influencer les décisions des autorités publiques et leurs moyens d’action ne sont pas les mêmes. Citons :

* Les citoyens : ils peuvent pousser à la mise sur agenda par la manifestation, la pétition, la menace de sanction électorale, etc ;
* Les associations et groupes d’intérêts : par le cercle d’influence, leurs carnets d’adresses, le poids qu’ils représentent, ils vont défendre leur intérêts auprès des responsables publics,
* Le monde universitaire : centre de recherches, organisation de groupes de réflexion, production d’études dans tous les domaines ;
* Les médias : leur rôle est considérable. Ils peuvent, par leur intérêt pour une autre cause, rendre ou non un problème public, ils participent énormément à la sensibilisation de l’opinion publique ;
* Les gouvernements : par leurs volonté d’agir ou pas, ils sont évidemment un acteur primordial. Il faut noter que l’immobilisme conscient d’un gouvernement peut être considéré comme une politique appart et entière.

La mise sur agenda est donc fondamentale car elle est le point de départ de toute politique publique. Une fois le problème pris en considération, vent alors le temps de l’élaboration de l’action.

### L’élaboration de l’action

La mise sur agenda correspondait à la phase durant laquelle un problème est posé aux autorités politiques par l’un des auteurs pour en trouver une réponse.

Pour les pouvoirs publics, la première action sera donc d’étudier les solutions proposées par les acteurs concernées. D’une manière plus générale, les responsables politiques vont avoir à leur disposition deux types de solutions :

* Des solutions pré existantes qu’il conviendra d’adapter au cas particulier ;
* La création de nouvelles solutions est la conséquence du caractère original du problème

Dans tous les cas, les solutions imaginées ou reprises par les responsables devront être confrontées et soumises aux acteurs avant la décision.

### Le processus décisionnel

Il s’agit ici d’un stade très délicat. En effet, il est fait de consensus, de compromis, de concertation,…Une fois les solutions imaginées, le processus décisionnel est le moment ou les acteurs politiques (responsables politiques, groupe de pression, associations etc…) vont se retrouver autour d’une table. L’unanimité était très rare, il va falloir que chacun des acteurs soit prêt à faire un certains de compromis pour aboutir à des solutions efficaces.

A ce titre, certaines questions mettent longtemps à être réellement évaluées par un manque de consensus dans le processus décisionnel. En effet, certains acteurs de la société peuvent avoir des intérêts à défendre et ainsi bloquer toute prise de de position des pouvoirs publics.

### La mise en œuvre

La mise en œuvre d’une politique publique se définit par un ensemble d’activités individuelles et organisationnelles transformant des conduites dans le cadre d’un contexte prescriptif établi par une autorité publique mandatée, MENY Ives et THOENING Jean Claude [[14]](#footnote-13).

Pour ce faire, on peut noter que la mise en œuvre d’une politique publique repose sur deux piliers essentiels : un ensemble normatif et un système d’acteurs, le pilier normatif est constitué d’un ensemble des mesures prises par les pouvoirs publics pour règlementer certains comportements et activités. Cela va prendre la forme de lois, de règlements, de décrets,…Le système d’acteurs est composé de l’ensemble des personnes qui vont agir pour l’application de la politique publique. En fonction de l’échelle à la quelle été décidée la politique publique, on va retrouver ce système d’acteurs à différents niveaux : National, régional, local,… Ils peuvent être publics ou privés.

### L’évaluation

L’évaluation est un point essentiel des politiques publiques. Sans elle, notre politique publique perd son sens : la réponse à des besoins identifiés de certains secteurs de la société. Evaluer une politique publique, c’est rechercher si les moyens juridiques, administratifs ou financiers mis en œuvre permettent de produire les effets attendus de cette politique.

En d’autres termes, l’évaluation des politiques publiques exécutées est un outil important et indispensable pour un gouvernement, car elle lui permet de mesurer l’efficacité des actions réalisées sur le terrain à l’aide d’indicateurs objectivement vérifiables dont la rigueur doit être la plus scientifique que possible c’est-à-dire de vérifier si ces mesures ont atteint leurs objectifs de manière satisfaisante.

L’évaluation d’une politique publique doit être plus qu’un suivi. C’est elle qui va permettre l’amélioration de la politique évaluée. Cette évaluation des politiques publiques s’avère donc essentielle dans ce processus et c’est pour le présent d’une politique que pour son futur, MENY Ives et THOENING Jean Claude [[15]](#footnote-14).

## **4.** Quelques obstacles des politiques publiques

Dans le processus des politiques publiques, il faut noter l’existence de certaines limites, voire obstacles, au sein des différentes étapes.

**1.** Les obstacles liés à la mise sur agenda.

La mise sur agenda, comme nous avons pu le voir précédemment, est une étape fondamentale dans la mesure où elle représente souvent la naissance d’une politique publique.

La première limite qu’il convient de souligner tient au rôle essentiel d’un des acteurs de la mise sur agenda : les medias. ces derniers ont un poids énorme dans la prise en compte d’un problème par les responsables politiques du fait qu’ils ne constituent pas seulement un relais important de l’opinion publique. Mais aussi, ils participent de la formation de celle-ci.

En cela, les medias peuvent parasiter le débat et ils sont un moyen relativement efficace de manipulation de l’opinion publique, Ils créent une représentation de la société qui peut être fausse par la défense de certains intérêts.

Pour autant, on peut nuancer quelque peu l’importance de ce rôle. En effet, les acteurs de la mise sur agenda sont multiples et complexes et, de fait. La médiatisation ne saurait être une condition nécessaire de la prise en compte d’un problème. Ainsi il existe de cas où la simple mobilisation de groupe de pression ou d’associations auprès des pouvoirs publics peut permettre la mise sur agenda d’un problème sans que cela fasse grand bruit.

Bien plus, il faut également noter que même la gravité où le caractère urgent d’un problème ne suffit pas forcément à le faire inscrire dans les priorités des responsables politiques. Cela tient plutôt au fait que l’espace public est limité dans sa capacité à accueillir des enjeux nouveaux.

### Les obstacles liés à la prise de décision

Après les limites de la mise sur agenda, le processus décisionnel se voit également confronté à certains problèmes.

C’est stade, est peut-être le plus délicat dans la mesure où il nécessite un consensus entre les différents acteurs, et la multiplicité de ces acteurs ne favorise pas la situation. En effet, comme nous l’avons déjà évoqué dans cette étude, la présence d’intérêts divergents et la difficulté du compromis peuvent paralyser la résolution d’un problème.

### Les obstacles liés à la mise en œuvre

La mise en œuvre des politiques publiques connait aussi certaines limites similaires à celles de l’élaboration. En effet, la multiplicité des acteurs représente également un obstacle à la bonne mise en œuvre d’une politique publique. Ce qui va caractériser l’application d’une politique publique c’est l’appropriation de ces objectifs par les systèmes d’acteurs qui va la mettre en œuvre. Or, dans le système complexe qu’est le nôtre, il est difficile pour tous les acteurs de trouver leur place dans ce processus et ainsi de jouer leur rôle au mieux. Cette question se pose notamment en ce qui concerne le pilotage d’une politique publique. Quelles responsabilités ? Quels rôles sont attribués à chacun des acteurs ? Pour la réussite d’une politique, les réponses à ces questions ne doivent faire aucun doute.

Il faut alors admettre que, les politiques publiques relèvent d’un processus complexe, et ce, plus particulièrement à un niveau des acteurs. En effet, comme nous l’avons déjà évoqué, leur multiplicité peut représenter un obstacle au cours des différentes étapes des politiques publiques. Cependant, cette multiplicité reste tout à fait nécessaire : Les pouvoirs publics ne peuvent exclure un groupe social d’une prise de décision qui peut concerner celui-ci.

En effet, les politiques publiques occupent une place centrale dans l’action de l’état. Elles constituent le principal moyen d’intervention des gouvernements. Elles leur permettent de se trouver au plus proche des préoccupations des populations à la tête desquelles ils ont été placés.

Coordination, promotion de la collaboration intra et intersectorielle et Partenariat pour la Santé.

Pour maintenir et surtout pour améliorer les prestations dans le domaine de la Santé, les appuis des partenaires et les interventions des services connexes ainsi que les mécanismes de collaboration entre les services de Santé doivent être coordonnés par le Ministère de la Santé.

Un cadre organisationnel spécifique et des mécanismes de gestion transparente devront être mis en place avec la participation de la population, des professionnels de Santé et des représentants des intervenants du secteur de la Santé. Les privés, les ONG et les sociétés savantes participeront à la gestion des services de Santé à travers les organes de participation communautaire (Comité de Santé, Conseil d’Administration, Comité de Gestion).

## Sous-Section 2 : Politique Publique en Matière de Santé en République Démocratique du Congo.

Cette politique, est issue d’une grande assemblée générale des professionnels de santé publique et du ministère de santé en collaboration avec les partenaires du secteur de la santé en RDC. Le Ministère de la santé publique [[16]](#footnote-15)de la République Démocratique du Congo, dans son journal officiel intitulé PNDS, ne stipule que le Gouvernement de la République Démocratique du Congo :

- Convaincu de sa responsabilité de garantir au peuple Congolais le bien-être ;

- Convaincu que pour bien accomplir ce rôle, il doit mettre en place des bases solides qui soutiendront des programmes de développement dans tous les domaines de la vie nationale ;

- Conscient du rôle que doit jouer la Santé dans le développement du pays ;

- Attendu que pour s’adapter aux changements socio-politiques complexes qu’a connus le pays surtout durant ces dernières années, la Santé, clé du progrès socio-économique, doit être dotée d’un cadre juridique et subir de profondes innovations, dont entre autres la promotion de la médecine traditionnelle ;

- Attendu que la R.D.C. s’inscrit dans une perspective d’économie sociale de 0marché, et que l’organisation du secteur de la Santé doit cadrer avec cette nouvelle orientation ;

- Attendu que la mise à jour du système de Santé doit répondre de manière adéquate aux problèmes de Santé qui entravent sérieusement la productivité humaine et que le Ministère ayant la Santé dans ses attributions mettra au point un ensemble d’orientations basées sur des valeurs et des principes directeurs qui influenceront à long terme les décisions et les actions à mener pour atteindre le but et les objectifs d’amélioration de la Santé de la population

- Vu que pour renforcer l’option fondamentale de cette politique, le pays a souscrit à plusieurs déclarations internationales notamment, la Déclaration d’Alma-Ata en 1978 sur les soins de Santé primaires, la Charte du Développement Sanitaire en Afrique en 1980, la Déclaration des Chefs d’Etat et de Gouvernement de l’OUA sur la Santé base de Développement en 1987, les objectifs de la Décennie Mondiale de 1990 à l’an 2000, l’adhésion au Consensus de Dakar en 1992 ;

- Convaincu que la formulation de ces directives appelées « Politique Nationale de la Santé » et leur mise en œuvre viennent à point nommé pour mettre fin au processus de délabrement du système de Santé et démarrer sa réforme en vue de garantir de manière durable une meilleure Santé à la population ;

- Attendu que cette démarche prouve à suffisance l’engagement politique en direction du développement global en général et du développement sanitaire en particulier, et qu’elle permet, enfin, la sélection de priorités sanitaires, la détermination des stratégies et la mobilisation de ressources pour la réalisation des objectifs ;

- Attendu que par la présente Déclaration de politique, l’Etat Congolais s’acquitte d’un devoir légal ;

- Considérant que ce cadre politique est imposable à tous ; Adopte la présente Politique Nationale de la Santé en République Démocratique du Congo.

### ANALYSE DE LA SITUATION

La situation sanitaire de la République Démocratique du Congo a connu des niveaux variables depuis la période coloniale jusqu’à ce jour. A l’aube de l’indépendance, la politique sanitaire était essentiellement axée sur la médecine curative avec des centres médico-chirurgicaux et des dispensaires satellites. Avec les changements socio-politiques des années 1960 et 1970, le système de Santé a connu de profondes perturbations.

La politique Nationale de santé de la RDC,a été define pour la premiere fois en 1984 et revisitée en 2001 sur base des recommandations des états généraux de la santé Publique tenus en 1999. Elle faisait suite à la souscription de notre pays aux déclarations internationales telles que la déclaration d’Alma Ata sur les soins de santé Primaires en 1976 et de la charte Africaine de développement sanitaire en 1980.

La politique Nationale de santé a pour but de promouvoir l’état de santé de la population congolaise en fournissant un paquet de soins de santé de qualité, globaux, intégrés et continus avec la pleine participation de la communauté à la planification, la gestion, des interventions et des services de santé à travers les organes de gestion de la zone de santé, dans un contexte global de la lutte contre la pauvreté.

La politique nationale de santé a comme la stratégie, les soins de santé primaires pour atteindre son objectif qui est **la santé pour tous** réaffirmé à ces jours par la vision du chef de l’Etat actuel via la couverture santé universelle qui est la cible 3.8 des objectifs des objectifs de développement durables qui consiste à permettre à tous les humains de vivre en bonne santé et de promouvoir le bien-être pour tous et par tous et à tout âge.

Jadis, La population ne pouvait accéder aux rares soins de Santé primaires définies comme stratégies de notre politique que grâce aux efforts de plusieurs intervenants qui ont commencé à expérimenter des politiques de Santé Communautaire dont l’évolution progressive a abouti à la politique sanitaire basée sur les soins de Santé primaires.

Selon Alma Ata, les composantes des soins de santé primaires sont au nombre de huit, mais selon la politique nationale de santé de la République Démocratique du Congo, il y’en a onze, Ce qui justifie que les trois autres composantes sont ajoutées par la dite politique du Pays.

- L’éducation concernant les problèmes de Santé et les méthodes de lutte ;

- La promotion de bonnes conditions nutritionnelles ;

- La protection maternelle et infantile y compris la planification familiale ;

- La lutte contre les épidémies et les endémies ;

- La vaccination contre les maladies infectieuses ;

- Le traitement des maladies et des lésions courantes;

- L’approvisionnement en eau saine et les mesures d’assainissement de base ;

- La fourniture des médicaments essentiels. Et les trois ajoutées sont :

* Les Management des soins de santé Primaires,
* La formation continue du personnel de santé,
* Et la prise en charge des problèmes de santé Mentale.

Ce système a fonctionné assez valablement grâce à l’existence d’une importante infrastructure héritée de la colonisation et l’appui des différents partenaires de l’Etat Congolais jusqu’au début des années 1990, avec des points forts et des points faibles.

Comme points forts :

- La reconnaissance du droit à la Santé comme un droit fondamental du citoyen et une responsabilité inaliénable de l’Etat Congolais.

- L’élaboration du Plan d’Action Sanitaire 1982-1986 ,2011-2015 , 2016-2022;

- La subdivision du territoire national en 306 zones de Santé pour assurer l’accessibilité géographique et logistique de la population aux soins de Santé ;

- La création d’un certain nombre de projets bilatéraux et multilatéraux pour rendre opérationnelles les zones de Santé ;

- La création d’un certain nombre de projets/programmes spécialisés pour appuyer la lutte contre les maladies ;

- L’élaboration de la Charte de Mbanza-Ngungu pour lancer les bases du partenariat intra et intersectoriel au niveau de la zone de Santé ;

- L’effort gouvernemental en collaboration avec les autres partenaires dans le domaine de la formation des cadres nationaux.

Comme points faibles:

- L’insuffisance d’engagement politique effectif des gouvernements de l’époque ;

- La caducité ou la non application des textes légaux et des normes pour la Santé ;

- L’insuffisance de collaboration entre les différents services de Santé d’une part et entre ceux-ci et les autres secteurs d’autres part. Cette insuffisance de collaboration est surtout due à l’imprécision ou à la duplication des attributions ;

- L’allocation insuffisante des ressources financières à la réalisation effective de la politique sanitaire nationale ;

- La répartition inéquitable des ressources entre, d’une part, le secteur curatif et les secteurs préventif et promotionnel et, d’autre part, entre les milieux urbains et les milieux ruraux ;

- La gestion irrationnelle des ressources disponibles;

- La faible participation communautaire à la prise de décisions d’intérêt commun ;

- Le faible fonctionnement des organes de conception, de planification et de normalisation au sein du Ministère de la Santé ;

- La faible autonomie de décision au niveau périphérique ;

- L’insuffisance qualitative et quantitative du personnel de Santé ;

- L’insuffisance de formation continue ;

- La démotivation du personnel de Santé ;

- La délimitation des zones de Santé n’ayant pas tenu compte des limites administratives des territoires ou des communes ;

- Le délabrement des infrastructures, le non-renouvellement des équipements et l’absence d’une politique de maintenance ;

- Le désordre caractérisé dans le secteur pharmaceutique ;

Enfin, la crise morale et socio-économique et l’arrêt des coopérations bilatérales et multilatérales entraînant l’insuffisance de financements des services de Santé, toutes les faiblesses du système se sont exacerbées. Ce qui a entraîné la détérioration de la Santé de la population comme le montrent les indicateurs ci-dessous relevés, notamment par l’Enquête Nationale du Ministère de la Santé sur l’état de lieux du secteur de la Santé en 1998 : De l’analyse de cette situation découlent les problèmes majeurs de la Santé, qui se regroupent en quatre points suivants :

• La désintégration profonde du système de Santé qui se traduit par la désarticulation de ses éléments, l’exercice anarchique des activités de Santé, la production de services de Santé de qualité douteuse, la déshumanisation des services de Santé ;

• L’insuffisance, voire le manque des ressources pour la Santé suite au délabrement progressif des structures et équipements de Santé, l’inefficacité du système d’autofinancement, l’insuffisance en qualité et en quantité des médicaments essentiels, la démotivation, la déperdition et la baisse de la capacité gestionnaire des responsables de Santé, l’insuffisance du budget de l’Etat alloué à la Santé, la non-coordination des appuis, l’insuffisance de programmes d’appui tels que le système national d’information sanitaire, le suivi, la supervision, l’évaluation ainsi que l’éducation pour la Santé.

• L’aggravation de la situation épidémiologique caractérisée par la résurgence des maladies jadis maîtrisées et la survenue des nouvelles pathologies dues à l’insuffisance de la capacité de déploiement des programmes de prévention, de promotion et de lutte contre les maladies ;

• La détérioration de l’écosystème en raison du relâchement des mesures d’hygiène individuelle et collective et de salubrité publique et l’insuffisance de l’approvisionnement en eau saine.

C’est pour remédier à cette situation que la formulation d’une nouvelle politique s’impose.

### 4. AXES STRATEGIQUES.

Les soins de Santé primaires constituent la stratégie fondamentale pour faire accéder la population congolaise à une meilleure Santé. Pour ce faire, les orientations stratégiques suivantes seront appliquées.

4.1. Restructuration du système de Santé selon les orientations politiques, législatives et administratives ainsi que la mise à jour des normes de prestations des services. La restructuration du système de Santé se traduira notamment par la définition des politiques sous-sectorielles, l’édiction des lois, l’élaboration d’un code de la Santé publique, d’une législation pharmaceutique, d’un code d’hygiène publique, d’une réglementation sur le recouvrement des coûts, d’un code de gestion des services, de l’établissement de directives et de la fixation de normes qui permettront la mise en place d’un cadre organique pour le secteur de la Santé tout en explicitant les attributions, les relations hiérarchiques et de collaboration, le rayon d’action de chaque institution, organe ou service de Santé. Elle indique le cheminement du développement des trois niveaux du système sanitaire à savoir le niveau central chargé de l’appui stratégique, le niveau intermédiaire (province et district ) responsable de l’appui technique et le niveau périphérique (zone de Santé) qui correspond à l’unité opérationnelle.

Une attention particulière sera concentrée sur l’organisation d’une zone de Santé dotée d’une autonomie de gestion pour lui permettre de jouer un rôle prépondérant dans le développement communautaire et recevoir facilement les appuis dont elle a besoin. Des plans d’actions devront être élaborés par les zones de Santé et soutenus par les entités administratives.

Afin de faciliter par la participation communautaire à la réalisation des programmes de Santé, cette restructuration prendra en compte l’implication de la population dans le processus de planification, de décentralisation et de déconcentration des services en spécifiant les organes décentralisés pour la gestion, le suivi et la coordination des actions de développement du secteur sanitaire.

4.2. Accroissement de la disponibilité des ressources par l’application d’un processus gestionnaire adéquat. Les ressources du secteur de Santé subiront un accroissement en réglementant avant tout leur utilisation et en obtenant :

* Une mobilisation substantielle de ressources de la part du Gouvernement surtout en ce qui concerne les allocations budgétaires de l’Etat ;
* Un apport significatif de la part de la population et des autres partenaires ;
* La mise en place de mécanismes efficaces de gestion des ressources humaines, matérielles, financières, et des médicaments essentiels avec la participation de la population.

4.2.1. Le développement des ressources humaines :

Le développement des ressources humaines privilégiera la dotation de toutes les structures de Santé des équipes de Santé multidisciplinaires compétentes. Il visera aussi l’équité dans leur répartition par leur redéploiement en recourant à des méthodes incitatives et à leur motivation. Le développement des capacités managériales et la production de ressources humaines de qualité seront poursuivis par l’exploitation des programmes appropriés de formation en concertation avec le Ministère de l’Education y compris les institutions de formation. Il sera organisé régulièrement des programmes de formation continue.

### 4.2.2. Les ressources matérielles :

La répartition équitable et la maintenance des infrastructures et des équipements seront recherchées à travers l’utilisation de critères adéquats et la définition de normes. La réhabilitation des anciennes infrastructures de Santé et la construction de nouvelles formations sanitaires permettront l’extension de la couverture sanitaire, en tenant compte des besoins communautaires et du programme de développement global du pays.

Priorité sera accordée aux formations médico-sanitaires intégrées dans la zone de Santé. L’implantation des infrastructures des privés sera encouragée en fonction des besoins et ce, dans un souci de rationalité et d’équité. Elle sera réglementée, suivie et contrôlée par les services étatiques appropriés.

### 4.2.3. Les médicaments essentiels et les vaccins :

La politique pharmaceutique vise l’accroissement de la couverture pharmaceutique en médicaments essentiels génériques et en vaccins par l’approvisionnement, l’amélioration de la production locale, la répartition équitable des établissements pharmaceutiques.

Elle doit permettre l’assurance de la qualité des médicaments et leur usage rationnel ainsi que promouvoir la production et l’utilisation des médicaments traditionnels dont l’efficacité est prouvée dans la lutte contre la maladie.

Concernant l’approvisionnement en vaccins, le Gouvernement s’engagera progressivement à mettre en place des mécanismes pour garantir son indépendance. Des stratégies de production, de sélection, d’acquisition, de distribution et d’utilisation seront élaborées.

# Chapitre II : CONCEPTS DE BASE EN SANTE COMMUNAUTAIRE

La santé communautaire est une nouvelle forme de contrôle sociale. Au niveau des pays en développement comme le nôtre, elle est une approche active, c'est-à-dire s’adresse directement à des populations géographiquement déterminées, généralement pauvres ou marginales et qu’elle mette l’accent sur la participation de la communauté.

Cette participation donne généralement réponse à des revendications communautaires afin d’obtenir de meilleures préventions, des meilleurs soins et des meilleurs services.

Pour la plupart des chercheurs, ce document sera le début d’une carrière stimulante dans la santé communautaire. Pour d’autres, ayant déjà une expérience du terrain, il offrira une perspective générale nécessaire avant d’entamer une spécialisation.

Son ambition est de devenir à la fois :

1) un support pédagogique aux enseignements de la santé communautaire dans les universités ;

2) un outil de connaissance sur les grands enjeux de la santé auxquels les communautés sont confrontées, autant que professionnels, administratifs et politiques.

Jusqu’à des temps récents, la santé publique représentait le champ d’un administratif qui enregistrait des malades transmises et produisant des états et des rapports statistiques sur les épidémies, d’un infirmier ou un technicien de santé qui se limitait à administrer des vaccins et à faire la promotion de l’hygiène du milieu.

Mais voici que peu à peu, et maintenant à l’évidence, on ne peut plus dissocier la santé des individus et de la population de l’hygiène avec son environnement social, économique et culturel.

On ne peut plus dissocier les soins curatifs aux autres actions pouvant influencer la santé.

C’est à ce réseau large de connaissance sans cesse en progrès et d’actions intriquées sans cesse programmées, évaluées et corrigées, au premier rang desquelles sont la prévention et l’éducation pour la santé, que correspond le concept actuel de SANTE PUBLIQUE et le praticien n’est plus en dehors de ce terrain.

Désormais, la santé publique englobe toutes les actions en faveur de l’individu et de la communauté et par lui-même l’individu avec sa pleine participation, On parle alors de la SANTE COMMUNAUTAIRE.

On parle des actions préventives, curatives, promotionnelles et ré adaptatives.

La santé n’est plus un concept isolé, mais dans le système général de développement communautaire. Le professionnel de santé qui me lit à travers ces écrits, à qui est destiné aussi ce livre, se prêtera à cette conception.

Lorsque l’on parle de la santé dans ce discours, on rejoint la conception holistique ou globale du bien-être physique, mental, spirituel et social de l’individu. De façon générale, ce discours met l’accent sur quatre aspects de la santé :

1. Les soins de santé primaires qui s’emploient au recouvrement de la santé et à la réorganisation des systèmes de santé.
2. La promotion de la santé qui cherche à augmenter les déterminants de la santé (mode de vie et environnements sains).
3. La prévention qui se destine à enrayer les causes des problèmes de santé.
4. Le management de la santé qui à travers quelques approches et méthodes en santé publique, promouvoir une approche scientifique des interventions dans le domaine de la santé en vue d’offrir des soins de qualité à l’ensemble des individus et communautés, et pour rendre l’organisation médico-sanitaire dynamique.

Ce document est donc extrêmement important dans le sens qu’il initie le lecteur, mieux ; le professionnel de santé à une approche globale, rationnelle, intégrée et participative dans la résolution de problèmes de santé. Cette approche qui ne traite pas les cas particuliers mais qui traite les problèmes de santé d’une manière globale.

En outre, ce livre permet à l’apprenant d’acquérir une vision globale de la notion du bien-être.

Cependant l’on s’aperçoit que cet œuvre d’esprit couvre des domaines très vastes et ne peut prétendre épuiser toute matière de santé publique. Hormis les connaissances et les différents chapitres présentés dans ce livre, le professionnel de santé utilisateur de ce document devrait approfondir ses connaissances dans les domaines d’intérêts en se documentant ailleurs.

### 2.1 LA SANTE

Selon l’O.M.S. :

La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en l’absence de maladie ou d’infirmité.

La santé ne se résume donc pas (plus) à l’absence de maladie : C’est un état de complet bien-être physique, mental et social ressenti, exprimé par l’individu et accepté par l’entourage tel.

Cette définition large et complexe peut être considérée comme un idéal.

La santé reflète donc le développement harmonieux de la personne sur tous les plans : biologique, psychologique et social. La santé est donc à la fois un phénomène biologique, social, culturel.

A ce titre, la notion de santé concerne autant les maladies que l’ordre du social, du psychologique, voire du religieux.

La mission des personnels sanitaires ne peut par conséquent se limiter à son objectif traditionnel : combattre les maladies et la mort.

Elle doit viser à l’épanouissement complet des hommes dans leur milieu, en tant qu’individus, mais aussi comme membres d’une famille et d’une communauté.

Les actions de santé se définissent en **promotion,** **protection** et en **restauration de la santé**.

* La promotion de la santé envisage toutes les actions intervenant en amont de la déclaration d’une maladie et portant sur la responsabilisation de l’individu.
* La protection de la santé concerne les activités médicales de prévention.
* La restauration de la santé porte sur les traitements en cas de maladie déclarée.

### 2.2 LA COMMUNAUTE

C’est un ensemble d’êtres humains (enfants, jeunes, adultes, vieillards, hommes et femmes) qui habitent une zone géographique donnée partageant le même mode de vie, travaillant ensemble et ont conscience d’appartenir au même groupe (cohésion sociale).

### Différence entre communauté et collectivité

Ce qui distingue une communauté d’une collectivité (ou qui transforme une collectivité en communauté) est l’attachement non forcé des individus les uns aux autres qui leur fait partager des valeurs communes et organiser des actions. En pratique, et en particulier en ce qui concerne les problèmes de santé, on définit souvent une communauté sur une base géographique (quartier, groupe d’immeubles, etc.).

Généralement ce concept s’oppose traditionnellement à celui de société et d’association qui reposent sur **un pacte ou une convention volontairement** formée par ses membres.

Selon Mac Queen KM, et al. 2001, la communauté est un groupe de personnes avec des caractéristiques variées qui sont reliées par des attaches sociales, ont des perspectives communes et s’engagent dans des actions communes dans un lieu ou cadre défini.

Les membres d’une communauté partagent des intérêts communs, des valeurs, des besoins, parfois des buts. Ils peuvent exprimer une demande sociale dont le traitement participera à son propre renforcement.

Nous avons l’intérêt de retenir aujourd’hui que, la communauté est un lieu d’échanges, de réflexion et d’action qui positionne les individus dans une dimension collective, elle devient le lieu d’émergence, de définition et de compréhension des problèmes.

### 2.3 LA MALADIE

C’est un état de défaillance des mécanismes d’adaptation de l’organisme humain aux agressions extérieures ou intérieures. Cette défaillance aboutit à la détérioration de l’anatomie et de la physiologie de l’anatomie et de la physiologie de l’organisme.

Il existe deux types de maladies :

* Congénitales (héréditaires) : albinisme, mongolisme ;
* Acquises :
* Inflammatoire (ex : TBC) ;
* Traumatisme (ex : fracture) ;
* Dégénérative (ex : Cirrhose) ;
* Cancéreuse (ex : cancer).

Le terme « maladie » recouvre trois composantes :

- Composante biologique « Disease » :

Maladie perçue : perception de l’expert ou l’affectation objective médicalement défini ;

- Composante psychologique « Sickness » :

Perception personnelle ou l’affectation ressentie subjectivement par le malade ;

- Composante sociale « Illness » :

Perception de la société ou l’affection socialement reconnue.

L’état de « maladie » est reconnu par l’entourage et entraîne un ensemble d’attitude et un type de prise en charge culturellement définie.

**Note**: La perception des maladies par les professionnels de la santé et par la population étant souvent fort différente, il est nécessaire de développer des mécanismes d’écoute et de dialogue chez les professionnels de la santé (formation initiale et continue, supervision, enquête,…)

### 2.4 LA SANTE PUBLIQUE

Discipline qui s’occupe de la santé globale des populations sous tous ses aspects curatifs, préventifs, éducatifs et sociaux ; en mettant en place de système et d’actions de promotion de la santé, de prévention et de traitement des maladies, de réadaptation des handicapés ;

C’est une discipline scientifique qui développe une approche globale, rationnelle et participative des problèmes de santé et, pour ce faire, fait usage d’un ensemble de méthodes épidémiologiques, opérationnelles et de sciences sociales, dans un cadre pluridisciplinaire.

L’objectif de la santé publique est de promouvoir, maintenir ou rétablir la santé des populations.

Les fonctions essentielles de la Santé publique :

* La surveillance de la situation sanitaire ;
* La protection de l’environnement ;
* La promotion de a santé ;
* La prévention, la surveillance et le contrôle des maladies transmissibles ;
* Les lois et règlements en matière de la santé publique ;
* La santé du travail ;
* Les services de santé publique ;
* La gestion de la santé publique ;
* Les soins aux populations vulnérables et à risques élevés.

**Note** ! La santé publique se réfère aussi à la dénomination du Ministère de la santé dans une Nation ou Pays.

### 2.5 LA SANTE COMMUNAUTAIRE

* C’est une science et un art de promouvoir et de maintenir la santé de la communauté avec la participation de celle-ci ;
* En d’autres termes, la santé communautaire est l’ensemble de connaissances et de méthodes de travail qui équilibrent le bien-être tant physique que psychique et social de la population avec la participation de celle-ci.

Deux éléments essentiels pour la notion de santé communautaire se dégagent dans les recommandations de l’OMS :

1. L’organisation gouvernementale d’un système de soins où les préventifs et le curatif sont intégrés, et
2. La participation de la population.

**La santé communautaire** est le processus par lequel les membres d’une collectivité, géographique ou sociale, conscients de leur appartenance à un même groupe **(cohésion sociale/communautaire)**, réfléchissent en commun sur les problèmes de leur santé, expriment leurs besoins prioritaires et participent activement à la mise en place, au déroulement et à l’évaluation des activités les plus aptes à répondre à ces priorités.

* Participation de toute la collectivité à la gestion de la santé individuelle ou collective.
* Identifier avec la population les besoins, les comportements néfastes qui sont à l'origine du problème.
* Tenir compte de l'organisation des pratiques et des attitudes des groupes sociaux.

Pour certains, cette discipline s'inscrit dans un désir de renouveau pédagogique en santé et/ou en médecine clinique et peut aussi s'intégrer dans le développement professionnel continu des professionnels de santé.

**Pour d'autres, elle a une mission sociale censée permettre à tous d'accéder aux soins de santé, principalement grâce à son caractère de proximité.**

L’équipe qui les dispense est souvent **multidisciplinaire, multisectorielle,** avec uneanalyse **multifactorielle** pour trouver une solution durable au problème de santé de la communautéet fait appel obligatoirement à la participation communautaire (Canadien journal of Public Health).

* + - * **Il y a santé communautaire** lorsque les membres d’une communauté géographique ou sociale
  1. réfléchissent en commun sur leurs problèmes de santé
  2. expriment des besoins prioritaires
  3. participent activement à la mise en place et au déroulement des activités les plus aptes à répondre à ces priorités »
  4. réfléchissent sur la gestion et l’évaluation des activités.

La santé communautaire vise alors à :

* l’amélioration de la santé par la participation active et le développement de la créativité individuelle et collective
* acquérir un savoir-faire et un faire – savoir
* s’organiser pour se prendre en charge
* enquête participative

Elle suppose l’intervention coopérative de 3 catégories de partenaires, qu’on pourra appeler les 3 piliers ou acteurs de la santé :

* les groupes de population
* les professionnels de santé
* les élus et responsables locaux (ou les décideurs)

Les objectifs fixés en matière de la santé, souvent en terme de réduction de la mortalité et de la morbidité nécessitent pour qu’ils soient atteints, l’implication totale de la communauté à tout le processus du développement.

Cette implication doit concerner le diagnostic de la santé d’une population, la formulation d’activités de résolution des problèmes, leur hiérarchisation, leur conduite et, leur évaluation.

La communauté doit à son tour contribuer physiquement, psychologiquement et financièrement à la résolution des problèmes.

Pour élaborer des programmes de la santé dans le cadre de la santé communautaire, il y a lieu de suivre **les étapes suivantes** :

* Analyse de la situation et identification des problèmes : c’est une étape capitale qui doit tenir compte de l’environnement et des attentes de la population. Elle doit permettre de préciser l’importance et la gravité des différents problèmes de santé, et de pouvoir les hiérarchiser. L’analyse est capitale car elle permet de fixer des objectifs précis, d’en mesurer le degré de réalisation et de pouvoir évaluer les résultats obtenus.
* Identifier les populations cibles et ses différents paramètres.
* Formuler des actions de lutte ou des résolutions des problèmes identifiés et les hiérarchiser.
* Identifier les ressources nécessaires.
* Elaborer un plan d’action qui décrit les activités qui seront développées et leur échéancier ; les ressources disponibles et à disponibiliser ou à mobiliser ; le système de collecte de données nécessaires pour le suivi et l’évaluation du plan d’action.
* Réalisation du programme.
* Suivi et évaluation des objectifs fixés au départ.

Pour mettre en œuvre un programme de santé communautaire, plusieurs **conditions sont nécessaires** :

* il faut que la communauté exige, soit identifiable géographiquement et temporellement ;
* cette communauté doit être structurée par un projet, une action – pas obligatoirement sanitaire, voire une histoire commune ;
* elle doit avoir le désir de participer à un programme de santé, et avoir inclus ce thème dans ses priorités ;
* la représentation de la maladie et de la santé doit être similaire au sein de la communauté et avec les professionnels de la santé. Au minimum il doit y avoir tolérance et compréhension entre les deux modèles exprimés dans un espace commun de dialogue (réunions, etc.) ;
* le programme proposé doit correspondre à une réelle demande (besoin ressenti) de la part de la communauté. Il sera donc nécessaire de faire émerger et exprimer ce besoin ;
* les professionnels de la santé doivent être prêts à partager une bonne partie de leurs connaissances, donc de déléguer une partie de leurs responsabilités aux membres de la communauté. Pour **Lathem (1976)**, la notion de **« santé communautaire »** est claire : elle implique l’évaluation des besoins de santé et la prestation de soins à des groupes définis de la population ; ce qui la différenciée des entreprises médicales n’ayant que l’individu pour objet.

Les définitions de la santé communautaire sont nombreuses ; il me paraît important de lier l’ensemble de principes ci-après qui en assure la cohérence :

* Santé globale de la communauté (biopsychosociale) : (c’est-à-dire considéré dans son intégralité ou ensemble complet des éléments constitutifs de quelque chose) ;
* Santé intégrée (complémentarité entre prévention, traitement, éducation, rééducation et communication pour la santé : promotion de la santé) : qui signifie ce qui n'a subi aucun retranchement ou sans aucune restriction ;
* Continuité : (veut dire prolongation sans interruption et qui a une suite logique) ;
* Accessibilité du point de vue socio-économique et géographique ;
* Basée sur **le travail d’une équipe pluridisciplinaire** ;
* Basée sur la planification et la programmation (identification des besoins et des problèmes, fixation d’un programme, de priorités d’intervention, d’objectifs de santé, d’activités...) et évaluation en fonction des objectifs ;
* Basée sur la formation et la recherche pour alimenter l’action ;
* Participative (professionnels, citoyens, représentants de la collectivité) et communautaire.

La santé communautaire on le voit dans sa définition même, est une critique du fonctionnement de toute société qui reposerait sur l’individualisme, et l’économisme ; elle interfère donc dans le champ du politique, et s’en trouve pour cela parfois crainte, contestée ou refusée (Marc SCHOENE, 06/1996, Santé communautaire : mythe et réalité).

Après avoir évoqué les définitions de la santé communautaire, nous tenterons de donner une différence entre ‘’**la santé publique’’, ‘’la santé communautaire’’** et **‘’la médecine classique’’**

Il faut donc distingués dans la notion de santé communautaire, deux dimensions ou deux pôles :

- Le pôle technocratique

A travers ce pôle, on vise à la fois une meilleure distribution de services plus adaptés et la formation de personnel de santé plus approprié.

* Le pôle participatif

Il vise l’implication de la population non seulement dans la prise en charge personnelle de santé, mais aussi par la possibilité de participer à la planification et à la gestion des services ou même à leur distribution.

Santé publique VS santé communautaire

Santé publique :

Approche collective et administrative des problèmes de santé d’une population sous ses aspects politiques, économiques, réglementaires, institutionnels.

Elle est définie et mise en œuvre par les administrations compétentes au service d’une population au travers de politiques de santé.

La priorité de la santé publique est la protection de la santé de la collectivité.

Santé communautaire :

Approche locale des problèmes de santé d’une communauté impliquant sa participation active à toutes les étapes.

Elle est théoriquement mise en œuvre par un groupe associant professionnels et population.

La priorité de la santé communautaire est la promotion de la santé

.

**La santé communautaire et la médecine classique**

|  |  |
| --- | --- |
| SANTE COMMUNAUTAIRE | MEDECINE CLASSIQUE |
| Soins à une    population géographiquement définie (Dénominateur  = population définie) | Soins aux patients qui viennent dans les services de santé (Dénominateur = demande) |
| Objectif: soins intégrés de santé (préventifs, curatifs et de réhabilitation) | Prédominance du diagnostic et de la thérapeutique ou de la thérapeutique sans diagnostic |
| L'équipe de santé prend l'initiative de motiver la population définie | Le malade prend l'initiative d'aller dans le service de santé |
| Les résultats sont mesurés plus par le nombre de bien- portants que par celui des malades stabilisés ou guéris | Les résultats sont mesurés plus par le nombre de malades stabilisés ou guéris |

|  |  |
| --- | --- |
| La recherche est surtout menée en termes écologiques: relations d'homme à homme et relations d'homme à environnement | La recherche est dirigée vers l'organisme lui-même. |
| Il est essentiel que l'interaction entre les services et la population soit planifiée et réalisée par l'intermédiaire de l'équipe de santé et cette population. | L'interaction entre les patients et les services de santé n'est pas planifiée avant que les patients n'aient le statut de malade et sans sa participation. |
| Les relations entre les services de santé et la population se font :  de malade à professionnel  de plusieurs malades à professionnel  de plusieurs malades à plusieurs professionnels  d'un malade à plusieurs professionnels | Les relations entre les services de santé et la population se font :  de professionnel à malade  de plusieurs professionnels à un malade |
| La disponibilité des services de santé pour la population est essentielle à la qualité du service | La disponibilité n'influe la qualité du service  qu'après que le patient ait franchi une barrière préétablie |

**Bref :** Le système décentralisé rêvait la caractéristique de la santé communautaire par rapport à la santé publique (qui a un système centralisé) et à la médecine classique (a un système libéral) ; en outre la santé communautaire évalue les problèmes résolus tandis que la santé publique, les maladies évitées et la médecine classique, les maladies soignées. La santé publique gère administrativement la situation sanitaire d’une collectivité passive, la santé communautaire exige l’implication et la participation de la communauté pour son propre état de santé.

En santé communautaire, on donne les soins à une population géographiquement définie, les résultats sont mesurés plus par les nombres de bien portants que celui des

maladies stabilisées ou guéries ; la recherche est surtout menée en termes écologiques, relation d’hommes à environnement et son objectif est d’apporter les soins intégraux de santé (la promotion, la prévention, la précaution, la réhabilitation, …).

Pour que le problème de la santé communautaire puisse trouver une solution satisfaisante, il doit répondre aux quatre critères  suivants :

* 1. Aux Besoins des professionnels de santé eu égard à leurs compétences, leurs attentes.
  2. Aux Demandes de la communauté souvent plus réaliste et
  3. En adéquation avec leur environnement
  4. Aux moyens disponibles

La santé d’une communauté/d’une population dépend d’un ensemble de facteurs biologiques, démographiques, écologiques, médicaux, sociaux, politiques, économiques, … quel est leur poids respectif ? Difficile de le mesurer, mais ces facteurs agissent de manière complexe et en synergie.

Il convient de noter que**: La santé communautaire :** est une approche de résolution des problèmes de santé fondée sur l’engagement des communautés. Elle intègre des services de santé préventifs, promotionnels curatifs et ré-adaptatifs destinés aux communautés et délivrés par les communautés elles-mêmes sous la supervision du personnel de santé publique. Elle vise à étendre les prestations sanitaires à la périphérie géographique et sociale du pays, structure et renforce la gouvernance sanitaire locale et le partenariat entre les communautés et les structures de santé.

Engagement communautaire : C’est un processus dans lequel s’instaure un partenariat entre le gouvernement et les communautés locales pour la planification, l’exécution et l’exploitation des activités sanitaires en vue de tirer parti de l’accroissement de l’auto- responsabilité et le contrôle social. Il exprime l’idée d’intervention des communautés locales dans une activité de développement.

Participation communautaire : C’est un processus social par lequel des individus et des familles prennent en charge leur santé comme celle de la communauté, depuis l’identification des besoins et priorités jusqu’au suivi et à l’évaluation des programmes, en assumant les responsabilités des décisions et des stratégies, dans le but de contribuer à l’amélioration de leur propre état de santé et au développement de la communauté.

Approches de santé communautaire : c’est un ensemble de stratégies utilisé pour identifier les problèmes, élaborer, mettre en œuvre et évaluer des programmes de santé avec la participation active des populations.

Médecine traditionnelle : Dans le contexte du Sénégal, la médecine traditionnelle est définie comme un ensemble de savoirs, connaissances, pratiques, techniques et utilisation de préparations ou de substances basés sur des fondements socioculturels, religieux et/ou empiriques des communautés. La médecine traditionnelle s’appuie sur des expériences vécues et des observations transmises de génération à génération pour diagnostiquer, soigner ou prévenir un déséquilibre physique, mental ou social.

Acteur communautaire : terme générique qui désigne les volontaires communautaires qui participent actuellement à la mise en œuvre des activités de santé au niveau communautaire : membre des comités de santé, ASC, ASC / les relias communautaires.

Agent de santé communautaire (ASC) **:** personne qui a reçu une formation et qui est chargée de dispenser des soins curatifs de base, des soins préventifs et promotionnels dans une case de santé.

Matrone **:** personne qui a reçu une formation et qui est chargée d’assister la mère pendant la grossesse, le travail, l’accouchement et les suites de couches (respect des consultations prénatales, orientation des femmes pour assurer une assistance par du personnel qualifié lors de l’accouchement…) ; elle dispense aussi des soins préventifs et promotionnels dans une case de santé comme les ASC.

ASC matrone : acteur formé et polyvalent qui mène dans une case de santé des taches intégrées d’ASC et de matrone.

Relais communautaire : personne formée et qui est chargé(e) de mener des activités d’information, d’éducation et de communication pour le changement de comportement, des activités préventives et des activités promotionnelles.

Acteur communautaire de santé **:** nouvelle appellation proposée pour remplacer le terme générique d’acteur communautaire (excluant les comités de santé)

Acteur Communautaire de soins **:** en charge de délivrer un paquet de service curatif, préventif et promotionnel. Il peut s’agir d’un homme ou d’une femme officiant dans une case de santé ou à domicile (ASC, Matrone, ASC/matrone, DSDOM). Il a reçu une formation homologuée, centrée sur un paquet de services normés (voir paquet de service en annexe)

Acteurs Communautaires de Promotion et de Prévention **:** en charge de la création de la demande et de la diffusion des messages sanitaires (Relais,). Ils sont composés d’hommes et de femmes officiant dans une case de santé ou un site et qui ont reçu une formation homologuée centrée sur un paquet normé (voir paquet de services en annexe). Les praticiens de la médecine traditionnelle peuvent être utilisés dans cette catégorie s’ils suivent la formation appropriée sur le paquet de services normés.

Agents d’encadrement de la santé communautaire **:** fonctions nouvelles proposées dans le cadre de la formalisation et de la coordination des activités de santé communautaire au niveau local et régional ; intègrent toutes les actions de supervision, de formation et d’accompagnement des acteurs communautaires de santé.

Point focal de la sante communautaire: Il coordonne le travail des acteurs communautaires de santé intervenant dans l’aire du poste de santé (cases et sites). Il assure également leur supervision et celle des agents d’encadrement. Il est également le superviseur des agents d’encadrement dans l’aire du poste (sages-femmes ou autre prestataire qualifiée et autres réseaux du PS)

Point focal de la santé communautaire du district **:** il est nommé par le médecin chef de district parmi les membres de l’équipe cadre de district. Il coordonne toutes les activités de santé communautaire dans le district en rapport avec les responsables de zone.

Point focal de la santé communautaire de la Direction régionale de la Santé **:** il est nommé par le directeur régional de la santé parmi les membres de la division régionale des soins de santé primaires. Il coordonne toutes les activités de santé communautaire dans la région en rapport avec les points focaux des districts.

Praticien de la médecine traditionnelle **:** Personne reconnue par la communauté dans laquelle elle vit, comme compétente pour diagnostiquer des maladies et invalidités et dispenser des soins de santé grâce à des traitements spirituels, des techniques manuelles et exercices et /ou l’emploi de substances d’origine végétale, animale et ou végétale.

Organisation communautaire de base **:** est un groupement humain installé au niveau communautaire par des personnes qui vivent ensemble et qui ont des buts et des intérêts communs. Il s’agit d’une entité à la base qui gère, organise et administre des biens communs, des ressources et un espace en vue d’atteindre des objectifs fixés par la communauté elle-même sans aucune contrainte. Entrent dans cette catégorie les groupements de femmes, les associations sportives et culturelles, les associations des relais ou des acteurs communautaires de santé...

Case de santé **:** est une petite structure de soins dans un village, où exerce un agent de santé communautaire, formé par un infirmier à la pratique de gestes (désinfections, pansements...), à la prise en charge de certaines pathologies fréquentes (diarrhée aigue, paludisme simple, infection respiratoire aigue...), et à la mise en place de programmes de prévention. Lorsque cela est possible, une matrone est formée et fait les accouchements dans la case de santé dans le respect des mesures d'hygiène. La case de santé est entièrement gérée par les communautés. Son fonctionnement est assuré essentiellement par les recettes tirées de la participation financière des populations et l’appui des partenaires. La motivation des acteurs communautaires est assurée par le biais de la participation communautaire (champ communautaire ou cotisation). Un comité de santé veille au bon fonctionnement de la case.

Site communautaire **:** est un lieu virtuel ou aménagé en dehors des structures sanitaires où la population reçoit un paquet de services délivrés par des relais communautaire.

Santé communautaire

La Santé Communautaire est une pratique ou une méthode de travail en Santé Publique inscrite dans le cadre de la promotion de la santé, qui repose sur les principes de décloisonnement, de l’implication de la population dans l’identification de ce qui lui fait problème, de la mobilisation des capacités de la population à s’adapter ou à évoluer, de la participation des membres de cette population à l’ensemble du processus.

Il faut donc distingués dans la notion de santé communautaire, deux dimensions ou deux pôles :

Le pôle technocratique : qui vise à la fois une meilleure distribution de services plus adaptés et la formation de personnel de santé plus approprié.

Le pôle participatif : qui vise l’implication de la population non seulement dans la prise en charge personnelle de santé, mais aussi par la possibilité de participer à la planification, à la gestion des services ou même à leur distribution et à l’évaluation.

### Santé publique

La santé publique est un secteur de l’action et de la politique publique de santé. Elle désigne la mise en œuvre d’une politique liée au développement global de la santé.

Cela comprend différentes facettes : la gestion du système de soins, l’établissement et la gestion de normes alimentaires et de l’hygiène, le contrôle sanitaire des transports, la gestion des déchets et des eaux usées, l’éducation à la santé, la prévention, l’information.

Elle est une Discipline qui s’occupe de la santé globale des populations sous tous ses aspects curatifs, préventifs, éducatifs et sociaux ; en mettant en place de système et d’actions de promotion de la santé, de prévention et de traitement des maladies, de réadaptation des handicapés.

Epidémiologie

Etude de la fréquence des maladies, la distribution dynamique et le rôle des facteurs qui déterminent des états ou des évènements liés à la santé dans les populations spécifiques et l’utilisation de cette connaissance à la prévention et à la maîtrise des problèmes de santé pour le contrôle de la santé.

L’analyse porte sur les individus en bonne santé et sur les individus frappés par la maladie.

* **L’épidémiologie descriptive** permet l’information sur l’état de santé de la population. Elle facilite l’amélioration de la connaissance de la santé publique. Elle utilise des indicateurs qui doivent être faciles à comprendre, accessibles, admis par les utilisateurs et quantitatifs. Elle fait appel à la méthodologie des statistiques descriptives
* **L’épidémiologie analytique** établit les relations entre une maladie étudiée et des facteurs étiologiques (déterminants)
* **L’épidémiologie pragmatique** recherche des facteurs de risques. Elle cherche à prévoir plutôt qu’expliquer.

Economie de la santé

Un domaine de la science économique qui s’intéresse à l’organisation du système de santé, aux déterminants de l’offre de soins et de la demande de soins.

Face à un problème de santé, la démarche économique analyse des coûts (directs et indirects) et financement, les choix et aide à la décision pour une utilisation des ressources et la satisfaction des besoins.

Professionnel en Santé Communautaire

Le Professionnel en Santé Communautaire est un professionnel de la santé, titulaire d’un diplôme en santé communautaire : Epidémiologie, Santé Publique de niveau supérieur et/ou universitaire, et qui a obtenu le diplôme requis pour être enregistré et jouir du droit d’exercer légalement sa profession et d’user de ce titre.

Il est proche de la communauté. Il porte son attention croissante à la promotion de la santé et à la communication, l’information, l’éducation en vue d’amener la population de prendre suffisamment des notions de prévention et de s’approprier les interventions de santé publique (participation communautaire), le changement de comportement et l’adoption des nouvelles attitudes face à la santé. Il pose le diagnostic communautaire, assure la surveillance clinique, la surveillance à base communautaire, oriente les populations vers les services de santé et gère les informations sanitaires ainsi que les risques liés à la santé.

Data manager

Charge de gérer des bases des données tendant à valoriser les données en tant que ressources numériques (amélioration de la qualité des données) et de fournir les informations nécessaires à leur fonctionnement, leur sécurité et leur faciliter l’utilisation.

Animateur communautaire

Homme ou femme qui doit pouvoir venir en appui à la population en vue de sa participation à la vie sociale et communautaire. Il conseille, accompagne et soutient les groupes et les individus.

Superviseur de santé

Garant de la performance, il planifie, organise, contrôle, analyse le travail. Il met en place un plan de suivi de toutes les formations.

### Communauté

C’est un ensemble d’êtres humains (enfants, jeunes, adultes, vieillards, hommes et femmes) qui habitent une zone géographique donnée partageant le même mode de vie, travaillant ensemble et ont conscience d’appartenir au même groupe (cohésion sociale).

Indicateur

Un indicateur est une variable qui aide à mesurer le changement (comparer deux ou plusieurs périodes différentes). L’indicateur est une valeur qui peut être qualitative et/ou quantitative (chiffré, très souvent sous forme de chiffres bruts, de taux, de ratio ou de pourcentage).

### Diagnostic communautaire

C’est une démarche systématique qui permet de cerner la situation et sur laquelle reposera le choix de l’intervention et des objectifs à poursuivre. Il est un instrument de santé communautaire ou de développement communautaire visant à modifier des situations problématiques, à concevoir et à conduire un processus de changement.

Le diagnostic communautaire est un instrument d’analyse des connaissances, mais aussi de changement, il constitue l’étape initiale d’une approche communautaire de santé permettant de mieux connaître la nature des dysfonctionnements au sein d’un groupe en s’intéressant aux origines de ceux-ci ; permettant également l’évaluation de la dynamique locale sur laquelle le travail de professionnels s’appuie.

Le diagnostic communautaire porte notamment sur :

(1) Les besoins et problèmes de santé ;

(2) L’identification des ressources ;

(3) Les déterminants de santé ;

(4) Les valeurs culturelles et représentatives.

Enfin, le diagnostic communautaire permet d’initier des processus de participation et de collaboration. Donc, avant l’action, avant la mise en œuvre des activités de santé dans une communauté donnée, il convient d’acquérir une connaissance suffisante des problèmes de ladite communauté. C’est la connaissance, en effet, des tenants et des aboutissants de ces problèmes sanitaires, de leur origine historique ou culturelle, de la manière dont ils se présentent et de la manière dont ils sont perçus par la population.

Au sens médical du terme, le diagnostic correspond à l’identification d’une maladie par l’examen clinique ou physique et par les examens para médicaux.

Prévention

Il existe cinq phases de prévention qui sont primordiale, primaire, secondaire, tertiaire et quaternaire. Types et effets sur la morbidité.

Prévention primordiale : elle se situe en amont des problèmes de santé. Elle vise à l’éviction de leur apparition ainsi que le maintien des attitudes et des modes de vie sociaux, culturels, économiques qui prédisposent à un risque élevé de maladie.

Prévention primaire : prévient la survenue d’une maladie. Réduit l’incidence de la maladie (diminue les nouveaux cas).

Prévention secondaire : est le dépistage précoce, réduit la prévalence de la maladie et/ou la durée d’évolution de la maladie.

Prévention tertiaire : Réduit les récidives et la prévalence des incapacités chroniques consécutives à des maladies et les handicaps qui en résultent.

Prévention quaternaire : Evite la surmédicalisation. Mesures qui tendent à améliorer la qualité de fin de vie en cas des maladies chroniques.

### Promotion de la santé

Le terme « promotion de la santé » désigne une stratégie globale qui vaut autant pour les politiques de santé publique que pour toute la gestion publique. Il s’agit de faire valoir les aspects de santé publique présents dans des secteurs habituellement séparés de la santé dont les plus évidents sont la gestion de l’environnement, la sécurité routière, la politique du logement ou les politiques de l’emploi.

La définition de la santé portée par la promotion de la santé n’est pas limitée à l’absence de maladie mais au contraire étendue à la qualité de la vie et à la capacité individuelle et collective d’agir en faveur de cette santé.

La promotion de la santé est l’utilisation de tout moyen ou outil que l’Etat met à la disposition des différentes populations pour adoption des attitudes sanitaires saines comme : la communication de porte à porte, les campagnes d’affichages ; les plaquettes d’informations, dépliants ; les campagnes publicitaires radio ou télévisuelles ;… la promotion fait partie des obligations de l’hôpital, du ministère de la santé.

Education pour la santé

L’éducation pour la santé se fait à partir d’un constat pour amener la population ou l’individu à s’en remettre aux services médicaux

Participation communautaire

C’est l’intervention active de la population, la responsabilisation en matière de diagnostic (identification) des problèmes dans la communauté, la détermination des priorités, la planification, la mise en œuvre, le contrôle et évaluation des mesures collectives.

La participation ou mieux l’engagement communautaire (la participation active et conscientisation) est au cœur d’une pratique qui part des difficultés exprimées par une communauté, les considère dans leur complexité et leurs relations et cherche donc, des solutions avec la population.

### Risque en santé

Le risque est la probabilité qu’un évènement survienne de façon à le mesurer, à le comparer avec d’autres éléments. En santé publique, le risque est une notion scientifique et mesurable dont son contraire, la chance, serait une notion plus approximative et plus littéraire.

La notion de risque permet la comparaison et de cette comparaison on passe à l’interprétation. Elle sert à adapter chaque action de santé publique à chaque situation ; organiser de façon la plus efficace possible, la défense d’un individu ou d’un groupe ; connaître le risque à impact psychologique (supposé ou réel) sur les comportements.

L’étude de risque consiste essentiellement à déterminer les éléments (extérieurs ou intérieurs) de l’individu ou de la collectivité pouvant modifier ce facteur de risque. Ainsi un risque n’est jamais nul.

### Besoin de santé

Un besoin de santé est un manque, une insatisfaction liée à une nécessité physique non contrôlée.

Un besoin de santé en santé publique est une exigence éprouvée par une population qui, dans l’état actuel des connaissances, souhaite maintenir ou améliorer son état de santé, prévenir la maladie ou la soigner.

Un besoin réel est objectivement mis en évidence par des méthodes scientifiques utilisées par les épidémiologistes, les démographes, les statisticiens. Il est mesurable et en fonction de lui, des actions sont menées.

Un besoin ressenti est un besoin subjectif éprouvé par l’individu en demande ou de sa famille. Il est fonction de la représentation individuelle de la maladie. Il peut être exprimé ou non.

Problème de santé

Un problème est une situation dangereuse et instable qui exige une décision.

En santé publique ou communautaire, un problème correspond à un état jugé déficient par l’individu, par le médecin (professionnel de la santé) ou par la collectivité (Communauté). C’est un écart entre l’idéal et le réel.

Les critères permettant aux acteurs d’objectiver la multitude de faits relevant ce que l’on jugera être un problème de santé publique sont :

1) La fréquence ;

2) La distribution dans le temps et dans l’espace ;

3) La gravité ;

4) Les caractéristiques de la population concernée ;

5) Le rapport entre le coût et l’efficacité des mesures permettant de le prévenir ou le traiter.

Un problème de santé publique est celui rencontré chez une importante partie de la population et entraînant des conséquences néfastes à la santé (à 5% des cas, on peut conclure d’un problème de santé publique), sauf les épidémies meurtrières où un seul cas constitue une priorité.

La santé étant holistique (globalisante), les problèmes de santé ne concernent pas seulement les maladies ou les handicaps, mais ils englobent aussi les autres aspects de la vie sociale et environnementale de l’homme et de sa communauté.

### Indicateurs de l’état de santé d’une population

Les indicateurs de l’état de santé d’une population sont la morbidité, l’incidence et la prévalence.

La morbidité est l’état d’un individu ou d’une population considérée subjectivement ou objectivement comme n’étant pas celui du bien-être physiologique et/ou psychologique. Elle se mesure en divisant le nombre total de malade dans une période donnée sur la population de la même période.

L’incidence est le nombre des nouveaux cas d’une maladie dans une population déterminée, pendant une période donnée. Elle se calcule en divisant le nombre de nouveaux cas de maladie pendant une période donnée sur la population au milieu de cette période.

La prévalence est le nombre de cas d’une maladie dans une population sur une période donnée. Elle se calcule en divisant le nombre de cas pendant une période donnée sur la population à cette période.

### Le système de santé

* Le système de santé comprend toutes les organisations, institutions et ressources qui ont pour but de réaliser les actions de santé (OMS, 2000).
* Sa finalité est d’améliorer la santé de la population de responsabilité en produisant les soins curatifs, préventifs et promotionnels à l’avantage de cette population.
* Le système de santé met en jeux un grand nombre des acteurs dont nous citons les habitants, la population, le secteur public ou étatique, le secteur paraétatique (assurances et entreprises), le secteur privé (lucratif ou non lucratif), les organisations internationales, multilatérales et bilatérales, le secteur traditionnel(les tradi-praticiens et accoucheuses traditionnelles), le secteur informel…
* Le système de santé est dit intégré c’est-à-dire un système délibérément organisé comme un ensemble, et dans lequel les éléments sont conçus en complémentarité les uns avec les autres et entretiennent les interrelations nécessaires pour offrir, en tant qu’ensemble, des soins de santé optimaux à une population donnée.(Ungel et criel, equipe du projet Kasongo,1995).

Surveillance épidémiologique

La surveillance épidémiologique est un processus continu et systématique de collecte, de compilation et d’analyse des données et leur diffusion à l’ensemble de ceux qui ont besoin d’être informés.

Elle est un outil important de la lutte contre la maladie et permet de :

Détecter à temps la survenue d’une épidémie ;

Appliquer les mesures précoces de contrôle et de lutte contre les maladies ;

Suivre l’évolution d’une épidémie ;

Estimer l’importance épidémiologique des maladies pour comprendre les problèmes et estimer les priorités ;

Estimer les groupes à haut risque, les zones géographiques où le problème est courant, et les variations dans le temps (saisonnières ou annuelles) ;

Planifier les programmes de santé ;

Améliorer les connaissances des vecteurs, des réservoirs animaux et des modes de transmission des maladies.

La surveillance épidémiologique passe par la détection des cas, la collecte et l’enregistrement des données ; la notification des données ; l’organisation et l’analyse des données ; l’investigation ; la réponse/riposte ; la retro-information et la diffusion des données ainsi que la supervision, le suivi et évaluation pour l’amélioration du système de santé.

La Santé Communautaire se préoccupe avant tout de la surveillance de l’état de santé de la communauté, d’où le Professionnel en santé communautaire doit maitriser les définitions standards des cas des maladies sous surveillance en RDC dont voici :

1. CHOLERA : Déshydratation grave ou décès suite à une diarrhée aqueuse aigue chez un patient âgé de plus de 5 ans. S’il y a une épidémie de choléra, on suspecte un cas chez tout individu âgé de plus de 5 ans présentant une diarrhée aqueuse aigue avec ou sans vomissement.
2. COQUELUCHE : Toute personne présentant une toux pendant au moins 2 semaine avec au moins un des signes suivants : accès de toux (quintes), reprise inspiratoire, vomissement après la toux c’est-à-dire déclenchement immédiatement par la toux sans autre cause apparente.
3. DIARRHEE SANGLANTE: toute personne souffrant de diarrhée avec présence de sang visible dans les selles.
4. FIEVRE JAUNE : Toute personne présentant une brutale montée de fièvre, avec apparition d’un ictère dans les 14 jours suivant l’apparition des premiers symptômes.
5. FIEVRE HEMORRAGIQUE VIRALE : Toute personne souffrant d’une forte fièvre qui ne répond à aucun traitement des cas uses habituels de fièvre dans la région, et qui présente au moins l’un des signes suivants : diarrhée sanglante, hémorragie gingivale, hémorragies cutanées (purpura), infection des conjonctives et présence de sang dans les urines.
6. FIEVRE TYPHOIDE: Apparition progressive d’une fièvre persistante s’intensifiant, accompagnée des frissons, des malaises, des céphalées, des maux de gorge, de toux et parfois de douleurs abdominales et de constipation ou de diarrhée.
7. INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGUES (IRA) : Toute personne gravement malade présentant les manifestations d’une infection aigue des voies respiratoires inférieurs avec : Apparition brutale de fièvre (sup. à 28°C), et toux ou maux de gorge ; et souffle court et difficulté à respirer, avec ou sans observations cliniques ou radiologiques de pneumonie ou toute personne décédée d’une infection respiratoire inexpliquée.
8. MENINGITE : Toute personne présentant une forte fièvre d’apparition brutale (température rectale sup à 38°C ou axillaire sup à 38°C) et l’un des signes suivants : raideur de la nuque, altération de la conscience ou autres signes méningés.
9. MONKEY POX: Toute personne présentant une forte fièvre d’apparition brutale suivie après quelques jours d’une éruption vé siculo-pustuleuse prédominante à la face, aux paumes des mains ou au moins 5 cicatrices de type variolique.
10. PALUDISME : Fièvre accompagnée ou non de maux de tête, de douleur lombaire, frissons, transpiration, myalgie, nausées, vomissements.
11. PESTE : Toute personne qui présente une apparition rapide de fièvre, céphalées, état de malaise grave et prostration ;

* Pour la peste bubonique : gonflement très douloureux des ganglions (bubons)
* Pour la peste pulmonaire : toux avec expectorations teintées du sang, douleurs dans la poitrine et respiration difficile.

1. PARALYSIE FLASQUE AIGUE : Tout enfant de moins de 15 ans présentant une paralysie flasque aigue ou toute personne souffrant de paralysie, quel que soit son âge, chez laquelle le médecin soupçonne une poliomyélite.
2. RAGE : Toute personne ayant été en contact avec un animal suspecté enragé et présentant au moins l’un des signes suivants : céphalées, douleur de la nuque, nausées, fièvre, hydrophobie, anxiété, agitation, sensations de picotement anormales ou douleur dans un site de morsure.
3. ROUGEOLE: Toute personne présentant de la fièvre, une éruption généralisée maculo papillaire (non vésiculaire) et de la toux ou un rhume ou une conjonctivite (yeux rouges), ou toute personne chez laquelle le médecin soupçonne une rougeole.
4. TETANOS NEONATAL : Tout nouveau-né capable de pleurer et de prendre le sein normalement pendant les 2 premiers jours de sa vie, et qui, entre le 3ème et 28ème jour, ne peut plus téter normalement, devient raide et/ ou à des convulsions.
5. DECES MATERNEL: Mort d’une femme pendant la grossesse, l’accouchement ou dans les 42 jours suivant la fin de la grossesse quel que soit l’âge de la grossesse, de toute cause liée ou aggravée par la grossesse ou sa gestion, mais pas de cause accidentelle ou incidente.
6. DRANCUCULOSE: Sujet présentant une ou plusieurs lésions cutanées avec émergence d’un ou de plusieurs vers de Guinée (chaque sujet ne doit être comptabilisé qu’une fois au cours d’une même année civile.

# CHAPITRE III : GENESE DE LA SANTE COMMUNAUTAIRE

### III.1. Introduction

Les expressions de médecine ou santé communautaire ont été largement utilisées à travers le monde, surtout depuis une trentaine d'années. Cependant, la personne qui s'intéresse à leur signification se rend vite compte que ces notions ont été aussi très employées, dans divers pays et de diverses façons, surtout depuis 1960.

A partir des éléments de définition qu'on peut glaner çà et là ainsi que des ressemblances et des différences qui s'y manifestent, se pose toute une série d'interrogations et ouvrent diverses pistes d'analyse pour comprendre le phénomène "Santé communautaire" à travers le monde.

Il reste encore bien difficile de parler à la fin des années 90 en RDC jusqu’à 2005, de santé communautaire tant ce terme à d’acceptions différentes, tant il est difficile de connaître sa réalité.

Mais au Québec, par exemple, l’histoire de la santé communautaire est déjà longue. C’est à la suite d’une enquête sur la santé et le social que le système de santé Québéquois a été profondément modifié au début des années 1970 et que trente-deux départements de santé communautaire ont été créés. Depuis une dizaine d’années en Europe à différents niveaux (politiques publiques, universités, collectivités territoriales, professionnels, actions) le concept de santé communautaire se développe avec beaucoup de diversités.

D’autres réflexions apparaissent pour dire que c’est par l’expression **« médecine sociale »** qu’on a coutume de désigner l’ensemble de disciplines scientifiques qui traitent de la santé des populations.

L’expression « médecine sociale » fut créée par le sociologue français Guérin en 1848 et cela a servi pour désigner ou qualifier les rapports entre la médecine et la société. C’est depuis longtemps qu’on l’a utilisée pour désigner la tradition humanitaire en médecine. La médecine des pauvres était qualifiée de médecine sociale. Elle pouvait aussi servir pour désigner une philosophie de distribution de soins : la médecine sociale par opposition à la médecine privée (ou actuellement clinique).

Aujourd’hui, elle est une discipline et un art à part entière. Elle comporte plusieurs branches dont : L’épidémiologie et l’organisation des soins ou étude des besoins et de l’efficacité des systèmes mis en place pour les satisfaire.

En République Démocratique du Congo, cette discipline spécialisée de la santé connait encore un retard considérable pour sa matérialisation en termes d’une vraie compréhension de la part des décideurs actuels (Politique Nationale de la santé publique de la RDC) à cause de la monodisciplinarité à la tête et à tous les niveaux de la pyramide de notre système de santé ainsi que l’hyper médicalisation de son système de santé.

## II.2. A propos des Origines et de la fonction sociale de la santé communautaire

La diversité de la définition de la santé communautaire soulève plusieurs interrogations et nous amène à formuler quelques hypothèses afin d'élargir et de stimuler le débat sur la notion de la santé communautaire.

### Sur l'origine de la santé communautaire

C'est surtout à partir des années 1960-65 qu'on a constaté massivement, dans un nombre important des pays, que la santé communautaire a émergé comme mode alternatif de dispensation des soins.

Suite à cette constatation, deux hypothèses se dessinent quant à son origine :

1. La première, qu'on pourrait qualifier **« d’impérialiste »**, suggérerait que c'est à partir d'un lieu unique que la santé communautaire fut née puis, elle s'était ensuite diffusée petit à petit partout dans le monde. C'est du moins cette version qui nous semble intéressante de proposer pour corroborer les affirmations de Donnangelo et Pereira (1976) qui soutenaient que c'est surtout aux Etats-Unis, au cours des années 1960, que serait née la santé communautaire. On peut donc penser que ce serait par les consultants américains à l'Organisation Mondiale de la Santé ou dans d'autres organismes de développement international, et aussi via des étudiants étrangers qui allaient faire des études supérieures aux États-Unis que l'approche américaine de la santé communautaire se serait propagée dans le monde.
2. La seconde hypothèse, qu'on pourrait qualifier de **"régionaliste’’** soutiendrait plutôt que les conditions socio-économiques (es­calade des coûts reliés à la santé, etc.) semblables dans diffé­rents pays ont suscité des réactions de type santé communautaire un peu partout au même moment.

### Sur sa fonction sociale La santé communautaire est une nouvelle forme de contrôle sociale.

Les notions de la santé et de la médecine communautaire ne provien­nent pas des communautés elles-mêmes. Cette affirmation doit cependant être nuancée par le fait que l'approche santé communau­taire nous semble née en partie en réponse à des revendications communautaires afin d'obtenir de meilleurs soins et des meilleurs services socio-sanitaires.

Il faut noter cependant qu’on a tendance, depuis quelques années, à substituer la médecine sociale dans les pays anglo-saxons et au Québec par l’expression « **santé communautaire** ». La santé communautaire désigne aussi bien les disciplines scientifiques que les systèmes de santé. On parle de la santé communautaire de préférence que la médecine communautaire, à cause du caractère jugé trop restrictif de cette dernière expression.

Avant le XIXè siècle, les pouvoirs publics n’intervenaient que très rarement dans le domaine de la santé dans bien des pays. Lorsqu’ils le faisaient, c’était de façon ponctuelle et non pas en vertu d’un plan d’ensemble. Cette attitude découlait à la fois à un manque de connaissances scientifiques et à celle d’une conception non interventionniste de l’Etat en cette matière. L’évaluation de la santé publique fut faite par des grands mouvements véhiculant une certaine conception du rôle de l’Etat en matière de santé dont la quatrième phase fut celle du **mouvement social et de santé communautaire**.

Les progrès de la technologie augmentant considérablement les coûts de soins médicaux, une partie de plus en plus importante de la population avait réclamé l’accessibilité financière aux soins. Ceci avait graduellement conduit les différents gouvernements à généraliser la gratuité des soins dans des régimes d’assurance sociale amorcée dans plusieurs pays industrialisés. Pour cela, le Canada par exemple en 1958, l’assurance-hospitalisation fut instituée et complétée en 1970 par l’assurance-maladie.

Cette volonté d’accessibilité universelle aux soins et prestations a suscité une toute récente forme d’organisation sanitaire qu’est la rationalisation des ressources pour laquelle l’Etat, dans la plupart des pays, contrôlant maintenant à la fois le financement et la gestion des services de santé, doit décider de la proportion du produit national brut attribué à la santé et de l’utilisation la plus rationnelle possible des ressources qui y sont affectées.

La politique globale de promotion de la santé intégrée, la régionalisation, la mise en place de la structure sociale permettant des interventions globales socio-sanitaires par la multidisciplinarité et la complémentarité des intervenants, la participation active de la population à la gestion des établissements et à la réalisation des programmes, sont autant d’éléments qui caractérisent le concept « santé communautaire ».

Tel est le processus historique qui a conduit au passage d’une conception purement individualiste de la responsabilité en matière de santé à celle de santé communautaire.

En reliant la définition de santé communautaire et le champ d’application de l’épidémiologie aux différentes phases du processus historique qui a abouti à la santé communautaire, on comprend mieux d’après le professeur Georges DESQOSIERS, pourquoi cette science est reconnue par un nombre de plus en plus grand de scientifiques et de professionnels du secteur socio-sanitaire comme un outil indispensable à la compréhension des problèmes de santé et à l’évaluation de l’efficacité de leurs résultats obtenus. Egalement, l’OMS reconnait la santé communautaire comme étant un moyen de rapprocher la santé à la communauté défavorisée.

## II.3. L’Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et la notion de la santé communautaire

Dès 1951 alors que la majorité de ses efforts portait sur l’éradication des maladies contagieuses dans les pays du tiers-monde, l’OMS soulignait la nécessité d’établir des services de « santé de base » dans ces pays et de ne plus juste intervenir ponctuellement et en catastrophe. Il était prouvé que la conception classique des soins selon laquelle le professionnel de santé est le seul à tout savoir et à tout décider a montré ses limités. L’Organisation Mondiale de la Santé suggère plus de stimuler la participation de la population à l'application des programmes de santé publique afin de promouvoir la responsabi­lité individuelle et collective face à la santé (OMS/1974).

Cela amena les différents gouvernements des pays du monde à planifier les soins de santé en intégrant le curatif au préventif et à faire une large place à la participation populaire.

Progressi­vement, et particulièrement au cours des années soixante, l'Organi­sation Mondiale de la Santé commence à parler davantage de prévention, de promotion de la santé, d'éducation sanitaire et à formuler des suggestions quant à la structure des services offerts.

Il apparaît désormais clair que les services de santé doivent inévitablement devenir une question de santé publique (solution publique) ; l’Organisation Mondiale de la Santé fait donc la promotion, auprès de ses pays membres, d'un rôle actif de l'état dans l'organisation et dans l'établissement de services de santé intégrés et accessibles à tous.

**L’OMS désigna cette approche alternative de la distribution de soins de santé sous des vocables qui changèrent quelque peu à travers le temps, tels que « soins de santé de base » (SSB), « services communautaires de santé » (SCS), « soins de santé primaires » (SSP), mais les idées fondamentales demeurent les mêmes.**

De plus, les conclusions faites pour une communauté définie ne sont pas toujours généralisables d’une communauté à une autre. Son origine reste liée à l’histoire de l’évolution du système sanitaire de chaque pays dont le soubassement est la promotion de **l’autoresponsabilisation, l’autodétermination collective en matière de la santé**.

Selon l’OMS, l’approche santé communautaire, reste un projet de développement mondial car la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur médical. Elle dépasse la recherche des modes de vie sains pour viser le bien-être. Disposer de vaccins est une chose, les administrer aux enfants en est une autre. En effet, bien des obstacles sociaux et d’autres de différentes natures devront être surmontés.

L’information, l’éducation et la communication (IEC) sont essentielles pour vaincre les obstacles qui entravent les interventions sanitaires. Elles lient les activités du secteur de la santé à celles des secteurs connexes et elles renforcent les activités de santé communautaire, organisées par les populations elles-mêmes.

Chaque pays devra élaborer un cadre programmatique pour la mise en œuvre des activités de promotion de la santé, de lutte contre la maladie et de soins aux malades.

L'apport de l'Organisation Mondiale de la Santé à la notion de "santé communautaire" peut se résumer de la façon suivante : son implication dans les programmes de santé au tiers-monde amena les gouvernements à planifier les soins de santé en intégrant le curatif au préventif et à faire une large place à la participation populaire.

Ainsi, deux éléments essentiels pour la notion de santé communautaire se dégagent dans les recommandations de l'Organisa­tion Mondiale de la Santé :

* 1. **L’organisation gouvernementale d'un système de soins où le promotionnel, le préventif et le curatif sont intégrés, et**
  2. **La participation de la population.**

C’est ainsi qu’il est nécessaire de connaitre l’évolution de la santé communautaire dans quelques pays du monde.

## II.4. La santé communautaire dans quelques pays avancés technologiquement (qu’on a l’habitude d’appeler ‘’pays développés’’) : les Etats-Unis, l’Angleterre, le Canada et la France

### A. LES ETATS-UNIS

C’est à partir des années soixante (1960) qu’on a pu observer l’émergence dans ce pays des activités de « santé communautaire ».

En paraphrasant les auteurs, le mouvement de médecine communautaire à l'intérieur des Universités se serait traduit par une réorientation des départements de médecine sociale et préventive qui, tout en adoptant un nouveau nom (celui de "département de santé communautaire"), auraient davantage tournés leurs activités d'enseignement et de recherche vers la communauté. Ce fut l'époque fort controversée des programmes de la "guerre à la pauvreté" initiés par le gouvernement fédéral dans divers secteurs de l'activité économique et sociale, programmes qui se faisaient alors un point d'honneur de susciter la plus grande participation possible des communautés.

Par exemple, la mise sur pied des premiers centres de santé de quartier grâce aux fonds spéciaux de lutte contre la pauvreté : les « neigbouhood haelth centers » qui ont évolué en « health maintenance organisation ». Ces centres ont été créés à l’époque forte controversée des programmes de la « guerre contre la pauvreté » initiés par le gouvernement fédéral dans divers secteurs de l’activité économique, sanitaire et sociale. Ces programmes se faisaient alors un point d’honneur de susciter la plus grande participation possible des communautés.

### B. L’ANGLETERE

Ce pays est généralement reconnu comme la première des démocraties occidentales à s’être doté d’un service national de santé, désigné dans ce pays sous le terme de « National health service (NHS) ». Ce dernier a pu évoluer en « **médecine communautaire** » comme soulignèrent Schwartz en 1974 et Jagdish en 1978.

Les activités de la médecine communautaire ou de la santé communautaire étaient pour la plupart qualifiées soit de : santé publique, soit de médecine préventive ou de médecine sociale.

### C. LE QUEBEC (Canada)

La notion de « santé communautaire » a fait son apparition dans ce pays au début des années soixante-dix à l’époque de la nature de « sot » régime fédéral où la quasi-totalité des pouvoirs en matière de santé a été constitutionnellement dévolue aux provinces. Leseman (1978) a démontré que le virage vers le communautaire et la volonté de rationaliser le système de santé dans les provinces ont été fortement promus par le gouvernement fédéral. C’est ainsi que furent créés les centres locaux de services communautaires (CLSC).

D. LA FRANCE

### La Santé communautaire à travers quelques textes en France.

La France s’investie de plus en plus ces dernières années en santé communautaire. Celle-ci est considérée de plus en plus comme une préoccupation pour la promotion de la santé, les soins de proximité, la participation communautaire que partagent et encouragent de nombreux décideurs ou acteurs en santé.

Les quelques citations présentées ci-dessous témoignent de cette émergence croissante de la santé communautaire en France.

1. La Société Française de Santé Publique. - in “Développement social et santé” considérait que l’approche communautaire était une démarche qui s’inscrivait dans le long terme. Or elle réaffirma que lorsqu’on se trouvait dans une situation paradoxale dans la mesure où c’était en période de crises ou de conflits aigus que l’on se rendait compte de la pertinence des approches communautaires de gestion des situations à problèmes. Et pourtant les attentes institutionnelles étaient peu compatibles avec les actions communautaires.

“La démarche communautaire” dans la collection Santé et Société n°9 suggère qu’au plan de la politique de santé, il importe aussi de définir quelles aides les politiques verticales peuvent apporter au développement des actions communautaires. Par exemple, comment établir des liens entre les démarches communautaires des quartiers et les actions de promotion de la santé en faveur des élèves menées par la santé scolaire ? Aussi entre ceux des actions communautaires hors du champ de la santé et les professionnels de santé ?

1. Le rapport préparatoire découlant du système de santé à l’horizon 2000 réaffirme une approche d’emblée territorialisée en termes de la politique de la ville.

Dans le cadre de certains des contrats du Xème plan sanitaire français, des actions concernant la santé ont été engagées, telles que :

* La mise en œuvre des plans santé-ville ;
* Le développement des réseaux de santé de proximité ;
* Les actions de prévention, notamment contre la toxicomanie ;
* Les programmes éducatifs de nutrition des enfants de l’école primaire, en liaison avec les familles...

Les expériences ainsi réalisées procédèrent d’une démarche communautaire, associant la population aux stratégies de mise en œuvre d’actions de la santé communautaire. Cette approche plus communautaire nécessita une réorientation de l’activité des professionnels de santé communautaire. A terme il faudra des paiements spécifiques aux professionnels qui seront sans doute amenés à se fondre dans une rénovation des logiques globales de rémunération des professionnels, correspondant à une conception des soins intégrant :

* Une prise en charge globale des patients ;
* Des démarches plus communautaires.

1. Le Haut Comité de Santé Publique. - in “La santé en France 2002"; avis sur les orientations stratégiques exhorte les acteurs en santé de prendre en compte les dynamiques territoriales (...) ensuite, la nécessité d’une coordination des actions de prévention et de soins qui implique également une coordination des institutions régionales.

Les orientations amorcées en 1989 devraient être poursuivies sous la forme d'actions concertées entre les Caisses Primaires d'Assurance Maladie, les Départements, les mutuelles, les professionnels de santé et de l'action sociale, centres de soins et associations, en se référant aux circulaires du 8/1/88 sur la protection sociale et sur l'accès aux soins des plus démunis et/ou du 9/3/88 sur l'insertion des bénéficiaires du RMI, conformément aux principes prônés par l'OMS relatifs notamment à l'intersectorialité, à la **participation communautaire** et à l'équité d'accès au système de soins.

1. La Direction Régionale de la Santé d’Ile de France. - in “Lettre des politiques régionales de santé publique” (DRASS Ile de France ; février 2002) dans son éditorial affirme l’intention de développer l’information de tous pour participer à la recherche d’une cohérence accrue et d’une plus grande transversalité des actions en santé.

* Cette Lettre propose, dans le cadre du SREPS, de discuter “ de la possibilité d’un consensus entre les acteurs sur la nécessité d’adopter une **démarche communautaire** qui prendra en compte les besoins et les attentes des populations dans la définition des objectifs des futures actions d’éducation à la santé”.

1. Le Schéma Régional d’Education à la Santé dans la Circulaire DGS n°2001/504 du 22/10/01 relative à l’élaboration des Schémas Régionaux d’Education à la Santé prône un programme d’éducation pour la santé comportant des actions de trois natures différentes, articulées entre elles de façon cohérente et complémentaire :(...)

* Des actions éducatives de proximité qui, grâce à un accompagnement individuel ou communautaire permettent aux personnes et aux groupes de s’approprier des informations et d’acquérir des aptitudes pour agir dans un sens favorable à leur santé et à celle de la collectivité.

La circulaire SREPS fut élaborée en fonction de la Charte d’Ottawa qui exige le “renforcement de l’action communautaire ” dans l’atteinte de l’objectif générique en santé qu’est l’amélioration de la santé de la population.

1. La circulaire de juin 2000 préconisera les ateliers santé-ville dans laquelle les techniques de travail communautaire ou en réseau seront particulièrement recommandées dans toute résolution de tout problème de santé.
2. Monsieur le Préfet d’Ile de France les travaux et les rencontres entre son entité et l’Institut Renandot pour un croisement des pratiques communautaires.

## II.5. La santé communautaire dans les pays en voies de développement (moins industrialisés)

Au niveau des pays en développement, les termes santé communautaire et/ou médecine communautaire, ont été employés de façon très variable. Ces modes de dispensation de services sanitaires même si leur point de départ (QMS, coopération avec un pays développé, dynamisme local), leur lieu d'application (milieux ruraux ou urbains) ou même leur forme peuvent varier sensiblement.

Contrairement aux pays industrialisés (ou développés) où les termes « santé communautaire » et/ou « médecine communautaire » sont interchangeables, dans les pays en développement, ces termes ont été employés de façon variable.

Malgré ce fait, ils ont toujours en commun le fait qu’ils s’adressent à des populations géographiquement déterminées, généralement pauvres ou marginales, et qu’ils mettent l’accent sur la participation de la communauté.

Cette participation revêt généralement la forme de comités locaux de santé (CLS) ou encore consiste à former, et parfois même d'embaucher, des membres de la communauté afin qu'ils participent à la dispensation des soins.

De plus, la nécessaire interrogation ; du curatif et du préventif ainsi que la quasi-obligation d'une intervention multisectorielle portant sur l'ensemble du développement du pays et non seulement sur le développement d'un système de santé, sont habituellement comprises dans ces notions.

Cette expérience amena l’Organisation Mondiale de la Santé (OMS) à proposer une classification des pays en trois groupes :

1. Les pays dans lesquels la transformation du système se fera à l’échelle nationale au travers ces activités. C’est le cas de la Chine, du Cuba et de la Tanzanie.
2. Les pays pour lesquels ces activités connaitront une extension dans le système existant, c’est le cas d’Iran, Niger, Venezuela.
3. Les pays dans lesquels on instituera le développement communautaire local, c’est le cas de Guatemala, de l’Inde et de l’Indonésie.

En un mot, il peut donc facilement arriver que des éléments non combinés s’appelleraient ailleurs santé communautaire ou médecine communautaire, se trouvent présents dans un pays particulier ou dans un autre mais, on ne faisait pas appel nécessairement aux termes « santé » ou « médecine communautaire » ; c’est le cas de la Chine par exemple.

Une interprétation de cette absence de référence explicite qu'on peut dégager des analyses de Donnangelo et Pereira (1976), que ce soit pour la Chine ou ailleurs, mérite d'être soulignée ici. ; Pour ces auteurs, la spécifité de la médecine communautaire, telle qu'elle apparaît dans les années 1960, ne réside pas tant dans l’introduction d'activités de simplification et de rationalisation de la pratique médicale dont on avait commencé à parler bien auparavant. Mais elle résidait plutôt dans la combinaison de ces préoccupations rationalisatrices avec d'autres préoccupations à visées plus sociales (participation, intégration des services sociaux et des services de santé, intégration du curatif et du ; préventif) et dans la dispensation systématique de ces services à t des populations défavorisées.

Il peut donc facilement arriver que des éléments non combinés, s'appellerait ailleurs santé communautaire ou médecine communautaire, se trouvent présents dans un pays particulier à un moment donné sans être désigné comme tel.

Dans les pays développés, santé communautaire et médecine communautaire sont des expressions quasi interchangeables ; en pays en développement, on peut cependant discerner une certaine différence entre les deux vocables. L'accent sur la médecine communautaire a commencé très tôt en Amérique latine. L'OPS (1974) soutient que la participation de l'Université à des programmes communautaires a été soulevée dès la première réunion des pays d'Amérique latine sur la formation médicale.

En 1955, l'Université Del Valle réalise, dans un bidonville de Cali en Colombie, un des premiers projets de ce genre. Cependant, c'est en 1968 qu'a eu lieu à Bellagio, en Italie, un séminaire international sur les divers volets de la médecine communautaire (enseignement, recherche, dispensation des services) fort révélateur des orientations qui sous-tendaient ce concept dans les pays du tiers monde. Financé par la Fondation Rockfeller, ce séminaire avait une optique très claire : se pencher surtout sur les rapports entre la médecine communautaire dans les Universités du tiers-monde (Philippines, Colombie, Ouganda, Inde, Thaïlande, Nigeria) ; dont la plupart avaient débuté au cours des années soixante, furent r repassés en revue au cours de cette rencontre.

Barbosa (1977) soutenait que ces expériences, de même que celles de plusieurs autres en pays en développement, avaient comme objectif commun de transformer la formation des professionnels de santé. Les activités concrètes effectuées pour réaliser cet objectif variaient selon l'endroit mais, le plus souvent, comprenaient la prestation de soins au sein de la communauté plutôt qu'en milieu hospitalier, la réalisation de travaux épidémiologiques et la mise sur pied d'interventions d'éducation sanitaire. Étant donné qu'elles avaient pour but premier la formation de médecins, elles ont eu souvent tendance à reléguer au second plan l’organisation communautaire et la participation populaire.

En ce qui concerne le concept "santé communautaire", elle a été davantage utilisée pour désigner, dans les pays en voie de développement, des projets globaux de développement rural dont les activités se déroulaient localement en utilisant les ressources du milieu, en stimulant la participation communautaire et en formant des agents de santé locaux. Le but ultime n'est plus alors de former différemment les médecins mais plutôt de donner des services à la population, par quelque professionnel que ce soit.

Dans les années 1980, la crise des systèmes de santé a attiré l’attention sur la question des financements de la santé, liée à une crise généralisée des financements publics. Un consensus a émergé alors autour d’une politique de prise en charge d’une partie au moins des coûts des soins par les usagers eux-mêmes, concrétisé par l’initiative de Bamako. Celle-ci a été lancée lors de la conférence de Bamako de 1987 qui visait à relancer la stratégie relative aux soins de santé primaires identifiée lors de la conférence d’Alma Ata en 1978.

Le but professé par l’initiative de Bamako est d’approcher les communautés aux soins qu’on appelle santé communautaire (la prévention, la promotion, l’accompagnement, le curatif, la réhabilitationnelle et l’insertion) c’est-à-dire l’accessibilité universelle aux soins de santé primaires, avec pour objectifs spécifiques de :

* renforcer les mécanismes de gestion et de financement au niveau local,
* promouvoir la participation communautaire et renforcer les capacités de gestion locale,
* renforcer les mécanismes de fourniture, de gestion et d’utilisation des médicaments essentiels,
* assurer des sources permanentes de financement pour le fonctionnement des unités de soins.

Ainsi pour cela, il y a eu instauration de huit principes directeurs qui définissent un processus de mise en œuvre d’un système de recouvrement des coûts. Ceci doit permettre également l’amélioration de l’offre de soins :

1. Les gouvernements doivent faire en sorte que toutes les communautés aient accès aux activités de soins de santé primaires ;
2. Il faut décentraliser la prise de décisions des districts de santé, notamment en ce qui concerne la gestion des soins de santé primaires ;
3. Il faut décentraliser la gestion financière afin que les ressources produites localement soient gérées par les communautés ;
4. Les principes relatifs au financement communautaire des services de santé doivent être appliqués à tous les niveaux du système de santé ;
5. Les gouvernements doivent apporter une contribution substantielle aux soins de santé primaires et prévoir suffisamment de fonds à l’intention des services de santé locaux ;
6. Le concept de médicaments essentiels doit être intégré dans les politiques nationales de santé fondées sur les soins de santé primaires ;
7. Des mesures telles que des exonérations et des subventions doivent être prises pour garantir aux couches sociales les plus démunies l’accès aux soins de santé ;
8. Des objectifs intermédiaires doivent être clairement définis ainsi que des indicateurs pour mesurer les progrès accomplis.

L’application des principes définis par l’initiative de Bamako n’est pas sans risques. Certaines critiques soulignent le danger de voir certains Etats se désengager de leurs responsabilités en matière d’accès à la santé en se reposant sur l’autonomie et la gestion communautaire que l’initiative appelait de ses vœux. Des réserves ont également été exprimées quant au rôle trop important accordé au médicament, qui témoigne d’une attention accordée aux solutions curatives au détriment de la prévention et de la promotion. Pour autant l’initiative de Bamako demeure le cadre de référence partagé et suivi par l’ensemble des acteurs de la santé en Afrique de l’Ouest.

### AU MALI,

La politique sectorielle de santé a été bâtie sur une structure pyramidale de santé dont le premier niveau est le centre de santé communautaire (CSCOM), le second niveau est le centre de santé de référence (CSREF), le troisième et le quatrième niveau sont respectivement les hôpitaux régionaux et nationaux. On compte aujourd’hui six cent dix-huit (618) CSCOM.

La gestion de ces centres est assurée par des associations de santé communautaire (ASACO) et plus précisément par l’organe de gestion qui est le comité de gestion.

La mise en œuvre de la décentralisation à partir de 1994 a mis souvent en cause la carte sanitaire élaborée et créé des problèmes qui interpellent les populations, les élus et les techniciens de la santé.

Les sollicitations de plus en plus grandes adressées aux autorités publiques, aux ONG traduisent la difficulté des CSCOM à fonctionner de façon autonome. Ainsi, la viabilité économique et sociale indispensable pour assurer leur mission est de plus en plus menacée.

Alors que selon l’article 3 de l’arrêté ministériel N°94/MSSPA-MATS-MP du 21 Août 1994, le CSCOM (centre de Santé Communautaire) est une formation sanitaire de 1er niveau crée sur la base de l’engagement d’une population définie, et organisée au sein d’une Association de Santé Communautaire (ASACO) pour répondre de façon efficace et efficiente à ses problèmes de santé.

En outre, les CSCOM constituent des pièces maîtresses de la politique nationale de santé. Leurs résultats devraient augurer de ce que l’on est en droit d’attendre comme effets de la nouvelle politique de décentralisation institutionnelle. A cet égard, les CSCOM sont considérés comme des structures d’avant - garde du processus qui visent l’organisation de la prise en charge du développement local par les collectivités décentralisées, avec la participation concertée de l’Etat, des ONG et des autres partenaires.

### Mission

Les CSCOM ont pour mission de fournir le Paquet Minimum d’activités à savoir :

* gérer la mise en œuvre des actions socio - sanitaires au sein des populations,
* fournir des prestations préventives, promotionnelles et curatives à la population,
* dépistage et traitement des endémies locales, exploration para clinique courante,
* assurer la disponibilité des médicaments essentiels,
* développer des activités de soins préventifs (santé maternelle infantile/planning familiale/Vaccination, Communication et Education pour la Santé),
* initier et développer des activités promotionnelles (Hygiène-Assainissement, Développement Communautaire, Information Education et Communication), et
* promouvoir la participation communautaire dans la gestion des CSCOM et la prise en charge des problèmes de santé de l’individu et de la collectivité.

## AU SENEGAL

## Stratégie de Santé Communautaire

## A. Axes stratégiques

Cinq axes stratégiques ont été définis en s’appuyant sur les défis, les orientations de la Politique Nationale de Santé Communautaire et les objectifs stratégiques du Plan Stratégique National de Santé Communautaire.

■ Axe n°1 : améliorer la couverture géographique

L’objectif est d’assurer à chaque sénégalais l’accès aux services de santé de base. Il s’agit ici de réaliser une cartographie intégrée du niveau communautaire et de renforcer l’installation de cases et sites dans les zones de faible couverture. Les cases couvrant plus de 3000 habitants seront progressivement transformées en postes de santé.

■ Axe n°2 : renforcer l’intégration au système de santé

L’intégration du niveau communautaire au système de santé est un facteur essentiel de succès. Entre autres actions, cela suppose le renforcement de la supervision des acteurs communautaires par du personnel qualifié et l’introduction de technologies mobiles pour améliorer le système d’information et de collecte de données et contribuer à la création de la demande. Concrètement, il s’agira de réorganiser la supervision du niveau communautaire et l’intégration des données issues des activités communautaires (renforcement de l’effectif des postes de santé par des sages-femmes itinérantes, systématisation du monitoring communautaire, ….).

■ Axe n°3 : améliorer la qualité et élargir l’offre

L’objectif est de garantir une offre de service de qualité sur tout le territoire national. L’offre en services de qualité sera renforcée par du personnel qualifié itinérant (infirmiers/sages-femmes itinérants, organisation régulière de stratégies avancées intégrées…). De plus, des paquets de services élargis seront développés pour chaque catégorie d’acteur communautaire de santé. Un plan de formation intégré et coordonné au niveau national sera mis en place.

■ Axe n°4 : renforcer la participation des communautés et des collectivités locales

Les collectivités locales seront incitées à jouer pleinement leur rôle dans la planification, la mise en œuvre, le financement et le suivi des activités de santé. Le renforcement du partenariat entre les collectivités locales et les districts sanitaires est fondamental pour assurer une meilleure coordination des activités de santé communautaire et une supervision par le personnel qualifié.

La participation harmonieuse des populations est un préalable à la réussite de ce plan. Cette participation sera renforcée par des moyens institutionnels (promotion des mutuelles de santé et de toutes autres formes de solidarité au niveau local), des mécanismes d’engagement de la communauté (création de comités de santé et de gestion) et de capacitation des populations sur leurs rôles et responsabilités.

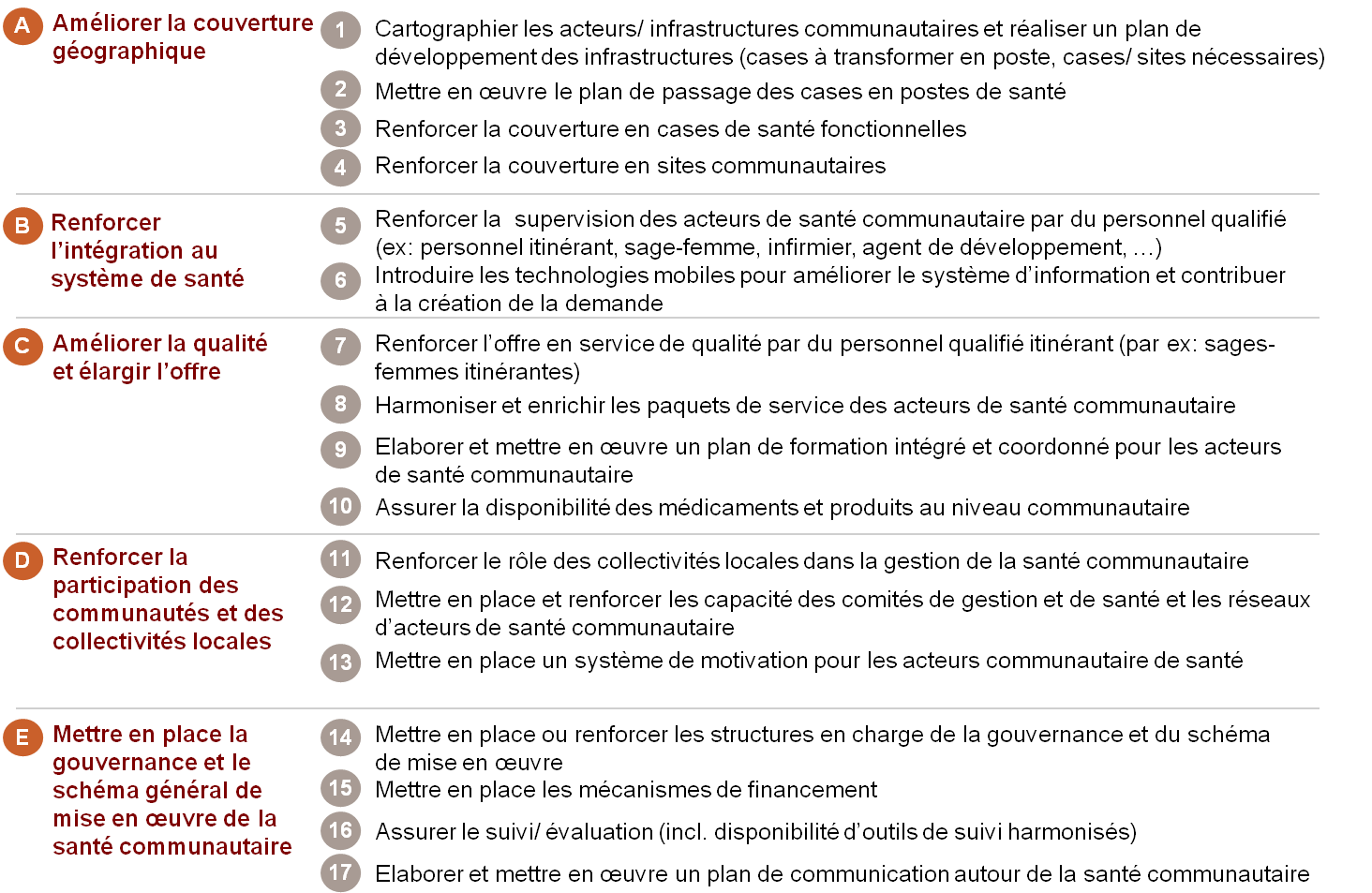
■ Axe n°5 : mettre en place un système de gouvernance et un schéma général de mise en œuvre

Il s’agit de mettre en place les conditions favorables à une mise en œuvre efficace et cohérente. Les contours d’un schéma général ont été définis en s’appuyant sur des expériences internationales réussies. Ce schéma définit une séparation claire des rôles : le Ministère de la santé et de l’Action sociale et la Direction Générale de la Santé est chargé d’un rôle clé d’agrémentation et de régulation, les acteurs privés (ONG, OCB…) sont responsabilisés dans l’opérationnalisation et la mise en œuvre sous le pilotage et la contractualisation avec les collectivités locales. Une innovation importante est la mise en place d’un mécanisme fonctionnel de nature à permettre une mutualisation des financements des activités transversales (formation, supervision, monitoring…)

## B. Lignes d’action stratégiques et plan de mise en œuvre

Au Sénégal ; l’action communautaire, la stratégie de résolution des problèmes par approche santé communautaire faisant appel à la participation communautaire, se fait en cinq axes :ces cinq axes stratégiques ont été déclinés en 17 lignes d’action. Ces lignes d’action stratégiques sont détaillées dans l’annexe contenant la totalité des activités, sous-activités et des coûts. La mise en œuvre de ces lignes d’action stratégiques se fera progressivement selon un schéma défini.

9



1. Cartographier les infrastructures, recenser les acteurs communautaires de santé et réaliser un plan de développement

La cartographie vise à rendre disponibles les informations nécessaires pour la documentation du volet communautaire de la carte sanitaire. La cartographie communautaire a pour objet d’identifier la couverture actuelle et définir les besoins. Chaque district fera la situation des cases de santé existantes et fonctionnelles, les cases existantes et non fonctionnelles et les besoins. L’ensemble de ces données sera consolidé au niveau régional puis national. Un consultant accompagnera le processus et assurera la cohérence de la démarche et la bonne consolidation des données au niveau national.

La cartographie permettra de connaître de façon précise le nombre et les types d’acteurs communautaires de santé (nombre, profil et niveau de formation) ainsi que les infrastructures communautaires se trouvant dans chaque district (nombre de cases, nombre de sites, fonctionnalité). La situation des infrastructures, le profil et le niveau de formation des acteurs de santé communautaire permettront de déterminer les besoins de formation et recyclage dans le secteur.

Au terme de la réalisation de la cartographie, un plan de développement des infrastructures communautaires dans chaque district à l’horizon 2018 sera élaboré. Ce plan permettra de prévoir :

|  |  |
| --- | --- |
| ■ | les cases à transformer en postes de santé ; |
| ■ | les cases additionnelles à construire ; |
| ■ | les cases à rendre fonctionnelles (équipements, besoins complémentaires en acteurs communautaires de santé, besoins de formation) ; |
| ■ | les besoins en sites additionnels à mettre en place ; |
| ■ | les sites à rendre fonctionnels (équipements, besoins complémentaires en acteurs communautaires de santé, besoin de formation). |

### 

### 2. Mettre en œuvre le plan de passage des cases aux postes de santé

Sur la base de la carte sanitaire, certaines cases de santé pourraient être transformées en postes de santé. Les besoins d’érection de cases en postes ont été estimés à environ 450 à l’horizon 2018 en référence à la population couverte (chaque case couvrant plus de 3 000 personnes est éligible).

Les critères de passage de case de santé à poste de santé seront définis à partir du plan de développement communautaire. L’analyse des critères s’appuiera sur des consultations avec les équipes sanitaires des régions, et districts et les communautés concernées. Les critères pourraient être fondés sur la densité de la population, l’accessibilité des infrastructures de santé ou des caractéristiques particulières de la zone.

La transformation (incluant le recrutement de personnel qualifié) et l’assurance de la fonctionnalité continue des nouveaux postes relèvent du ressort du système de santé. Toutefois, il conviendra de prendre en considération les coûts afférents au recrutement lors de l’érection de nouveaux postes de santé (non budgétisés dans ce plan).

A titre expérimental, le PSNSC prévoyait la mise en œuvre de trois projets de polycliniques communautaires en 2015 :

■ Création d’un centre de santé communautaire ;

■ Création de deux postes de santé communautaires ;

■ Transformation de deux cases en postes de santé communautaires.

Cette ambition pourrait évoluer à la hausse en fonction des résultats obtenus et des financements disponibles.

## III.6. La santé communautaire en République Démocratique du Congo (RDC) : politique de santé des colonisateurs

Alors que la santé communautaire ou la médecine communautaire est d’application et/ou d’actualité dans d’autres pays du monde en général et d’Afrique en particulier, la dispensation des soins ou le mode de dispensation de services sanitaires est loin d’être qualifiée de santé ou médecine communautaire en République Démocratique du Congo suite à la traditionnelle gestion d’en haut (top-dawn), en d’autres termes de haut en bas au lieu de bas en haut (c-à-d sur base des données fiables récoltées à la base, dans la communauté pousserons les décideurs à prendre des ripostes concordantes) qui caractérise bien le système de santé RD Congolais.

D’après les données à notre possession, et selon Dr. SAKALA, 2006, la RDC a hérité une politique de santé des colonisateurs. La quelle consistait à créer des structures fixes et mobiles afin de servir les villes et les villages. Cela a poussé les colonisateurs à créer à l’instar des hôpitaux et des dispensaires, des comités locaux de santé. Cela avait permis aux populations d’être proches des centres de santé. Ceci a été qualifié de « médecine de proximité » ou « santé communautaire ». Curieusement, avec le constat actuel, ceci semble ne plus exister.

Les usagers, les acteurs, les politiques, les différents partenaires, … doivent être associés dans une action de santé communautaire. Les phases de concertation de diagnostic partagées sont essentielles car elles impliquent des rencontres d’où découlent l’analyse et la mise en évidence des priorités. La démarche participative est importante en santé communautaire. Les savoirs des destinataires de l’action sont primordiaux. L’action communautaire se construit dans l’échange et implique un transfert de compétences du professionnel vers le profane (le destinataire de l’action) mais aussi du profane vers le professionnel de santé. Les professionnels sont des personnes ressources et mettent leurs compétences au service de la communauté.

Comme nous l’avons signalé plus haut, qu’il s’agisse des pays développés ou en voie de développement ; il y a eu des comités de soins de type communautaire. Tout comme il y en a eu des activités de type santé communautaire mais sans parfois être dénommées comme telles.

En RDC, notre pays, il y a des écoles dénommées, écoles ou institut supérieur panafricain de santé communautaire (exemple en ITURI, dans l’Ex-Province Orientale), école secondaire de santé communautaire… mais les activités de type santé communautaire restent malheureusement encore à promouvoir.

Il est donc normal de penser que la santé communautaire reste une conception de santé proche des personnes et doit venir de la base : de bas en haut (botton-up) et pas de haut en bas (top-dawn). Elle n’est pas coûteuse et comble le fossé entre la santé publique et la médecine de premiers recours. Ses bénéfices pratiques sont une ouverture de l’approche clinique vers une approche de santé publique avec une promotion du travail pluridisciplinaire et multisectoriel (de prévention, d’accompagnement, de réhabilitationnel et de l’insertion).

Ainsi, de manière globale, et dans le souci d’intégrer l’efficience et l’efficacité au système sanitaire de la RDC, la notion de la **« santé communautaire »,** doit être émis pour la formation des cadres supérieurs et universitaires dans ce domaine.

**6.** Concepts de besoin et de problème de santé

La planification des actions en santé publique se fonde sur les problèmes de santé et les besoins de santé des individus et de la population. Ils constituent donc des concepts clés qui président à la réflexion en santé publique. Cependant, quoique apparentés, ils sont deux concepts distincts. Les distingués permet de mieux définir ce qui fera l’objet de l’analyse pour la planification, soit les problèmes de santé ou encore les actions requises pour y remédier.

### Problème de santé (peut être défini)

- A l’échelle individuelle

C’est une souffrance actuelle ou potentielle (maladie, infirmité, état de mal être,….) qui touche un individu et doit être corrigée.

- A l’échelle d’une population

C’est une souffrance actuelle ou potentielle (maladie, infirmité, état de mal être…) qui touche un nombre important de personnes de cette population.

### Problème de santé publique

C’est une souffrance actuelle ou potentielle (état de santé proprement dit ou déterminant de l’état de santé) qui touche un nombre suffisamment important de personnes qui doit être corrigée par la mise en place d’interventions à dimension collective.

Quatre critères utilisés pour affirmer qu’un problème de santé est un problème de santé publique :

* L’étendue géographique concernée
* Les conséquences du problème (graves)
* Le nombre de personnes exposées
* Le coût social de ces conséquences : pour la société, le système de soins et/ou les individus.

### Besoin de santé

L’identification des besoins sanitaires de la communauté est l’une des étapes importantes de l’approche communautaire. Le concept de besoin, en santé publique, renvoie à **l’écart existant entre un état de santé donné et un** **état idéal, ou du moins, lesquels sont étroitement liés aux causes des problèmes de santé**.

Par exemple, si dans une communauté on repère une forte prévalence d’amibiases, on pourra en attribuer la cause à la consommation d’eau souillée. On en conclura qu’il y a dans cette communauté un besoin d’approvisionnement en eau potable. La réponse à un besoin peut ainsi se traduire en termes d’actions de santé d’ordre curatif, préventif, éducatif ou encore, comme dans notre exemple, d’action portant sur l’infrastructure.

Malgré tout, le besoin demeure un concept relatif, sa définition dépend de ceux qui l’interprètent :

### Bradshaw classifie les besoins en 4 types :

1. Besoin normatif : Besoin défini par expert par rapport à une certaine norme de désidérabilité ou d’optimalité. Ces besoins

sont en fait étroitement reliés au modèle biomédical qui est celui des professionnels de santé.

2. Besoin ressenti :

Cette catégorie réfère aux perceptions des gens sur leurs problèmes de santé, ou à ce qu’ils désirent comme service de santé. Il s’agit des besoins reconnus par la communauté en relation avec les représentations, croyances et valeurs qui lui sont propres, sans référence aucune à celles des étrangers à la communauté comme certains responsables de programmes de santé par exemple.

3. Besoin exprimé :

Correspond au besoin ressenti qui aboutit à une démarche de recours ou de demande de service. Les besoins exprimés donnent lieu à une demande d’assistance. Les intéressés sont conscients de leurs besoins, ils les ont identifiés, ils demandent de l’aide. Ce qui ne veut pas dire que ces besoins seront automatiquement considérés comme pertinents par les professionnels de santé ;

4. Besoin comparatif :

C’est le besoin qu’un individu ou un groupe devrait avoir pour qu’il présente les mêmes caractéristiques qu’un autre individu ou groupe pour lequel on a identifié un besoin.

Exemple : Méthode utilisée pour identifier les enfants à risque à partir d’indicateurs basés sur les conditions de la naissance, sur l’état de la mère, sur la relation avec l’enfant.

# CHAPITRE IV : REPERES, PROFIL ET CADRE DE TRAVAIL POUR UN PROFESSIONNEL DE SANTE COMMUNAUTAIRE

Dans ce chapitre, il est question de présenter les repères qui attestent une action communautaire et le milieu de travail d’un professionnel de santé communautaire. Ici, l’accent est mis sur la population pour la résolution de leurs problèmes de santé et autres. Il convient de signaler qu’en santé communautaire, la population participe elle-même dans le processus de la prise en charge et résolution de leur propre problème. La pratique en santé communautaire doit être axée sur la population et échantillon qui ont les mêmes caractéristiques de la santé. Notre rôle est donc de travailler dans la communauté ou population et particulièrement à risque ou les problèmes de santé se font sentir et sont déterminés.

### 4.1 .LES REPERES DES DEMARCHES COMMUNAUTAIRES

La démarche communautaire en santé est caractérisée par un faisceau de repères interdépendants et complémentaires. Certains de ces points de repères (critères de définition) se réfèrent particulièrement à l'ensemble de la promotion de la santé (les 3 premiers), d’autres sont spécifiques à la stratégie communautaire (les 4 suivants), le dernier est centré sur la méthodologie.

La démarche communautaire vise à favoriser l’accès aux services et ressources qui favorisent la santé c’est à dire à rendre effectives les conditions et les possibilités d’accès à la santé (à l’information, à la prévention, aux droits, au dépistage, aux structures de santé…). Cette possibilité implique une accessibilité des services de santé au niveau géographique, culturel et financier.

Elle s’inscrit dans un double mouvement : non seulement des usagers (habitants) vers les structures de santé mais également des professionnels de santé vers les habitants.

La santé est un droit fondamental reconnue en tant que tel par la déclaration universelle des droits de l'homme ; la charte africaine des droits de l'homme et des citoyens ; l'article 47 de la Constitution de la République Démocratique du Congo (RDC) de 2006. L'accès aux soins de santé est une question sociale, économique et politique et par-dessus tout un droit humain fondamental. Les soins de santé ne se limitent pas à la fourniture de soins de santé curatifs mais comprennent également la promotion de la santé, la prévention des maladies et la réhabilitation ou la réinsertion sociale.

La Santé Communautaire est un domaine qui implique une réelle participation de la communauté à l’amélioration de sa santé. Elle vise la promotion de la santé en favorisant la responsabilisation de la population sur les décisions à toutes les étapes des projets de santé à travers : réflexion sur les besoins, les priorités, la mise en place, la gestion et évaluation des activités concourant à la bonne santé de la communauté. La population n’est plus simple bénéficiaire des soins et services de santé mais acteur et partenaire potentiel des actions du gouvernement (l’auto prise en charge).

Par sa nature et ses méthodes, l’approche communautaire en santé tend à lever les cloisons qui empêchent une analyse globale des problèmes de santé. Elle s’applique à tous les problèmes de santé et à leurs solutions, y compris aux nombreuses solutions qui débordent le système de santé.

La Charte d'Ottawa, signée en 1986 à l'occasion de la Première Conférence internationale pour la promotion de la santé, définit cinq priorités essentielles en vue d'une action sanitaire fondée sur la prévention qui sont (1) Etablir une politique publique saine ; (2) Créer des milieux favorables ; (3) Renforcer l’action communautaire ; (4) Développer les aptitudes personnelles ; (5) Réorienter les services de santé.

La RDC est un État unitaire fortement décentralisé qui comprend 26 provinces, selon la dernière réforme territoriale de 2006 (article 226 de la Constitution de la 3ème République). Avec une superficie de 2 345 410 km², la RDC est l’un des plus vastes pays d’Afrique.

En RDC, le besoin en Santé Communautaire se pose avec acuité car la chute des taux de fréquentation des structures de santé ; les inégalités et l'inefficacité des soins ; le recours à l'automédication et au guérisseur traditionnel ; le système de soins de santé n'a pas les ressources requises ; la résurgence des maladies infectieuses, les maladies à fièvres hémorragiques virales ; la hausse des problèmes liés à la grossesse et à l’accouchement ; la consommation de plus en plus précoce par des jeunes des substances psychotropes ; les épidémies, urgences et catastrophes ; les menaces de la santé par des pathologies émergentes ; l’insuffisance alimentaire ; les violences faites aux femmes et la faible protection sociale des groupes vulnérables.… De nombreux programmes (de santé) se sont avérés des échecs car les services qu’ils fournissaient, et que leurs promoteurs estimaient pertinents et adéquats, n’étaient pas ou peu utilisés par la population

La mission du Ministère de la Santé Publique est de contribuer à l'amélioration de l'état de santé de l'ensemble de la population congolaise en organisant des services sanitaires de qualité et équitables pour la restauration de la santé des personnes et la promotion du meilleur statut sanitaire possible dans toutes les communautés (Ord n°014/078 du 7 Décembre 2014).

Ce document édicte les grandes lignes de la profession Saco, Sapu, Epi et Ecosa pouvant ainsi faciliter les professionnels dans les domaines précités de bien se défendre sans confusion et bien cerner les défis et enjeux auxquels ils seront confrontés sur terrain pour mieux articuler leur utilisation en rapport avec leur formation.

Il est destiné aux femmes et hommes déterminés à réussir à réaliser des grands projets au bénéfice de la communauté dont ils assument la responsabilité en vue de prévaloir le Professionnel en santé communautaire dans le plan de développement des ressources humaines du système de santé en RDC.

Ce document peut être utile à toutes les personnes qui participent à la mise en œuvre des projets de santé et développement ainsi que aux autorités politico administratives occupant des postes de décision.

### PLACE ET REPERES DE LA SANTE COMMUNAUTAIRE

La recherche d’un modèle de service de santé qui rencontre les intérêts, les besoins et les demandes actualisés de la population est encouragée. Deux grandes évolutions ont marqué le secteur de la santé ces dernières décennies. La première est une prise en compte accrue des déterminants non-médicaux de la santé. Il en résulte un changement de paradigme : l’offre de santé (et non plus uniquement de soins) aux populations fait l’objet désormais d’une approche transversale, intersectorielle et globale. Cette évolution est également spatialisée : l’approche globale de la santé se situe à l’échelle locale, à la base de la pyramide de l’offre de soins et de services de santé, les étages supérieurs, plus spécialisés, restent du domaine du médico-hospitalier (Dahlgren, 1995).

La deuxième évolution est l’attention croissante portée aux services « de base », aux actes élémentaires non spécialisés, à l’éducation à la santé et à la promotion de cette dernière hors du champ biomédical. Il s’agit d’un transfert de moyens (des soins spécialisés coûteux, vers l’attention primaire), d’un transfert de compétences (une appropriation des questions de santé par tout un ensemble d’acteurs publics non médicaux) et d’un transfert de légitimité par la prise en compte des savoirs populaires et non plus uniquement de la seule expertise médicale. Cette évolution s’observe de façon très différenciée d’un lieu à l’autre à travers des initiatives en santé communautaire (Segall, 1983).

La place de la Santé Communautaire au sein d’une écologie des savoirs relève de la volonté et de la capacité des acteurs porteurs de ce projet de santé à se mobiliser pour le faire vivre dans l’espace public et démontrer, quotidiennement, son bien-fondé et sa plus-value. La place de la santé communautaire dépend aussi d’une action militante visant une transformation des institutions, des organisations et des structures.

Dans l’intervention et le soin, la place de la santé communautaire est tributaire de l’éventuelle ouverture des décideurs organisationnels (1) à accueillir en leurs murs d’autres approches, fondées sur le récit et la reconnaissance de la singularité des vécus et des vulnérabilités puis (2) à créer les lieux et les espaces (ou soutenir la création de tels lieux dans l’espace citoyen) pour que de telles approches puissent se concrétiser et porter leurs fruits.

En science, la place de la santé communautaire dépend de la reconnaissance et de l’appui aux projets porteurs de cette épistémologie via l’existence, par exemple, de lieux de financement, de production de connaissances et de diffusion adhérant à une vision de la santé dans la sphère anthropo-sociale, vitaliste et éthique.

Sur le plan des politiques publiques, la place de la santé communautaire sera aussi tributaire de la capacité des porteurs du projet à agir comme agents de changement pour (1) promouvoir « un nouvel esprit des politiques publiques pour affirmer que la réactivation de l’économie productive et la figure d’un bien-être ramené au taux de croissance ne suffisent pas et (2) permettre aux citoyens et citoyennes, créateurs de leur quotidienneté, de se rapprocher des sphères décisionnelles et d’ainsi reprendre pouvoir sur ce qui importe pour eux.

Un véritable partenariat entre le système de santé et la communauté doit encore s’établir dans notre pays. De nombreux secteurs peuvent et doivent contribuer étroitement au processus du développement de santé publique et Santé Communautaire, et beaucoup d’entre eux ont déjà joué, directement ou indirectement, un rôle important à cet égard. Il s’agit de l’éducation, la communication et information, agriculture, transports, affaires sociales et humanitaires, environnement, sécurité, habitat, sport et loisirs, l’économie, etc

### Des repères relatifs à une approche en promotion de la sante

### 1. Avoir une approche globale et positive de la santé

La démarche prend en compte et intègre outre les dimensions et paramètres du champ sanitaire (éducatifs, préventifs, curatifs) ceux du champ social, économique, environnemental et culturel.

2. Agir sur les déterminants de la santé

La démarche agit sur les déterminants de la santé qui sont à la source des problèmes de santé (logement, environnement, éducation, culture, emploi…).

### 3. Travailler en intersectorialité pour la promotion de la santé

Elle vise la participation de tous les acteurs concernés (spécialistes, professionnels, administratifs,…), favorisant ainsi les décloisonnements institutionnels et professionnels, associant tous les secteurs concernés pour une prise en compte de la santé globale. Le projet doit favoriser la diversification et l’augmentation des partenaires et des secteurs impliqués ; il doit également veiller à définir et à clarifier les rôles et places de chacun de ces partenaires dans un souci de transdisciplinarité.

### Des repères spécifiques à la stratégie communautaire

1. Concerner une communauté

Elle concerne une communauté, définie comme un ensemble de personnes présentant un sentiment d’appartenance commun (habitants, professionnels, élus, institutions). La communauté peut se définir selon son espace géographique, et/ou ses caractéristiques et/ou son intérêt commun et/ou sa situation problématique commune.

### Favoriser l’implication de tous les acteurs concernés dans une démarche de co-construction

La démarche favorise la création d’un contexte qui permette et encourage la co-construction et l’implication de tous les acteurs (habitants, professionnels, élus, institutions) dans les différentes étapes de la démarche (le diagnostic, la prise d’initiative, la décision, l’évaluation et l’évolution).

Ce contexte est garant de la reconnaissance de la légitimité des compétences et de la capacité d’agir des citoyens.

1. Favoriser un contexte de partage, de pouvoir et de savoir :

La démarche vise la mise en place de relations où la spécificité de chaque acteur (professionnels, institutions, politiques, habitants, usagers) est reconnue. Ces relations reposent sur un partage des savoirs et des pouvoirs.

1. Valoriser et mutualiser les ressources de la communauté

Elle cherche à identifier, stimuler, mobiliser les ressources de chaque acteur individuel et collectif en reconnaissant leur spécificité et leur complémentarité.

**Un repère méthodologique**

**.** La démarche se réfère à un plan d’actions construit, élaboré à partir d’une approche des besoins, de leur priorisation, de la recherche de la meilleure utilisation des ressources, des stratégies les plus adaptées ; accompagné d’un processus d’évaluation permanente basée sur un mode de concertation et de participation des intéressés.

**II.** Rôles des professionnels de santé communautaire

En tant que scientifique, ll doit s’informer sur les questions d’actualités et de la nouvelle technologie. De ce fait, il emploie des stratégies décisionnelles dans les domaines ci-après :

* La promotion de la santé
* La prévention de la maladie et des blessures exemple créer une loi sociale,…
* La protection de la santé
* La surveillance de a santé
* Les mesures et interventions d’urgences
* Le développement communautaire
* L’évaluation de la santé.

**III.** Mission d’un professionnel de santé communautaire :

Selon l’organisation mondiale à la santé, le professionnel de santé communautaire à pour rôle :

* Apporter les services de la santé à l’endroit où les gens vivent et travaillent
* Connaitre les problèmes de la communauté
* Proposer les pistes de solution
* Résoudre ensemble avec la communauté ses problèmes

NB : La philosophie en santé communautaire est la reconnaissance des valeurs propres d’une communauté ou d’une famille. C’est à dire : que dans des conditions particulières si et seulement que les membres de la communauté comprennent les besoins qui sont les leurs, et ils prennent conscience, en un rien de temps, les membres de la communauté peuvent changer le comportement et adopter un comportement responsable favorable pour l’amélioration de l’état de santé personnelle et de la famille ou de la collectivité.

### Profil d’un professionnel de santé communautaire :

Le profil d’un professionnel de santé communautaire, se résume dans ces cinq étoiles :

* **Il doit être un dispensateur des soins globaux** (capital confiance dans la relation soignant-soigné)
* **Etre un décideur** : un vrai leader, capable de changer les pensées des autres et adapter les réalités actuelles de la technologie en tenant compte de l’efficience, de l’efficacité et de l’économie.
* **Etre un Communicateur**, un communicateur est celui qui sait bien écouter, bien expliquer, bien identifier les problèmes et prioritaires puis convaincre.
* **Etre un membre influant de la communauté**, juste pour gagner la confiance de la communauté.
* **Etre un gestionnaire**. Capable de travailler en collaboration avec les membres de la communauté et d’autres secteurs.

### le professionnel de santé communautaire, un Manager qui travaille en équipe et doit prendre des décisions entant que leader.

* + - 1. **La Planification comme un art de gérer :**

Planifier, c’est outre élaborer des plans en vue d’atteindre des objectifs. Il existe quatre raisons pour planifier :

* La planification coordonne les efforts des membres d’une organisation ;
* Elle réduit de l’incertitude,
* Elle réduit le nombre d’activités non nécessaires (inutiles ou consommateurs des ressources) ;
* Et elle établit les objectifs et standards qui permettront de contrôler le travail.

Il convient de signaler que pour que la planification dans le domaine de santé soit efficace et systématique, Dans ses écrits, J.LUFULUABO K. recommande de suivre certaines étapes qui suivent :

* **Définir les objectifs :**

La définition des objectifs consiste à déterminer avec précision les résultats ou les accomplissements escomptés et à la direction à prendre. Il faut être assez précis pour être en mesure de savoir quand les cibles sont atteintes ou pour évaluer, en cours de route, le chemin qui reste à parcourir.

* **Déterminer où l’on se situe par rapport aux objectifs**

On évalue les résultats actuels au regard des résultats escomptés et on fait le point sur la situation en ayant en tête les objectifs visés. On favorise alors les atouts qui favorisent le progrès et les faiblesses qui ralentissent.

* **Réfléchir à des hypothèses touchant l’avenir**

Il faut prévoir le mieux possible, comment se dérouleront les évenements.il est possible d’élaborer plusieurs scénarios et cerner les éléments qui favoriseront les progrès de chacun d’entre eux ou qui les gêneront.

* De la planification ici, nous faisons également allusion à la bonne gestion des ressources matérielles, humaines, financières et temporelle. Dans l’organisation des soins de santé nous pensons que certaines réponses du personnel à tout le niveau est facteur de la motivation ; lorsque cette dernière n’est pas faite étant donné que le professionnel de santé ne s’occupe que de la gestion et contrôle de la qualité des services de santé administrer dans la formation sanitaire ou sa communauté bénéficie, voir même de la simple relation d’aide. La démotivation rongeant le cœur et la psychologie du personnel, étant donné qu’il n’est pas contrôlé, n’est pas apprécié, n’est pas recyclé… , il pense que les irréels deviennent réels, donc la normalisation des fraudes et des fautes ,Voilà pourquoi les soins de santé de qualité ne sont pas donnés soit par manque des matériels, des médicaments de spécialité ou des médicaments de bonne qualité …. Dans l’exercice de ses fonctions managériales, le professionnel de santé communautaire doit manager et former le personnel en fin que le respect de la dignité de la personne humaine ne soit mis en jeux, car, patient qu’il est ne connaissant pas ses droits peut être en matière de santé, il s’en va et si pas de changement de l’état de santé il préfère recourir à l’auto médication. Or, AMULI JIWE JP. et NGOMA MADEMVO O. disent dans une publication intitulé la santé communautaire principes et approches sur la planification sanitaire que la raison d’être du personnel médical au centre ou dans une formation sanitaire est la présence du malade. Car, sans lui, nous n’avons pas du travail.

1. **Le Contrôle.**

Selon Jean Lufuluabo K. et Pascal Lutumba T. le contrôle est un exercice permanent du manager car, il permet d’évaluer et au besoin de prendre des mesures correctives de sorte que les réalisations soient toujours conformes à la planification. Il permet le suivi de l’exécution des tâches et la mise en œuvre des correctifs, si c’est nécessaire. Le gestionnaire a l’obligation, qui s’ajoute à ses autres devoirs, de comparer régulièrement les résultats escomptés avec les résultats obtenus. C’est pourquoi, il existe un lien privilégié entre la fonction de la planification et celle de contrôle.

Rester en contact, rester informé rester maitre de la situation, voilà les impératifs, parmi tant d’autres, de tous les gestionnaires. Si on ne prend pas garde de manière à se les servir, le contrôle, tout comme le pouvoir, peut avoir une impulsion négative. Le contrôle joue donc, ce pendant un rôle très positif et nécessaire dans le processus d’une gestion la mutuelle. Cet exercice consiste à opéré les suivis des activités en vue de garantir leur conformité avec les prévisions de départ et corriger par conséquent des écarts de nature à modifier le plan et empêcher l’atteinte des objectifs assignés par la planification.

Un adage populaire dit que la confiance n’exclut pas le contrôle. Ceci n’est pas seulement vrai en matière financière, mais dans tous les domaines de la vie.

Le contrôle représente d’abord un feed back essentiel pour la planification et permet de définir les actions futures. Il joue en suite un rôle important dans le contexte de la responsalisation. Le contrôle permet enfin de protéger l’institution et son patrimoine car, exposés aux risques naturels, aux crises et aux scandales de tous genres, aux phénomènes de violence au travail, aux risques de retard ou de manque d’approvisionnement etc…Un système de contrôle et des mesures correctives permettront de réduire le risque d’interruption d’activités et entraver l’atteinte des objectifs.

Ce processus se résume en trois étapes essentielles qui sont :

* La mesure de performances réalisées ;
* Leurs comparaisons par rapport aux normes de référence
* L’application de l’action corrective en cas de besoin.

Le contrôle de violence sur le lieu de travail intervient de trois manières :

1. Le contrôle rétroactif intervenant en aval de l’activité ou de l’évènement susceptible d’entrainer une violence.

Il consiste donc à :

* S’assurer de l’engagement de la direction en faveur de l’instauration d’un climat de travail fonctionnel ;
* Proposer des programmas d’assistance aux employés pour les aider à régler leurs problèmes de comportement (la théorie de X et de Y) ;
* Imposer au sein de l’organisation une politique de tolérance zéro contre tout acte de violence ou d’agression et surtout en matière de la relation d’aide-soignant-soigné;
* Pratiquer un dépistage rigoureux lors de l’embauche ;
* Former les employés pour leur apprendre, le cas échéant, à éviter le danger et leur indiquer clairement les politiques instaurées ;
* A ne jamais ignorer les menaces.

1. Le contrôle continu, pendant le déroulement de l’activité a pour finalité :

* Mettre à profit le management baladeur pour identifier les problèmes ;
* Observer de quelle manière les employés traitent leurs collègues et interagissent entre eux ;
* Permettre aux employés ou aux groupes de travail d’émettre des doléances ou de donner leurs point de vue lorsque des changements organisationnels majeurs interviennent ;
* Incarner un bon modèle à suivre par la façon dont vous traitez les autres ;
* Utiliser des lignes directes de l’entreprise ou d’autres mécanismes pour signaler et étudier les accidents ;
* En cas d’éruption des violences, solliciter l’assistance d’experts professionnels et intervenir avec rapidité et fermeté ;
* Fournir des équipements et des procédures et les procédures nécessaires pour faire face aux situations de violence.

1. **Le contrôle préventif consiste à :**

* Communiquer ouvertement sur la survenue des incidents et sur les actions entreprises pour y remédier ;
* Passer en revue les politiques de l’entreprise et au besoin les modifier.

Le manager gère les différentes ressources en vue de l’atteinte des objectifs. Il assure le déroulement du processus spécifique des activités de planification, d’organisation, d’impulsion et de contrôle à l’aide des différentes ressources dont il dispose. Les mots d’ordres du gestionnaire sont l’amélioration et le progrès.

Devant les réalités positives et négatives de l’administration et fonctionnement des organisations, Katunda Mundundu Gerard (2020) dans son discours sur l’histoire de la pensée administrative propose sur le plan politique organisationnel :

* Une vision partagée du processus de décentralisation par différents acteurs impliqués dans la mise en œuvre des activités d’une mutuelle de santé.
* La participation et l’appropriation du processus de développement communautaire par les membres de la dite communauté,
* L’organisation des élections libres, transparentes et démocratiques au niveau local dans chacune des 4 parties composantes de la modélisation ;
* Une volonté politique du pouvoir public et de la politique publique de ne pas porter ombrage à l’autonomie de la mutuelle de santé malgré le contrôle.

Sur le plan fonctionnel :

* L’administration en ligne : un puissant levier de la réforme des Administrations car :
* Elle facilite la réalisation des démarches administratives par les usagers en leur permettant d’y procéder par voie électronique ;
* Elle permet la mise en place d’un espace de stockage en ligne des données administratives ;
* Elle facilite la sécurité et la transmission des données et d’informations par voie électronique,
* Elle est fiable ;
* Possibilité de suivi et évaluation ;
* L’accentuation de la transparence dans la l’administration et dans la gestion du bien communautaire.

## **3. la Direction comme une tache du leader**

Le manager utilise la DIERCTION comme une fonction administrative : dans cette partie nous allons essayer d’éclairer l’opinion publique sur les différentes fonctions et styles de direction que le manager de santé devrait utiliser selon le besoin et la situation.

### 1. L’évolution des styles de commandement

Dans cette évolution des styles de commandement, on va voir quelle est la tendance actuelle en matière de management, c'est-à-dire en matière de style de direction et de commandement.

* Qu’est-ce que la centralisation des pouvoirs ?

Ici les décisions sont prises que par un petit groupe de personnes, le plus souvent la tête de la hiérarchie.

* Qu’est-ce que la décentralisation des pouvoirs ?

Ici, il y a une liberté totale de décision de niveaux hiérarchiques inférieurs. Les styles de commandement tendent à évoluer vers une grande association des subordonnés dans l’élaboration et l’application des décisions, c'est-à-dire à une plus grande liberté d’action du personnel.

On distingue en générale deux évolutions possibles dans l’exercice du pouvoir :

* Une évolution vers une grande délégation des pouvoirs. (Déléguer : c’est donne une mission à une personne ou plusieurs personnes dans l’entreprise qui peuvent prendre des initiatives).
* Une évolution vers une décentralisation des pouvoirs. (Décentraliser : c’est donner une plus grande autonomie à l’ensemble du personnel, autrement dit, c’est un moyen d’améliorer les performances globales).

### 2. Les principes de commandement

Une entité doit avoir un but déterminé et cela suppose qu'il y a beaucoup des facteurs qui entrent en ligne de compte. Une volonté humaine, exclusion de la liberté d'agir, la spontanéité. C'est pour cette raison que chaque entité politique sociale, culturelle, financière doit avoir un dirigeant pour coordonner les activités afin d'atteindre le but prévu. Les qualités que doivent avoir ces dirigeants (manageur) sont :

* intellectuel « scientifique », morale « personnel »,'esprit d'initiative, la créativité, l'innovation, l'imagination.

Pour mieux commander, un dirigeant ou un manager doit s'appuyer au style de direction impératif et participatif. Par le style de direction impératif le chef prend les décisions seule et les fait connaître aux collaborateurs et par le style de direction participatif, le chef fait assister tout le monde à la prise des décisions pour le bon fonctionnement de l'entreprise.

### 3. Les sept styles du commandement que doivent appliquer les chefs des entreprises :

DRUCKER P. (1974) dans son document intitulé la nouvelle pratique de la direction des entreprises stipule que :

le chef prend la décision et la fait connaitre aux collaborateurs

* + - 1. le chef prend la décision déjà prise
      2. le chef communique ses idées et invite à poser des questions
      3. le chef communique une décision provisoire qui peut être encore modifiée.
      4. le chef décrit les problèmes, recueillis des propositions et prend la décision
      5. le chef trace les limites et demande aux groupes de décider.
      6. le chef ; autorise les collaborateurs à se mouvoir librement dans les limites précédemment tracées.

Partant de ces sept sortes des styles de commandement, un chef doit s'appuyer surtout au style des directions impératives pour que les collaborateurs ne sachent pas la zone d'incertitude du commandant et enfin faire assister tout le monde par le style de direction participative.

### Les critères de détermination du leadership

Selon FRANK Riboud, (1999). Cette étape vise à mettre en lumière le développement du leadership dans l’entreprise, et on peut mentionner :

## 4.1. La sélection :

La détermination du leadership consiste à évaluer les besoins de l’entreprise en faisant sélectionner les compétences souhaitées du leadership. Ce dernier se présente généralement comme une solution à des problèmes, il faut donc d’abord, bien identifier ceux-ci, ce qui permettra d’établir le profil de leader approprié.

## 4.2. La formation :

Dès que les besoins en leadership sont identifiés et les leaders en émergence sélectionnés, cela passe par un programme sur mesure de formation, la formation au leadership consiste à apprendre aux leaders à concevoir et mettre en œuvre des initiatives stratégiques. Après la fin de la formation, une amélioration significative des compétences visées pour qu’un programme de formation ait l’impact souhaité.

## 4.3. L’expérience :

Le style de commandement des dirigeants doit d’abord être cohérent, il semble en fait que tels programmes soient plus efficaces s’ils touchent dès le départ les hauts dirigeants, pour se déployer ensuite progressivement à tous les niveaux de l’organisation. Il faut communiquer à l’ensemble de l’entreprise, les comportements que l’on souhaite promouvoir. Enfin, il faut offrir aux leaders en développement des occasions de se manifester et de se fortifier dans l’action, ce qui présuppose une gestion adéquate de leurs carrières, certaines décisions de promotion peuvent même dépendre de la capacité d’un manager à repérer et développer les futurs leaders a tout moment, gérer la carrière d’un individu exige enfin de déterminer le degré d’autorité qu’il convient de lui laisser afin de développer son leadership.

### 5. les qualités et compétences du leadership :

En consultant la littérature sur le leadership et en observant le comportement des managers sur le terrain, il est possible de constituer quatre styles de leader :

**L’autoritaire** (sévère, mais juste), **le paternaliste**, **le participatif** (le chef est un membre du groupe comme un autre, dont la mission est de coordonner l’équipe), et enfin **le laisser-faire** (le chef n’est pas présent que pour valider les décisions de ses collaborateurs), le leader aujourd’hui joue un rôle important dans le rendement de l’organisation.

### 5.1. Les 7 grandes qualités du leadership :

Il y’a des qualités nécessaires pour être un bon leader dans une situation spécifique. Ces qualités sont communes à tous les leaders.

### 5.1.1. Une bonne mémoire :

Il faut se rappeler des noms des gens pour leur parler et des différentes informations susceptibles de nous aider à résoudre un problème.

### 5.1.2. Un véritable intérêt pour les gens :

Une chose dont vous êtes responsable pour exercer un bon leadership auprès de votre équipe est de faire preuve d’un véritable intérêt à l’endroit de chacun des membres et tout particulièrement au développement de chacun d’entre eux. Démontrez cela et vous créerez un véritable désir de participation chez tous les membres de votre équipe de travail, ce qui est essentiel pour son succès, vous ne pouvez pas faire semblant de vous intéresser aux autres –les autres le découvriront toujours. Un chef ne peut réussir que par le succès individuel de chacun des membres de son équipe.

### 5.1.3. L’intégrité :

Si votre équipe met en doute votre intégrité, l’intégrité de son leader s’effondra et connaitra des défaillances en cas de conflits, de stress ou de risques rencontrés. Si une personne présente des failles dans son intégrité aussi petites soient-elles elle aura de la difficulté à surmonter les défis avec son équipe. Par exemple, un des membres de son équipe s’écoulera sous la pression. Lorsqu’un seul membre de votre équipe doute de votre intégrité cela diminue considérablement les limites de vos chances de succès.

### 5.1.4. L’habileté de communiquer efficacement :

Un bon leader doit être capable de parler –et décrire- simplement, de façon claire et persuasive. Aussi, il est en mesure d’écoute et de traiter de l’information attentivement. La communication étant un processus bidirectionnel.

### 5.1.5. La capacité de prendre des décisions :

Il y a des moments où la prise de décision peut représenter un risque parce que les informations disponibles menant à ce choix sont incomplètes. Un leader doit reconnaitre ce qui n’est pas profitable et s’ajuster afin de répondre rapidement aux besoins de l’entreprise et de l’équipe. Cela aide lorsque l’on connaît la conséquence d’une prise de décision. Si la conséquence est minime le risque l’est aussi.

### 5.1.6. La capacité de relaxer :

Si l’équipe est tendu et sous pression, les irritations se multiplient. Et la performance s’affaiblie. Cette situation demande d’offrir de façon délibérée une pause pour permettre des remarques légères et l’opportunité de rire. L’importance des pauses se situe d’avantage dans leur fréquence que dans leur durée. Une pause est nécessaire pour relaxer lorsque la tâche à effectuer demande un haut niveau de concentration et lorsqu’elle est harassante. La pause peut être brève et à divers moments de la journée. Cela deviendra un moment apprécié et nourrissant.

### 5.1.7. Un enthousiasme naturel :

De toutes vos convictions la plus importante est de croire en votre équipe et en les objectifs qu’elle poursuit avant de leur faire part de votre enthousiasme. Cela sera assurément visible pour les membres de votre équipe. Et permettra de motiver vos troupes et de leur permettre d’entreprendre leur travail avec courage et espoir. Si le leader ne croit pas en ce qu’il fait pourquoi son équipe y croirait-elle et s’investirait dans cette dernière ?

## 5.2. Les 7 grandes compétences du leadership :

Henri OBERDORFF (2010) dit dans son discours, Voici sept compétences clés en leadership que tous les propriétaires d’entreprise devraient développer.

### 5.2.1. Vision stratégique :

La passion est une excellente idée d’entreprise ne suffisant pas pour réussir en affaires, dit M. Israel. Votre entreprise a besoin d’une stratégie. Planifiez où vous voulez l’amener d’ici cinq ans et comment vous y parviendrez.

### 5.2.2. Communication :

Communiquez les réussites et les échecs à vos employés. Des informations claires leur donnent un contexte et un sentiment d’appartenance à l’entreprise. M.Israel, qui a plus de 30 ans d’expérience aux affaires, croit que les plans, les stratégies et les résultats ne devraient jamais rester sur papier seulement. «Si vous faites de l’argent, vos employés devraient le savoir et être récompensés, dit-il. Cela les motivera et votre entreprise continuera de croître. Le succès de l’entreprise n’appartient pas qu’à vous, mais à toute votre équipe.» Si l’entreprise éprouve des difficultés, vos employés seront alors une précieuse source d’idées sur la façon de corriger le tir.

## 2.3. Repérer et garder les meilleurs talents :

La réussite de votre entreprise est à l’image des gens qui y travaillent. Les grands leaders qui ont créé des entreprises prospères ont en commun de s’être entourés d’employés talentueux, courageux et loyaux. Après les avoir recrutés, investissez dans leur développement en leur fournissant de la formation et un encadrement.

### 5.2.4. Délégation :

Les entrepreneurs ont, par nature, un bon ego, dit M. Israël. «Quand il est question de leur entreprise, ils sont presque unanimement convaincus que personne ne peut faire mieux qu’eux.» Or, ceux qui réussissent sont ceux qui reconnaissent qu’ils sont incapables de remplir à la fois les fonctions de président-directeur général, de chef de la direction financière, de directeur du marketing et de directeur des ventes. Ils partagent, délèguent et renforcent l’autonomie de leurs équipes.

### 5.2.5. Diriger par l’exemple :

Faites preuve d’honnêteté et d’éthique en tout. Ayez des valeurs solides. Donnez le ton.

### 5.2.6. Demander conseil :

Même si vous connaissez bien votre industrie, le changement transforme les affaires tellement vite que les entrepreneurs développent des lacunes ou deviennent hésitants quant à la façon de procéder. M. Israël, qui a créé et développé sept entreprises au fil des ans, affirme que ces expérience lui ont enseigné qu’il est payant de chercher des conseils professionnels impartiaux. «Dans un budget, je prévoyais toujours une somme de 10 000 $ pour les services d’un conseiller d’affaires. Vous pouvez prétendre tout savoir sur les affaires, mais souvenez-vous qu’on n’arrête pas l’innovation et qu’il est facile de se laisser distancer.»

### 5.2.7. Développer des leaders :

Le leadership devrait commencer au sommet de l’entreprise, mais les leaders ne viennent pas nécessairement des postes de pouvoir. Ils peuvent se trouver à tous les échelons d’une organisation. Identifiez-les et aidez-les à développer leurs compétences en leadership. Le transfert de connaissances grâce au mentorat vous permet de bien préparer les prochains dirigeants au sein de votre entreprise.

## 5.6.8. Les avantages et les dangers du leadership :

## 1. Les avantages d’un bon leadership :

Dans ses études sur le leadership et travail en équipe, ROEBUCK Chris, stipule que :

* L’équipe représente d’avantage qu’un simple groupe d’individus, ses membres ont un objectif commun.
* L’équipe connaît ses propres objectifs et sait les situer par rapport aux objectifs globaux de l’entreprise.
* Les membres de l’équipe se soutiennent mutuellement.
* L’équipe est prête à fournir des efforts supplémentaires si nécessaire.
* L’équipe ne se contente pas du minimum, elle recherche la perfection.
* Chaque membre de l’équipe connaît son rôle et sait ce qu’il a à faire.
* L’équipe est motivée et effectue sa tâche le plus efficacement possible.
* Chaque tâche est attribuée à la personne la plus à même de l’accomplir.

### 6.2. Les dangers d’un mauvais leadership :

Selon DRUCKER P.

* Le groupe ne sait pas précisément ce qu’il doit faire, les ressources et le temps sont mal gérés et le travail risque d’être mal fait.
* Le groupe n’est pas motivé. Il met plus de temps à effectuer une tâche qu’il ne le devrait ou, pire encore, ne l’accomplit pas du tout.
* Les individus ne travaillent pas en équipe et ne sont pas aussi efficaces qu’ils pourraient l’être.
* Le groupe se contente de faire le minimum et ne sera probablement pas capable d’assumer une charge de travail imprévue.
* Les membres du groupe ne resteront pas longtemps dans l’entreprise, car ils n’aimeront pas travailler dans cet environnement.
* Les individus ne développeront pas leurs compétences et, par conséquent, le groupe sera incapable de s’adapter à de nouvelles situations.

### VI. Conseils pratiques pour un leadership éclairé.

Pour Pérenniser une organisation, Nsaman-o-Lutu oscar présente seize principes essentiels d’un leader, selon cet auteur un leader doit :

* Savoir partir de rien pour bâtir un monument ;
* Savoir braver la peur ;
* Savoir oser ;
* Savoir mieux faire ;
* Savoir prendre ses risques calculés ;
* Savoir éviter si nécessaire d’affronter quelqu’un de plus fort que soi si tu n’as pas eu un temps et des techniques nécessaires pour l’affrontement ;
* Savoir lutter contre la pauvreté ;
* Savoir coopérer avec les entrepreneurs ;
* Savoir avancer en désordre au lieu de rêver sur place ;
* Savoir combiner la planification et l’improvisation ;
* Savoir choisir un modèle ;
* Savoir créer un déviationnisme positif ;
* Savoir détecter des têtes pensantes ;
* Savoir intervenir quand c’est nécessaire ;
* Savoir cultiver l’intelligence artificielle et l’esprit managérial instantané ;
* Savoir conclure : car, le manque de temps est une perte de temps.

**VI.** PROFIL D’UTILISATION D’UN PROFESSIONNEL EN SANTE COMMUNAUTAIRE

Corps National Des Professionnels En Santé Communautaire

Edition Mars 2023.

Par l’équipe cadre du corps national des professionnels en santé communautaire de la R D Congo, Piloté par Madame LYDIE KOKO, Présidente en exercice.

### 1. INTRODUCTION

La santé est un droit fondamental reconnue en tant que tel par la déclaration universelle des droits de l'homme ; la charte africaine des droits de l'homme et des citoyens ; l'article 47 de la Constitution de la République Démocratique du Congo (RDC) de 2006. L'accès aux soins de santé est une question sociale, économique et politique et par-dessus tout un droit humain fondamental. Les soins de santé ne se limitent pas à la fourniture de soins de santé curatifs mais comprennent également la promotion de la santé, la prévention des maladies et la réhabilitation ou la réinsertion sociale.

La Santé Communautaire est un domaine qui implique une réelle participation de la communauté à l’amélioration de sa santé. Elle vise la promotion de la santé en favorisant la responsabilisation de la population sur les décisions à toutes les étapes des projets de santé à travers : réflexion sur les besoins, les priorités, la mise en place, la gestion et évaluation des activités concourant à la bonne santé de la communauté. La population n’est plus simple bénéficiaire des soins et services de santé mais acteur et partenaire potentiel des actions du gouvernement (l’auto prise en charge).

Par sa nature et ses méthodes, l’approche communautaire en santé tend à lever les cloisons qui empêchent une analyse globale des problèmes de santé. Elle s’applique à tous les problèmes de santé et à leurs solutions, y compris aux nombreuses solutions qui débordent le système de santé.

La Charte d'Ottawa, signée en 1986 à l'occasion de la Première Conférence internationale pour la promotion de la santé, définit cinq priorités essentielles en vue d'une action sanitaire fondée sur la prévention qui sont (1) Etablir une politique publique saine ; (2) Créer des milieux favorables ; (3) Renforcer l’action communautaire ; (4) Développer les aptitudes personnelles ; (5) Réorienter les services de santé.

La RDC est un État unitaire fortement décentralisé qui comprend 26 provinces, selon la dernière réforme territoriale de 2006 (article 226 de la Constitution de la 3ème République). Avec une superficie de 2 345 410 km², la RDC est l’un des plus vastes pays d’Afrique.

En RDC, le besoin en Santé Communautaire se pose avec acuité car la chute des taux de fréquentation des structures de santé ; les inégalités et l'inefficacité des soins ; le recours à l'automédication et au guérisseur traditionnel ; le système de soins de santé n'a pas les ressources requises ; la résurgence des maladies infectieuses, les maladies à fièvres hémorragiques virales ; la hausse des problèmes liés à la grossesse et à l’accouchement ; la consommation de plus en plus précoce par des jeunes des substances psychotropes ; les épidémies, urgences et catastrophes ; les menaces de la santé par des pathologies émergentes ; l’insuffisance alimentaire ; les violences faites aux femmes et la faible protection sociale des groupes vulnérables.… De nombreux programmes (de santé) se sont avérés des échecs car les services qu’ils fournissaient, et que leurs promoteurs estimaient pertinents et adéquats, n’étaient pas ou peu utilisés par la population

La mission du Ministère de la Santé Publique est de contribuer à l'amélioration de l'état de santé de l'ensemble de la population congolaise en organisant des services sanitaires de qualité et équitables pour la restauration de la santé des personnes et la promotion du meilleur statut sanitaire possible dans toutes les communautés (Ord n°014/078 du 7 Décembre 2014).

Ce document édicte les grandes lignes de la profession Saco, Sapu, Epi et Ecosa pouvant ainsi faciliter les professionnels dans les domaines précités de bien se défendre sans confusion et bien cerner les défis et enjeux auxquels ils seront confrontés sur terrain pour mieux articuler leur utilisation en rapport avec leur formation.

Il est destiné aux femmes et hommes déterminés à réussir à réaliser des grands projets au bénéfice de la communauté dont ils assument la responsabilité en vue de prévaloir le Professionnel en santé communautaire dans le plan de développement des ressources humaines du système de santé en RDC.

Ce document peut être utile à toutes les personnes qui participent à la mise en œuvre des projets de santé et développement ainsi que aux autorités politico administratives occupant des postes de décision.

### FORMATION D’UN PROFESSIONNEL EN SANTE COMMUNAUTAIRE

La filière santé communautaire a été créée par l’arrêté ministériel N°126/MINESU/ CAB MIN/MML/M/PARSEC/2009 relatif aux programmes et la durée d’études préparant au grade de licencie en santé communautaire, option : santé publique et financement des systèmes de santé et Epidémiologie et ce, dans le but de capitaliser les acquis de l’approche santé communautaire dans le système de santé en RDC. Dépendamment de l’organisation des enseignements dans les institutions à travers le pays, les professionnels en santé communautaire sont formés en santé publique, épidémiologie, économie de la santé.

Les objectifs de formation du programme d’études sont clairement définis. Il s’agit de mettre sur le marché du travail des professionnels capables, par une démarche participative, d’identifier un problème de santé prioritaire dans une communauté, d’y apporter des solutions idoines et d’évaluer les interventions réalisées.

## PROGRAMME DE COURS (cfr ancien programme de formation en santé communautaire à l’ISTM-KINSHASA)

### PRE-LICENCE

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N° | Intitulé du cours | Théorie (h) | Pratique (h) | Total (h) | Pond. |
| 1 | l’anatomie et la physiologie | 60 | 30 | 90 | 6 |
| 2 | la physiopathologie | 45 | 15 | 60 | 4 |
| 3 | la biologie et la parasitologie | 60 | 30 | 90 | 6 |
| 4 | la terminologie médicale et anglais technique | 30 | 15 | 45 | 3 |
| 5 | la sociologie et l’anthropologie | 60 | - | 60 | 4 |
| 6 | l’introduction à la statistique démographique | 45 | 30 | 75 | 5 |
| 7 | la nutrition et l’hygiène alimentaire | 30 | 15 | 45 | 3 |
| 8 | la structure et le fonctionnement des services de santé | 30 | 15 | 45 | 3 |
| 9 | la santé publique | 60 | 30 | 90 | 6 |
| 10 | le droit de la santé et la législation | 30 | 15 | 45 | 3 |
| 11 | l’introduction à l’administration et à la gestion | 15 | 60 | 75 | 5 |
| 12 | Les visites et les séminaires de santé publique + la pratique | 30 | 90 | 120 | 8 |
|  | Total | 495 | 345 | 840 | - |

### PREMIERE LICENCE

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N° | Intitulé du cours | Théorie (h) | Pratique (h) | Total (h) | Pond. |
| 1 | la biostatistique I et l’informatique médicale | 60 | 30 | 90 | 6 |
| 2 | la microbiologie et l’immunologie | 60 | 30 | 90 | 6 |
| 3 | l’éthique et la déontologie | 15 | - | 15 | 1 |
| 4 | les soins de santé primaires | 15 | 15 | 30 | 2 |
| 5 | L’éducation pour la santé et SNIS | 30 | - | 30 | 2 |
| 6 | la méthodologie de recherche scientifique | 30 | 30 | 60 | 4 |
| 7 | la santé communautaire et l’épidémiologie | 60 | 30 | 90 | 6 |
| 8 | la planification sanitaire | 30 | 15 | 45 | 3 |
| 9 | la gestion des ressources financières et l’économie de la santé | 60 | 30 | 90 | 6 |
| 10 | l’hygiène et la gestion de l’environnement | 30 | 15 | 45 | 3 |
| 11 | l’administration et la gestion des services de santé | 30 | 15 | 45 | 3 |
| 12 | la pratique professionnelle | 45 | 180 | 225 | 15 |
|  | Total | 465 | 390 | 855 | - |

### DEUXIEME LICENCE/SANTE PUBLIQUE

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N° | Intitulé du cours | Théorie (h) | Pratique (h) | Total (h) | Pond. |
| 1 | la cadre logique, la gestion du cycle de projet | 45 | 105 | 150 | 10 |
| 2 | la communication en santé | 15 | 15 | 30 | 2 |
| 3 | la recherche opérationnelle | 30 | 15 | 45 | 3 |
| 4 | la gestion des ressources humaines | 30 | 15 | 45 | 3 |
| 5 | le suivi et l’évaluation de santé | 45 | 15 | 60 | 4 |
| 6 | le laboratoire de santé publique | 30 | 30 | 60 | 4 |
| 7 | la santé de la famille et des groupes spécifiques | 45 | 30 | 75 | 5 |
| 8 | la bio-statistique II | 30 | 15 | 45 | 3 |
| 9 | La protection sociale et le financement de soins de santé | 15 | 15 | 30 | 2 |
| 10 | un stage en santé communautaire | 15 | 135 | 150 | 10 |
| 11 | la rédaction et défense de mémoire | - | - | - | - |
|  | Total | 300 | 390 | 690 | - |

### DEUXIEME LICENCE/EPIDEMIOLOGIE

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N° | Intitulé du cours | Théorie (h) | Pratique (h) | Total (h) | Pond. |
| 1 | l’élaboration et la gestion des projets | 15 | 90 | 105 | 7 |
| 2 | l’épidémiologie spéciale | 15 | 45 | 60 | 4 |
| 3 | la recherche opérationnelle | 30 | 15 | 45 | 3 |
| 4 | la santé internationale | 15 | 15 | 30 | 2 |
| 5 | la gestion des ressources humaines | 15 | 15 | 30 | 2 |
| 6 | l’évaluation appliquée en santé communautaire | 15 | 45 | 60 | 4 |
| 7 | le laboratoire d’épidémiologie et de médecine sociale | 15 | 15 | 30 | 2 |
| 8 | la bio-statistique II | 30 | 15 | 45 | 3 |
| 9 | la santé des groupes spécifiques | 15 | 15 | 30 | 2 |
| 10 | la santé mère, enfant et de la reproduction | 15 | - | 15 | 1 |
| 11 | un stage en épidémiologie | 15 | 160 | 180 | 12 |
| 12 | la rédaction et défense de mémoire | - | - | - | - |
|  | Total | 225 | 405 | 630 | - |

**3.** METIERS CIBLES

1. Manager de santé communautaire
2. Data manager de santé (gestionnaire de données)
3. Animateur Communautaire
4. Superviseur des Zones de santé
5. Monitoring et évaluation
6. Epidémiologiste clinicien
7. Epidémiologiste de terrain
8. Statisticien /Biostatisticien ou Assistant Statisticien/Biostatisticien
9. Développeur(se) Statistique /Biostatistique
10. Chargé(e) d’Etudes Décisionnelles ou Développeur Décisionnel
11. Technicien d’informatique médicale (TIM)
12. Technicien d’études et de recherches cliniques, Attaché de recherche clinique(ARC)
13. Expert d’un certain nombre de logiciels d’analyse statistiques (R, python, stata, spss, epiinfo,)
14. Programmeur.

**4.** PRESENTATION DE LA CORPORATION

### IV.1. Brève historique

Le Corps National des Professionnels en Santé Communautaire de la République Démocratique du Congo, (CNPSC/RDC en sigle), est une corporation professionnelle réunissant les personnes ayant suivies une formation et obtenues un diplôme de niveau supérieur et universitaire en Santé communautaire, santé publique et épidémiologie. Cette corporation a pour mission : (1) de veiller à l’éthique et à la déontologie d’un professionnel en santé communautaire ; (2) de promouvoir la santé communautaire ; (3) de défendre les droits et intérêts des professionnels en santé communautaire et (4) d’accompagner les actions du gouvernement pour la restauration de la santé de la population avec la pleine participation de celle-ci.

Le CNPSC est une Association Sans But Lucratif (ASBL) conforment à la loi n°004/2001 du 20 Juillet 2001 relative aux associations. En Décembre 2009, les diplômés licenciés en santé communautaire issus de deux orientations : santé publique et financement des systèmes de santé et Epidémiologie décidèrent de créer une organisation nationale non politique dénommée : Association des Professionnels en Sante communautaire de la République Démocratique du Congo, APROSACO/RDC en sigle.

En 2014, la dénomination changea en Corps National des Professionnels en Sante Communautaire de la République Démocratique du Congo, CNPSC/RDC en sigle. Il fut géré par Docksin BYEKA MUKUNGUBILWA (de 2009 à 2013) ; par Godefroid MANENO SHOMBO (de 2014 à 2021) et Lydie KOKO KASAGO (de Janvier 2022 à nos jours).

### IV.2. Rayon d’action

CNPSC a son siège national sise 45 de l’avenue Lisala, au Quartier Katanga, dans la Commune de Kasa-Vubu dans la ville de Kinshasa en République Démocratique du Congo. Il est représenté au Kongo central, Kwilu, Nord-Kivu, Sud-Kivu, Sud-Ubangi, Equateur, Ituri, Kasaï oriental, Sankuru.

### IV.3. Objectifs spécifiques

### Objectifs administratifs

 Inscrire les nouveaux diplômés dans la famille professionnelle et Déterminer leurs caractéristiques sociodémographiques ;

 Mener des plaidoyers auprès des autorités compétentes pour la reconnaissance, l’organisation et fonctionnement de la profession sante communautaire en RDC ;

### Objectifs sociaux

 Mobiliser les acteurs du système de santé et intersectoriel au profil de la communauté ;

 Faire participer la communauté dans l'élaboration et exécution des projets de santé et développement ;

 Renforcer les capacités de membres de la communauté dans la collecte, l'analyse et l'utilisation des données sanitaires ;

 Soutenir les efforts du gouvernement dans le domaine de la santé, à travers la réalisation des projets à impact visible dans la communauté ;

 Vulgariser le concept santé communautaire pour le changement comportemental des communautés ;

 Mettre en place des stratégies adéquates susceptibles de résoudre les problèmes de santé dans la communauté.

### IV.4. Domaines d’intervention

Le CNPSC intervient dans plusieurs secteurs de la santé, environnement, social, éducation et développement.

### IV. 5. Moyens stratégiques

* Sensibilisation du public à travers les médias, au moyen des ateliers, conférences, campagnes de masse ;
* Plaidoyers ;
* Partenariat ;
* Elaboration et exécution des projets ;
* Formation de renforcement des capacités.

### IV.6. Membres et partenaires

### IV.6.1. Membres

Le CNPSC est composé de trois catégories des membres à savoir :

Les membres effectifs : toute personne physique ayant au moins une licence en santé communautaire, ayant rempli, signé et déposé sa fiche d’adhésion au secrétariat, possédant sa carte nationale de membre, ayant lis le texte d’engagement et paye ses cotisations mensuelles ainsi que circonstancielles afin de faire vivre le CNPSC et participe activement à la réalisation de ses objectifs.

Est membre effectif, toute personne ayant sa carte de membre, paie régulièrement ses cotisations de CNPSC.

Est membre sympathisant toute personne physique n’étant pas Prosaco, qui par ses actes contribue d’une manière ou d’une autre à la réalisation des objectifs du CNPSC.

Est membre d’honneur toute personne physique ou morale détenant une carte spéciale des membres d’honneur et dont le soutien tant matériel, financier, moral, technique qu’intellectuel est susceptible de contribuer au développement du CNPSC.

Les membres effectifs du CNPSC ont individuellement droit à :

* L’information sur le déroulement des activités du CNPSC ;
* Tous les avantages sociaux et économiques que CNPSC pourra offrir à ses membres ;
* Etre représenté et défendu par le syndicat dans leurs intérêts socioprofessionnels ;
* Bénéficier des stages de formation, recyclages et séminaire, bourses d’étude au compte du CNPSC ;
* Adhérer aux présents statuts et solliciter l’expertise de CNPSC ;
* D’être élu et d’élire.

Tout membre du CNPSC a le devoir de :

* Respecter et faire respecter les statuts et le règlement intérieur ainsi que les décisions prises par les organes délibérants et personnes compétentes de CNPSC ;
* Soutenir partout et en toutes circonstances le CNPSC et ses programmes d’action ;
* Participer aux réunions, aux assemblées générales et d’œuvrer pour l’expansion du syndicat ;
* Cotiser régulièrement ;
* Etre combattant dans la lutte pour la promotion de la profession, faire preuve de solidarité et confraternité avec les autres membres du syndicat ;
* Faire honneur par un bon comportement envers les membres et les organes.

### IV.6.2. Partenaires

Le Ministère de la sante publique, hygiène et prévention

Le conseil nation des ONG de santé en RDC (CNOS).

### IV.7. Organisation administrative

Le CNPSC est composé de trois (3) organes :

1. L’assemblée générale

2. Le conseil d’administration

3. Le bureau de coordination

Il existe des bureaux de représentation provinciaux territoriaux et des points focaux qui sont des représentations dans les institutions.

### IV.8. Modalités d’admissibilité au CNPSC/RDC

Est accepté à la corporation le candidat :

* Ayant présenté des documents valables justifiant son cursus académique prouvant ainsi son grade de gradué et/ou licencié et/ou Master/Doctorant en Santé communautaire, santé publique, épidémiologie et Economie de la santé ;
* Ayant payé et rempli une fiche d’adhésion, payé sa carte de membre, déposer deux photos passeport, un curriculum vitae actualisé et une copie de la pièce d’identité.
* Ayant accepté et lis l’acte d’engagement (serment) d’un professionnel en Santé Communautaire.

### IV.9. Attentes du CNPSC/RDC

### IV.9.1. Vis-à-vis de l’Etat congolais

* De détacher les Prosaco de service médical en les affectant dans les services de santé en rapport avec le profil pour lequel ils ont été formés en vue de maximiser le rendement des services de soins de santé en RDC ;
* De signer l’arrêté ministériel reconnaissant la profession sante communautaire, comme un métier de sante autonome avec ses attributions bien définies pour chaque niveau de la pyramide sanitaire de la RDC ;
* D’adapter le plan national de développement des ressources humaines pour la santé, aux besoins des communautés et problèmes de santé en exploitant de façon efficace et efficiente les ressources humaines (cas des prosaco) ;
* De créer un programme national multisectoriel de santé communautaire ;
* De mettre en place un comité d’éthique opérationnel dans les établissements de l’ESU ;
* De standardiser le programme de formation dans différentes institutions de l’ESU à travers la RDC.

### IV.9.2. Vis-à-vis de ses membres (devoirs)

* De se familiariser avec les règles de déontologie et éthique de la santé publique ;
* De se familiariser avec les statuts, ROI et l’ensemble des textes d’application portant création de leur corporation ;
* De faire tout pour prévaloir scientifiquement, techniquement, socialement sa profession ;
* De soutenir financièrement sa corporation : payez la contribution mensuelle de 5$ et spéciale suivant le besoin ;
* D’être ambassadeur de la profession santé communautaire ;
* De protéger le public et la sauvegarder contre les praticiens non qualifiés et /ou ayant des actes contraires à l’éthique. Il doit fidélité et observance du serment des MCH

### CONTEXTE ET JUSTIFICATION DU CNPSC

La formation santé communautaire est en parfaite cohérence avec la dynamique internationale d’impulsion de l’approche communautaire de santé soutenue par la dimension beaucoup plus participative qui est habituellement retenue, aux USA, au Canada, en France comme en Belgique et la plus part des pays d’Afrique à l’instar de ceux de la Communauté Economique des Etats de l’Afrique de l’Ouest (CEDEAO).

Le programme d’études est régulièrement proposé aux étudiants depuis l’année académique 2006-2007. Les institutions d’enseignement supérieur et universitaire sont ouvertes pratiquement dans tout le pays et organisent la formation en Santé communautaire, santé publique et épidémiologie. Chaque année, des cohortes importantes de jeunes diplômés sortent (100 à 500 selon les institutions) si bien que le nombre des diplômés dans ces filières augmente. La faculté de santé publique ; santé et développement communautaire existant depuis des années 1998 surtout dans la partie Est du Pays.

Malgré la reconnaissance de la formation et du grade académique de cette élite, Il est constaté que

* Les utilisateurs continuent à utiliser les ressources humaines non qualifiées dans les volets préventif, promotionnel ;
* Lors des affectations de ce personnel dans le secteur santé, il est reconnu par sa formation de base qui peut s’agir soit infirmier, soit administrateur gestionnaire, soit laborantin, soit kinésithérapeute, … conduisant à une frustration forte ;
* La divergence de perceptions de l’interdépendance qui unit les professionnels de santé ;
* La rivalité dans les compétences et l’accomplissement des tâches ;
* Certains sont élaguer des roulements de services car soit disant ils ont changé de métier, on ne sait pas où les mettre ;
* Les conflits de responsabilités dans les milieux de travail : certains ne peuvent plus diriger des services et/ou occuper des postes de responsabilité.

La construction d’une formation spécifique, sans descriptif des activités et des compétences nécessaires à l’exercice du métier, risque d’être une sorte de fourre-tout plus ou moins digeste qui conduira le postulant à avoir une tête « bien pleine » mais pas forcément « bien faite ».

Selon l’inspiration Belge, il faut avoir un diplôme supérieur en Sciences de la Santé, sociale ou développement pour être recruté en santé communautaire ; le second cycle suffit pour doter le récipiendaire d’outils et méthodes appropriés dans la résolution des problèmes sanitaires de la communauté. C’est le même programme de la formation en santé communautaire de l’Enseignement Supérieur et Universitaire en RDC dans l’approche par objectif.

Avec la reforme instaurée dans l’enseignement supérieur et universitaire dans notre pays, le système Licence-Master-Doctorat (LMD) est au cœur du programme, elle offre de formation innovante, contribuant sans cesse à la diversification de l’offre de formation, et ce conformément tant aux besoins nationaux qu’aux exigences de notre époque actuelle (caractérisée par la permanence des mutations et des innovations). C’est le cas au Sénégal, Cameroun, Benin, la liste n’étant pas exhaustive.

La formation en santé communautaire comprend plusieurs thèmes couvrant tous les domaines de compétence reconnus sur le plan international et nécessaires pour former des professionnels de la santé communautaire. Le contenu de la formation en santé communautaire, destiné aux étudiants de toutes les séries, vient répondre à un besoin du système de santé, celui de la prévention et de la gestion inclusive de la santé des communautés.

Dans le souci majeur de rendre efficace ses actions et de réaliser ses missions, le Corps National des Professionnels en Santé Communautaire sollicite l’attention et surtout l’implication des autorités politico administratives pour

1. La catégorisation du professionnel en santé communautaire comme un corps de métier professionnel à part entière dans le système de santé publique, hygiène et prévention et son utilisation pour ses compétences techniques et administratives qui constitue une réelle plus-value. En lui donnant un nom et le structurant avec une bonne définition des compétences et responsabilités entre les différents services. Ainsi, il n’y aura plus de confusion quant à leur utilisation dans le secteur de santé.
2. La stabilisation de la maquette du programme en concertation avec les acteurs et utilisateurs de la santé communautaire pour que les contenus de cours soient aussi ajustés et adaptés aux compétences demandées au produit formé et exprimées par les utilisateurs que les produits formés répondent aux besoins des milieux socioprofessionnels.

Les Prosaco eux-mêmes se sont approprié cette réflexion en amont pour être en mesure de présenter la vision de leur métier et d’être ainsi les acteurs à part entière d’un processus d’élaboration qui les concerne directement. Dans cette perspective, à titre indicatif, nous proposons une synthèse des nombreuses réflexions tenues ces dernières années avec, les personnes-ressources institutionnelles, universitaires et de terrain reconnues pour leur « expertise ».

### SITUATION DEMOGRAPHIQUE DES PROFESSIONNELS EN SANTE COMMUNAUTAIRE EN RDC EN 2023

Ci-dessous les derniers chiffres proportionnellement repartis.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| N° | Province | Effectif femmes | Effectif hommes | Effectif total |
| 1 | Kinshasa | 2.401 | 2.325 | 4.726 |
| 2 | Kongo central | 321 | 1.110 | 1.431 |
| 3 | Kwilu | 307 | 642 | 949 |
| 4 | Nord-Kivu | 309 | 921 | 1.230 |
| 5 | Sud-Kivu | 915 | 1.652 | 2.567 |
| 6 | Ituri | 1O5 | 495 | 600 |
| 7 | Kasaï oriental | 324 | 980 | 1.304 |
| 8 | Maniema | 251 | 571 | 822 |
| 9 | Mbandaka | 138 | 373 | 511 |
| 10 | Sankuru | 155 | 668 | 823 |
| 11 | Sud-Ubangi | 119 | 298 | 417 |
| Total | | 5345 | 10035 | 15380 |

Sources : conçu par le bureau du CNPSC en référence des données disponibles sur les finalistes dans les domaines concernés

### PROFIL D’UTILISATION D’UN PROFESSIONNEL EN SANTE COMMUNAUTAIRE

**1. Conditions d’exercice**

Diplôme en santé communautaire, santé publique et épidémiologie

Inscription obligatoire au tableau de la corporation professionnelle de la spécialité

**2. Environnement de travail**

Un **Professionnel en Santé Communautaire** travaille à tous les niveaux de la pyramide dans le secteur de santé publique, hygiène et prévention ; dans le secteur de développement durable.

Les débouchés potentiels sont les établissements publics de santé (Administration centrale, services décentralisés) ; les organisations nationales et internationales ; les écoles et instituts de l’enseignement ; cabinet d’audit-conseil ; laboratoire de recherche, maisons communales ; etc

Le « **Professionnel en Santé Communautaire** » assume les responsabilités managériales ci-après :

* L’administration :
* Le pilotage ;
* L’organisation ;
* La coordination ;
* La planification ;
* La supervision ;
* L’inspection ;
* L’animation ;
* Le suivi ;
* L’évaluation et ;
* La Recherche opérationnelle en santé

**3. Compétences de base**

Le professionnel en santé communautaire a des compétences en Analyse statistique, épidémiologie, élaboration et gestion de projet, méthodes d’enquête (collecte des données), logiciels de statistiques, communication en santé, éducation pour la santé, économie de la santé, financement de santé, protection sociale, hygiène et environnement, recherche opérationnelle, suivi et évaluation, planification.

**4. Tâches spécifiques et responsabilités d’un professionnel en santé communautaire**

**AU NIVEAU DE LA ZONE DE SANTE**

**1.** Coordination de gestion des risques liés à la santé

* Evaluer un risque sanitaire et mettre en place des mesures d’urgence ;
* Développer une communication professionnelle pour l’appropriation (participation communautaire) et le changement de comportement ;
* Assurer, la surveillance et la protection de la santé des populations sur les aspects diversifiés ;
* Planifier, en collaboration avec les partenaires et les réseaux concernés, des services et des activités de prévention et de promotion de la santé adaptés aux besoins des collectivités ;
* Analyser et proposer les différents systèmes de santé, en fonction du contexte.

### Coordination des projets de développement

* Définir le budget et vérifier l’équilibre du budget ;
* Mise en place des outils de control et du reporting ;
* Organiser la riposte ;
* Organiser les interventions et /ou projet spécifiques avec la participation de la communauté ;
* Suivre les investissements et les négociations ;
* Evaluer des programmes et les projets dans le domaine des Sciences de la santé publique en prenant en compte la diversité des contextes et la complexité des systèmes.

**Dans les Etablissements des soins de santé**

1. Coordination et gestion des informations sanitaires

* Collecter, traiter, analyser et diffuser des données ;
* Faire la surveillance épidémiologique ;
* Gérer les mouvements statistiques et contrôler des maladies ;
* Assurer le monitorage et la validation des données à la base (au niveau des aires de santé ;
* Assurer la rédaction des rapports (ou de tout autre document) et la publication des résultats des études ;
* Apporter les conseils aux chefs des services et jusqu’à la direction générale.

### Coordination des services préventifs et promotionnels

* Organiser les formations ;
* Surveillance épidémiologique à base communautaire (**SBC**) ;
* Communiquer pour le changement de comportement et adoption des nouvelles attitudes pour la santé ;
* Réaliser les visites à domicile pour les personnes vulnérables (malades chroniques, femmes enceintes, les clientes de la planification familiale…) ;
* Organiser le service de l’hygiène hospitalière et des établissements ;
* Mener des recherches.

### Coordination des projets de développement

* Gérer les services administratifs et financiers ;
* Vérifier l’équilibre du budget ;
* Mise en place des outils de control et du reporting ;
* Apporter les conseils aux chefs des services et jusqu’à la direction générale ;
* Piloter et coordonner, dans le cadre de l’investigation, les différentes étapes de mise en œuvre et de suivi d’études épidémiologiques, cliniques, en collaboration avec les différentes équipes impliquées dans le domaine.

**Dans le Bureau Central de la Zone de Santé BCZS**

1. **Coordination des activités techniques et communautaires**

* Jouer le rôle de data Manager des différentes activités
* Concevoir des études en santé communautaire dans le but d'apporter les améliorations ou des innovations nécessaires ;
* Contribuer dans la planification, supervision/Suivi et évaluation des activités, monitoring
* Tenir les séances de monitorage
* Participer à la coordination/pilotage des activités à travers l’équipe cadre de la zone de santé
* Elaborer les plans de communication ;
* Accompagner des IT et RECO dans leurs activités ;
* Former les prestataires
* Elaborer les rapports.
* Réaliser les recherches opérationnelles
* Promouvoir les recommandations de santé publique

1. **Analyste des données**

* Concevoir et/ou gérer les bases des données ;
* Organiser la collecte et la modélisation des données chiffrées ;
* Assurer la saisie quotidienne des données
* Veiller à la promptitude, la complétude et l’exactitude de rapports
* Analyser systématiquement les données
* Préparer les feed back
* Veiller au bon archivage des données

1. **Animateur Communautaire**

* Concevoir et mettre en place les actions de prévention, d’information
* Coordonner les activités communautaires
* Coordonner la Surveillance à base communautaire ;
* Participer à la mise en place des organes de participation communautaire dans les zones ;
* Elaborer le plan de communication et définir une stratégie de communication
* Analyser les bases des données en vue d'une prise de décision ;
* Organiser les formations
* Assurer le Reporting

1. **Superviseur**

* Analyser les indicateurs de santé
* Evaluer l’activité médicale
* Procéder aux visites de contrôle dans les établissements
* Réaliser les rapports d’inspection et le transmettre
* Animer une formation

1. **Coordination des projets de développement**

* Gérer les services administratifs et financiers ;
* Elaborer le budget et veiller à son respect ;
* Réaliser le suivi budgétaire ;
* Tenir les réunions
* Mise en place des outils de control et du reporting ;
* Apporter les conseils aux chefs des services et jusqu’à la direction générale ;
* Assurer la coordination et la planification des activités
* Assurer le suivi et évaluation des activités
* Assurer le rôle de la représentation vis-à-vis des partenaires

**Dans la recherche dans le domaine de la santé**

* Etre membre du comité d’éthique
* Créer les différentes bases de données ;
* Analyser les données issues du terrain sur les logiciels appropriés (SPSS, Epi Info, Epida,) ;
* Superviser les enquêtes sur terrain
* Redaction de publication scientifique
* Participer à des commissions techniques ou comités consultatifs

### AU NIVEAU DE DIVISION PROVINCIALE DE LA SANTE (DPS) ET INSPECTION PROVINCIALE DE LA SANTE (IPS)

Tous les postes sont à compétitivement favorables au Professionnel en Santé Communautaire selon les titres et expérience selon les exigences du ministère relatif au processus de recrutement ou à l’Offre à l’exception de bureau en charge de l’administration et ressources et celui en charge de l’Enseignement de Sciences de Santé.

Exceptionnellement les bureaux de l’Infosan, de surveillance, de contrôle des maladies et Hygiène et salubrité semblent être indiqués et répondent le mieux au Professionnel en santé de communautaire.

**Analyste Chargé de communication pour la Santé ;**

* Collecter et exploiter les rapports d’activités des zones de santé ;
* Collecter les données relatives à l’identification et la définition des canaux de communication ;
* Collecter et exploiter les données relatives aux différentes stratégies de communication ;
* Participer à la mise en place des organes de participation communautaire dans les zones ;
* Participer à l’élaboration du plan intégré de communication de la DPS ;
* Collecter toutes les informations en matière d’information sanitaire nécessaire au fonctionnement du bureau ;
* Participer à l’organisation des enquêtes sur terrain ;
* Collecter les données relatives aux difficultés rencontrées dans l’exécution des taches en matière d’informations et communication sanitaires ;
* Soutenir des réalisations des activités en formulant des propositions adéquates ;
* Préparer les rapports d’activités afin de tenir informé la hiérarchie.

**Analyste Chargé de surveillance épidémiologique.**

* Collecter, compiler/centraliser et analyser les informations relatives à la surveillance épidémiologique ;
* Réaliser les investigations
* Veillez à la promptitude et complétude des rapports MAPEPI
* Préparer la riposte en cas d’épidémie et autres endémies prioritaires ;
* Réaliser la surveillance active des cas
* Gérer les mouvements statistiques et contrôler des maladies ;
* Proposer des solutions appropriées ;
* Préparer les rapports d’activités afin de tenir informer la hiérarchie ;
* Assurer l’archivage des rapports

**Coordination des projets de développement**

* Gérer les services administratifs et financiers ;
* Mise en place des outils de control et du reporting ;
* Apporter les conseils aux chefs des services et jusqu’à la direction générale ;
* Apporter les conseils aux chefs des services et jusqu’à la direction générale ;
* Piloter et coordonner, dans le cadre de l’investigation, les différentes étapes de mise en œuvre et de suivi d’études épidémiologiques, cliniques, en collaboration avec les différentes équipes impliquées dans le domaine.

**AU NIVEAU NATIONAL**

* Participer à l’élaboration des normes et directives ;
* Participer à l’Investigation des cas et la riposte ;
* Concevoir les plans de contingence ;
* Appuyer les activités de la surveillance épidémiologique ;
* Analyser des enjeux relatifs à la santé des populations ;
* Concevoir et planifier des stratégies pour la mise en œuvre des politiques, programmes et projets ;
* Développer et évaluer des politiques, des programmes, des projets de santé publique ;
* Réaliser des recherches opérationnelles en santé.
* Analyser, interpréter et diffuser des données ;
* Diriger des équipes et des organisations ou des programmes/projets.
* Organiser des activités de formation continue, d’information et d’éducation ;
* Fournir un appui-conseil aux parties prenantes ;
* Participer à des activités de conseil et de plaidoyer aux parties prenantes ;
* Gérer les mouvements statistiques et contrôler des maladies ;
* Conseiller en matière de financement des systèmes de santé affectation des ressources aux services de santé.

### FONDEMENT DE L’ETHIQUE EN SANTE COMMUNAUTAIRE

L’éthique en santé Publique/santé communautaire concerne toutes les décisions, les conflits de valeurs et les dilemmes auxquels la population est confrontée dans une quête de santé.

1. **Les valeurs personnelles**

• Le partage

• Le respect

• Le pardon

• L’honnêteté

• Le plaisir

1. **Principes d’éthique**

• Le principe d’autonomie

• Le principe de bienfaisance

• Le principe de justice

• Le principe du moindre mal

• Le principe de confidentialité

• Le principe de fidélité

• Principe d’honnêteté

• Principe de prévoyance

• Le principe de précaution

• Principe du respect de la personne

• Principe de protection de la vulnérabilité

• Principe de sacralité de la vie

1. **Valeurs professionnelles**

• Tolérance et respect ;

• Ecoute et communication ;

• Patience ;

• Humanisme ;

• Attachement et séparation ;

• Empathie ;

• Sympathie.

1. **Droits des personnes dans un protocole de recherche**

 Le droit à l’anonymat.

 Le droit de décider librement de participer ou non à la recherche

 Le droit d’être informées du but, des méthodes utilisées, de la durée de la recherche, des alternatives de traitement et du droit de se désengager.

### IX. QUELQUES DISPOSITIONS DU CODE DEONTOLOGIQUE

S’il est des professions où la notion d’éthique est fortement ancrée, ce sont bien celles des professions de santé. La profession santé communautaire n’en fait pas exception et nous y pensons déjà.

Travailler en première ligne, proche de la population, accepter de l’accompagner dans le but de l’amélioration de sa santé ; susciter sa participation ; son accompagnement psychosocial ; rompre les barrières socioculturelles empêchant son bien-être ; encourager la collaboration multisectorielle et le partenariat au profit de la santé de la communauté, sont difficiles dans l’exercice du professionnel en santé communautaire et inadaptés à l’organisation du système sanitaire congolais.

L’augmentation du nombre des PROSACO nécessite l’élaboration des dispositions réglementaires ordinales pour veiller de façon permanente au respect scrupuleux des règles définies en tenant compte du droit communautaire dont la mise en œuvre devient une exigence.

Les PROSACO doivent être conscients de la noblesse et de l’honorabilité de leur profession. Ils doivent être exemplaires et maintenir les normes professionnelles acceptables dans leur pratique quotidienne en conformité avec la déontologie.

* Le respect de la vie humaine constitue en toute circonstance le devoir primordial d’un Prosaco
* Il doit en toute circonstance respecter les principes de moralité, de probité et de dévouement indispensables à l’exercice de sa profession.
* L’exercice de la profession santé communautaire est incompatible avec toute activité pouvant entraîner la perte de la dignité d’un PROSACO. Il doit préserver l’honneur, la dignité et le niveau élevé de la profession
* En aucun cas, le PROSACO ne doit exercer sa profession dans les conditions qui puissent compromettre la qualité du travail et des actes ou la sécurité de la communauté.
* Le PROSACO ne doit en aucune manière aliéner son indépendance professionnelle
* Il est interdit à toute personne, à tout professionnel de santé d’accorder la facilité à l’exercice illégal de la profession santé communautaire dans le système de santé en RDC
* Dans l’intérêt de santé publique, le PROSACO doit apporter son concours à l’action des autorités administratives pour la protection de la santé, la collecte, l’enregistrement, le traitement et la transmission d’informations autorisées par les lois et règlements
* Le PROSACO doit faire tout pour prévaloir scientifiquement, techniquement, socialement sa profession et soutenir financièrement sa corporation
* La PROSACO doit protéger le public et la sauvegarder contre les praticiens non qualifiés et /ou ayant des actes contraires à l’éthique. Il doit fidélité et observance du serment des PROSACO
* Un PROSACO ne peut pas déléguer des tâches et fonctions à d’autres collaborateurs, que s’il les contrôle directement et les supervise. Il peut donner des lignes directrices en tenant compte de leur compétence

**Fautes professionnelles**

* Présentation d’un rapport tendancieux ou d’un résultat de complaisance ;
* Toute action susceptible de porter préjudice à la communauté par d’autres professionnels de santé agissant sous sa supervision ;
* Incompétence dans le diagnostic communautaire ;
* Incapacité de bien communiqué avec la communauté sur les risques liés à sa santé

**Conduites déshonorantes**

* Abus d’alcool et autre drogues dans le lieu de travail et dans tout lieu public
* Fuite établie de responsabilités vis-à-vis de sa profession ;
* Exigence et perception irrégulières des sommes à la règlementation ;
* Preuve d’une négligence grave et /ou prolongée dans l’exercice de ses fonctions.

### SERMENT D’UN PROFESSIONNEL EN SANTE COMMUNAUTAIRE Moi,…………………………………………………………………

« Je m’engage solennellement devant Dieu, Mes chers(e) consœurs et confrères et en présence de cette assemblée, à défendre l’honneur et l’indépendance de la profession « Santé Communautaire » pendant l’exercice de ma profession.

Je jure de remplir ma mission avec probité, impartialité, humanisme et rigueur pour l’intérêt de la Santé Publique dans le strict respect des lois et règlements de la République Démocratique du Congo. Je promets d’être disposé à travailler en première ligne proche de la communauté. J’accepte de l’accompagner dans le but de prévenir les maladies, de promouvoir la santé et de contrôler tout ce qui peut avoir un impact sur la santé de l’homme et son environnement.

J’agirai non seulement au stade terminal des soins, mais très en amont pour protéger la santé des populations contre les risques liés aux personnes et aux modes de vie afin de réduire la morbi-mortalité découlant des maladies évitables et limiter au maximum le recours tardif à des soins de plus en plus coûteux.

Je m’investirai dans la surveillance et la veille quotidienne de l’état de santé de la communauté et je fournirai celle-ci de base des informations actualisées, éducationnelles et communicationnelles illimitées, libres et contrôlables. Je promets de tout faire pour prévaloir scientifiquement, techniquement, socialement ma profession et soutenir financièrement ma corporation.

Je respecterai à vie les principes clés de soins de santé primaires pendant l’exercice de ma profession, notamment : - la promotion de bonnes habitudes pour la santé ;

-la protection maternelle et infantile ; - la prévention et le contrôle des grandes endémies locales ; -L’accès universel aux soins et la couverture du santé universelle en fonction des besoins ; - L’engagement à garantir l’équité en matière de santé dans le cadre d’un développement durable orienté vers la justice sociale ; - La participation communautaire active à la définition, l’exécution et l’évaluation des programmes de santé ; - L’adoption d’approches pluridisciplinaire et intersectorielle de santé.

Que mes consœurs, confères ainsi que les communautés m’accordent leur estime si je suis fidèle à mon engagement.

Pour clore, La réussite de la politique de SSP dans le système de santé en RDC dépend non seulement de la capacité des agents et cadres des niveaux central, intermédiaire et opérationnel de créer et gérer un cadre organisationnel mais aussi qu’ils doivent développer un cadre propice au respect des pratiques d’éthique et déontologie dans les services de santé.

Les filières organisées dans notre pays confèrent des compétences en matière de prévention, promotion à une catégorie professionnelle qui existe depuis plus de 10 ans mais sans être utilisé de manière formelle au sein du système de santé. **Cette catégorie est : « Professionnel en santé communautaire ».**

Le Professional en santé communautaire est un maillon fort, mais absent, qui permettrait de franchir une étape décisive vers ce qu’il conviendrait, qu'il s'agisse d'éradiquer et de combattre les maladies, d'étendre la couverture des soins de santé ou de faire le meilleur usage possible des ressources disponibles dans une approche participative et multidisciplinarité.

A cette période où l’accent est mis sur la question préoccupante des Ressources Humaines en Santé, avec les compétences engagées par les Professionnels en santé communautaire, nous pensons que cette Elite mérite mieux, et il n’y a plus des raisons objectives pour lesquelles elle serait privée des affectations et promotions aux postes compatibles à leurs profils. Ce qui concourt d’ailleurs à la maximisation du rendement plus qu’attendu des services de santé qui doivent être complets à tous les niveaux de la pyramide sanitaire selon les exigences sanitaires de l’heure

# Chapitre V : LA COUVERTURE SANTE UNIVERSELLE : DELA THEORIE A LA PRATIQUE

# I. PROBLEMATIQUE DE LA COUVERTURE SANTE UNIVERSELLE

### 1. Signification

La Couverture Sanitaire Universelle (CSU) est définie par l’Organisation Mondiale de la Santé comme étant la situation dans laquelle tout le monde reçoit des services de santé de qualité qui répondent à leurs besoins sans encourir de difficultés financières pour les acquérir. Etant donné les contraintes liées à la limitation des ressources, cela n’inclut pas tous les services possibles, mais une gamme exhaustive de services essentiels qui sont bien cohérents avec d’autres objectifs sociaux.

La CSU a été fermement entérinée par l’Assemblée sur la Santé dans le Monde en 2005 puis soutenue dans le Rapport sur la Santé dans le Monde de 2010. Depuis lors, plus de 70 pays ont demandé l’appui politique et le conseil technique de l’OMS pour conduire des réformes en vue de la CSU. En réponse, l’OMS a élaboré un plan d’actions qui comprend des recommandations sur la manière dont les pays peuvent gérer les questions essentielles de justice et d’équité qui se posent au cours du processus conduisant à la CSU. Elle a ainsi mis en place le Groupe Consultatif de l’OMS sur la Couverture Sanitaire Universelle et Equitable pour élaborer ces recommandations. Ce document est le rapport final du Groupe Consultatif. Il aborde les questions essentielles de justice et d’équité en les clarifiant et en proposant des recommandations pratiques.

### 2. Dimensions

Le rapport est utile à un grand nombre d’acteurs, et en particulier à l’administration publique en charge de superviser et de guider la progression vers la CSU. Pour atteindre la CSU, les pays doivent faire des progrès dans au moins trois dimensions. Les pays doivent étendre les services prioritaires, inclure plus de personnes, et réduire les paiements directs. Toutefois, dans chacune de ces dimensions, les pays

sont confrontés à des choix difficiles: quels services étendre en premier, qui inclure en premier, et comment passer des paiements directs au prépaiement? Pour faire ces choix, les pays doivent être guidés par un engagement pour la justice - qui rejoint la préoccupation en matière d’équité - et l’engagement pour le respect des droits des personnes aux soins de santé. Pour une réalisation équitable et progressive de la CSU, les trois principaux choix de même que les compromis entre les trois dimensions doivent être abordées avec précaution.

* **Etendre les services prioritaires**

En ce qui concerne l’extension des services, la question cruciale consiste à identifier quels services élargir en premier. Les services peuvent être classés en trois catégories: les services de haute priorité, de priorité moyenne, et de faible priorité. Au nombre des critères pertinents utilisés pour la classification et la catégorisation des services, il y a l’efficacité des dépenses, la priorité aux plus démunis, et la protection contre le risque financier.

Pour sélectionner les services à étendre en second lieu, il est souvent utile de commercer par estimer le rapport coût-efficacité des différentes politiques envisagées pour ensuite tenir compte de la préoccupation pour les plus démunis et des autres critères pertinents. La spécification, la mise en balance, et l’utilisation de ces critères devraient s’opérer dans le contexte de grands débats publics et par le biais de procédures participatives. Cela permettra à un grand nombre de groupes de contribuer au processus d’établissement des priorités et renforcera l’obligation des institutions publiques d’être responsables devant les citoyens au sujet des décisions prises. Les pays vont également bénéficier de l’existence d’un comité national permanent sur l’établissement des priorités pour traiter des cas particulièrement difficiles.

* **Inclure plus de personnes**

En ce qui concerne l’inclusion d’un plus grand nombre de personnes, la question inévitable consiste à identifier qui inclure en premier. Pour inclure plus de personnes de façon équitable, les pays devraient étendre en priorité la couverture aux groupes à faibles revenus, aux populations rurales, et aux autres groupes désavantagés en termes de couverture de services, de santé, ou les deux. Ceci est particulièrement important pour les services de haute priorité. Inclure de manière équitable un plus grand nombre de personnes peut nécessiter des approches ciblées si elles s’avèrent efficaces.

* **Réduire les paiements directs des ménages**

Plusieurs pays dépendent énormément des paiements directs pour le financement des services de santé. Ces paiements constituent une barrière à l’accès aux services de santé, en particulier pour les plus pauvres. En outre, pour ceux qui utilisent effectivement les services, les paiements directs constituent souvent une charge financière considérable pour eux et leurs familles et peuvent même causer des catastrophes financières. En vue d’améliorer l’accès aux soins et la protection contre le risque financier, les pays doivent donc remplacer les paiements directs par des systèmes de prépaiement obligatoires, avec mutualisation des fonds. La question fondamentale est de savoir comment procéder à ce remplacement. L’équité suggère que les paiements directs soient d’abord réduits pour les services de haute priorité, et pour les groupes désavantagés, y compris les plus pauvres. Pour ce qui est des paiements obligatoires, l’équité suggère que ces paiements augmentent généralement avec la capacité de payer et que les contributions au système soient progressives. Quant à l’accès aux services, il doit reposer sur les besoins et non la capacité de payer.

### Stratégies

Stratégie Générale et voies à suivre Une stratégie en trois volets peut guider les pays qui cherchent à réaliser la CSU de manière progressive et néanmoins équitable. Les pays peuvent : catégoriser les services en groupes prioritaires. Les critères pertinents pour cette catégorisation incluent le rapport cout-efficacité, la priorité aux plus démunis, et la protection contre le risque financier. Faire des choix justes pour une couverture sanitaire universelle étendre pour commencer la couverture des services de haute priorité à tous. Cela inclut l’élimination des paiements directs et le recours accru aux prépaiements obligatoires, progressifs et mettant en commun les fonds. Ce faisant, veiller à ne pas laisser à la traine les groupes désavantagés. Il s’agira le plus souvent de groupes à revenus faibles et des populations rurales. Dans le cadre d’une stratégie plus globale, les pays doivent effectuer des choix minutieux au sein de chaque dimension et de façon transversale. Ces choix dépendront du contexte, et plusieurs options différentes peuvent s’avérer appropriées.

### Compromis

Toutefois, lorsque que l’on cherche à réaliser la CSU de manière progressive et équitable, certains compromis sont généralement inacceptables :

**Compromis inacceptable I:** Etendre la couverture des services à faible priorité ou priorité moyenne avant qu’il n’y ait une couverture presqu’universelle des services de haute priorité. Cela concerne aussi la réduction des paiements directs pour les services à faible priorité ou priorité moyenne avant l’élimination des paiements directs pour les services à haute priorité.

**Compromis inacceptable II**: Donner une haute priorité aux services très coûteux dont la couverture apportera une protection financière considérable quand les avantages en matière de santé sont insignifiants par rapport à des services alternatifs moins coûteux.

**Compromis inacceptable III:** Etendre la couverture pour les groupes aisés avant de le faire pour les groupes démunis lorsque les coûts et les avantages ne sont pas très différents. Est aussi inacceptable l’extension de la couverture pour ceux qui bénéficient déjà d’une couverture élevée avant les groupes bénéficiant d’une faible couverture.

**Compromis inacceptable IV**: Inclure en premier dans le régime de couverture universelle uniquement ceux qui ont la capacité de payer et ne pas inclure les travailleurs du secteur informel et les plus pauvres, même si cette approche serait la plus facile.

**Compromis inacceptable V**: Remplacer les paiements directs par des

Prépaiements obligatoires d’une manière qui rend le système de financement moins progressif. Responsabilité, participation, suivi et évaluation Une réalisation équitable et progressive de la CSU exige de prendre des décisions politiques difficiles. Des décisions raisonnables et leur mise en oeuvre peuvent être facilitées par une responsabilisation des institutions publiques et des mécanismes de participation citoyenne. Ces mécanismes sont indispensables pour formuler les Politiques et établir des priorités, et particulièrement en ce qui concerne les trois types de choix cruciaux que l’on rencontre dans le processus conduisant à la CSU, les compromis éventuels entre les différentes dimensions de la progression vers cet objectif. De tels mécanismes jouent également un rôle crucial dans le suivi de l’utilisation des ressources et des résultats. Pour jouer efficacement ces rôles, il est nécessaire d’institutionnaliser la responsabilité des pouvoirs publics et la participation citoyenne. La conception d’institutions légitimes peut s’inspirer du Cadre de Responsabilité pour la Raisonnabilité.

### Responsabilité, participation, suivi et évaluation

Une réalisation équitable et progressive de la CSU exige de prendre des décisions politiques difficiles. Des décisions raisonnables et leur mise en œuvre peuvent être facilitées par une responsabilisation des institutions publiques et des mécanismes de participation citoyenne. Ces mécanismes sont indispensables pour formuler les politiques et établir des priorités, et particulièrement en ce qui concerne les trois types de choix cruciaux que l’on rencontre dans le processus conduisant à la CSU, les compromis éventuels entre les différentes dimensions de la progression vers cet objectif. De tels mécanismes jouent également un rôle crucial dans le suivi de l’utilisation des ressources et des résultats. Pour jouer efficacement ces rôles, il est nécessaire d’institutionnaliser la responsabilité des pouvoirs publics et la participation citoyenne. La conception d’institutions légitimes peut s’inspirer du Cadre de Responsabilité pour la Raisonnabilité.

### Faire des choix justes pour une couverture sanitaire universelle

Le suivi et l’évaluation des résultats à partir d’indicateurs clés est également crucial pour formuler et mettre en oeuvre de la politique de CSU. Les pays doivent choisir minutieusement un ensemble d’indicateurs, investir dans des systèmes d’information sur la santé, et intégrer efficacement les informations dans l’élaboration des politiques. La sélection des indicateurs devrait être étroitement liée à l’objectif de réaliser la CSU et dans la plupart des cas, inclure au moins quatre types d’indicateurs :

* les indicateurs relatifs au processus d’établissement des priorités,
* les indicateurs mesurant l’accès aux soins,
* les indicateurs de protection contre le risque financier et
* les indicateurs évaluant l’état de santé de la population. De la Santé comme étant la situation dans laquelle tout le monde reçoit des services de santé de qualité qui répondent à leurs besoins sans encourir de difficultés financières pour les acquérir.

1. Etant donné les contraintes liées à la limitation des ressources, cela n’inclut pas tous les services possibles, mais une gamme exhaustive de services essentiels qui sont bien cohérents avec d’autres objectifs sociaux. Les Etats-Membres de l’OMS ont entériné la CSU comme objectif et indiqué que les systèmes de santé «doivent se développer davantage en vue de garantir l’accès aux services nécessaires tout en assurant une protection contre le risque financier.»
2. Ce rapport traite des questions essentielles de justice et d’équité qui surviennent dans le processus conduisant à la CSU.

### Objectif de la couverture sanitaire universelle

Bien que le but premier de ce texte ne soit pas d’expliquer pourquoi les pays devraient rechercher la CSU, il est utile de souligner la justification solide et pluridimensionnelle qui sous-tend cet objectif.

* D’abord, l’accès aux services de santé est motivé par les avantages individuels de l’utilisation des services.
* L’amélioration de l’état de santé des individus peut être considérée comme une fin en soi, et elle peut être considérée comme étant essentielle au bien-être général des individus et aux capacités et opportunités y relatives.
* L’état de santé d’un individu peut affecter son bien-être directement, mais aussi indirectement, à travers son revenu et sa richesse par exemple. La santé des individus est aussi importante en raison de son impact sur l’ensemble des opportunités dont ils disposent.
* leur santé affecte par exemple leur capacité à travailler et à poursuivre leur éducation
* ou sur la diversité des projets de vie qui s’offrent à eux. Du même point de vue, la raison pour laquelle l’accès abordable est si important est également évidente.
* Tout comme la mauvaise santé, les paiements élevés peuvent gravement limiter le bien-être et les opportunités, non seulement pour la personne qui utilise les services, mais également pour sa famille.
* L’accès abordable à toute la gamme de soins facilitera également l’utilisation des services préventifs, et ces services sont souvent plus efficaces en termes de coût que les services curatifs correspondants.
* En outre, l’accès abordable produit des avantages même pour ceux qui n’ont éventuellement pas besoin des services de santé. Entre autres, le fait de savoir que les services sont accessibles à des coûts abordables peut réduire l’anxiété et la peur de tomber malade et permettre aux gens de mieux dormir la nuit. Cette information peut également faciliter la planification et l’utilisation productive des ressources qui autrement, seraient gardées en réserve au cas où le recours à des soins coûteux s’avérerait nécessaire.

Une large couverture est également bénéfique à la société en général. L’amélioration de la couverture améliore la santé de la population et contribue au développement. Il convient de noter que les enfants en bonne santé apprennent mieux et une population en bonne santé facilite la croissance économique.

### Motivation

La CSU peut en outre être motivée par ses effets distributifs. Quel que soit les bénéfices totaux pour la société, la couverture sanitaire universelle peut être soutenue par l’idée que l’accès à la couverture sanitaire ne doit pas être restreint aux groupes. Les mieux, seraient, Faire des choix justes pour une couverture sanitaire universelle nantis de la population ou, plus spécifiquement, que cette restriction est injuste. Dans la mesure où elle améliore la couverture pour les plus démunis, les progrès vers une CSU peut également favoriser une distribution plus équitable de la santé et du bien être. La CSU est également un moyen de satisfaire les droits aux soins de santé et le droit «**qu’a toute personne de jouir d’un meilleur état de santé physique et mentale possible**,» reconnus par le droit international.24 Il n’existe pas de pays qui n’ait ratifié au moins un traité spécifiant certaines obligations concernant le droit à la santé. Dans le cadre du droit international, les États ont l’obligation d’adopter des mesures appropriées pour réaliser le droit à la santé, ou le droit aux soins de santé, et ce sur une base non discriminatoire (comme le spécifient certains traités).

Cette obligation implique une stratégie et un plan d’action pour réaliser cet objectif de même que des mécanismes de supervision et de correction. Les parties impliquées dans les traités internationaux ont également l’obligation d’allouer des ressources suffisantes pour atteindre le droit à la santé. En d’autres termes, les États ont l’obligation d’adopter des mesures appropriées en vue de réaliser le droit à la santé, et réaliser la CSU est crucial dans cet effort. En conséquence, plusieurs approches différentes, y compris celles basées sur l’équité ou les droits, peuvent soutenir et encourager la promotion urgente de la CSU.

### Portée de la couverture sanitaire universelle

La CSU doit être envisagée selon une approche globale. Plus spécifiquement, l’objectif de la CSU nécessite des services de qualité de divers ordres, pour renforcer l’ensemble du système de santé, et pour agir de manière intersectorielle.

En ce qui concerne les services, la CSU va certainement au-delà des services cliniques et curatifs et prend également en compte les mesures de santé publique, y compris les services de promotion, de prévention, et de rééducation. Les mesures de santé publique incluent par exemple les campagnes d’informations sur l’hygiène et la sécurité alimentaire, le contrôle des vecteurs de diffusion des maladies et la règlementation sur le tabac. Les services au sens large comprennent également la fourniture de médicaments, d’appareils et d’autres biens. En particulier, en ce qui concerne les médicaments essentiels, un effort considérable a été entrepris afin de promouvoir l’accès universel. Pour l’ensemble des services, la quantité ne suffit pas. La qualité de ces services constitue un facteur essentiel. Dans la transition vers la CSU, les pays doivent veiller à ce que tous aient accès, non pas simplement aux services, mais à des services réellement efficaces et de bonne qualité.

Le financement constitue une des préoccupations majeures de la CSU. La fonction de financement des systèmes de santé inclut la collecte des revenus, la mise en commun des ressources, et l’achat des services, toutes ces activités étant d’une importance capitale dans la progression vers la CSU. Toutefois, la CSU et les moyens requis pour progresser vont au-delà du financement. La CSU porte sur la couverture en général, et de ce fait, se préoccupe de toutes les barrières qui entravent la couverture. Plusieurs de ces barrières sont essentiellement non financières.

- y compris les barrières juridiques organisationnelles, technologiques, informationnelles, géographiques et culturelles

– et les moyens financiers ne sont pas nécessairement les meilleurs moyens d’y apporter des solutions. Par conséquent, il faut renforcer toutes les fonctions du système de santé. En plus du financement, les quatre fonctions essentielles comprennent la prestation de services, la production de ressources humaines et physiques, et l’encadrement.

1. Couverture sanitaire universelle

L’encadrement exige que l’administration supervise et oriente ces autres fonctions. La catégorisation des fonctions met également en exergue l’importance des ressources humaines dans le renforcement du système de santé. La CSU exige aussi d’agir au-delà du secteur de la santé et du système de santé, car les moyens d’améliorer l’accès aux services de santé et la protection financière ne se confinent pas au secteur de la santé. Par exemple, garantir des services accessibles et abordables peut dépendre énormément des politiques des secteurs du transport, de l’emploi, de l’éducation et des finances publiques. La transition vers la CSU nécessite par conséquent une action intersectorielle.

En outre, pour améliorer la santé de la population, les pays doivent se pencher sur les déterminants de la santé de manière générale, y compris les déterminants sociaux tels que l’éducation, l’emploi, le logement et l’environnement.

Progresser vers la CSU ne peut se faire qu’en parallèle avec ces objectifs de justice sociale.

Enfin, bien que la plupart des initiatives en matière de CSU se concentrent sur la politique sanitaire nationale, il est nécessaire de garder à l’esprit l’objectif ultime de justice globale, qui vise à couvrir les besoins sanitaires de tous les individus dans le monde. De nos jours, les écarts en matière de santé et de couverture sanitaire sont énormes au sein des pays et entre les pays.

Les différences dans la couverture des services entre les pays ne sont pas moins flagrantes. Par exemple, le pourcentage des enfants d’un an ayant reçu la troisième dose du vaccin de la diphtérie tétanos- coqueluche (DTC3) variait de 33% à 99% et le pourcentage des naissance assistées par un personnel de santé compétent variait de 9% à100%.43 Ce qui est particulièrement troublant, c’est que les inégalités en matière de santé et les inégalités en matière de couverture en services sont souvent corrélées, de sorte que la couverture est la plus faible là où les besoins sont les plus énormes.

Ces inégalités et la variation des capacités des pays à répondre aux besoins de santé posent un certain nombre des questions importantes.43 En particulier, une des questions importantes est de savoir dans quelle mesure les pays plus riches et disposant donc de capacités et de moyens plus importants peuvent assister d’autres pays qui seuls, sont incapables de répondre aux besoins de leur population nationale. L’importance de la justice globale, de la solidarité mondiale, et des droits de l’homme peuvent motiver la mise en oeuvre de politiques d’assistance au développement pour la santé visant à réduire les écarts flagrants de couverture sanitaire.

### Dimensions du progrès et choix critiques

Plusieurs pays ont démontré récemment que l’on peut prendre des mesures significatives en vue de la CSU, même dans les contextes à ressources limitées. On compte parmi ces pays le Cambodge, le Chili, la Chine, la Colombie, le Ghana, l’Indonésie, le Mexique, les Philippines, le Rwanda, la Thaïlande, et le Vietnam. Suite au tremblement de terre, l’espérance de vie en Haïti est tombée jusqu’à 27,8 en 2010 et en 2022, la République Démocratique du Congo.

Faire des choix justes pour une couverture sanitaire universelle De toute évidence, aucun pays ne part d’une couverture zéro, et il n’existe pas un chemin unique vers la CSU que chaque pays doit suivre. Pour atteindre la CSU, chaque pays doit faire des progrès dans au moins trois dimensions. Les pays doivent étendre les services prioritaires, inclure plus de personnes, et réduire les paiements directs. Ces trois dimensions correspondent étroitement à celles sur lesquelles on insiste souvent dans le contexte du financement et, plus particulièrement, aux dimensions désormais bien connues de la boîte CSU. Il convient de noter que l’on doit faire attention et prendre en compte ces trois dimensions lorsque l’on progresse vers la CSU. Il s’agit :

a) de la proportion de la population à couvrir;

b) de la gamme de services à rendre disponibles; et

c) de la proportion des coûts totaux à couvrir. Plus spécifiquement, la

Première dimension est liée à la proportion des personnes couvertes à partir des fonds mutualisés, alors que la troisième dimension renvoie aux coûts totaux à couvrir à partir des fonds mis en commun.

**III.** COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE (CSU) : COMMENT FINANCER L’INCLUSION DU SECTEUR INFORMEL EN REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO (RDC)?

**Jeff Kabinda,Patrick Mitashi et Faustin Chenge cité par** Meessen B, 2017 ; Membre du centre de connaissance en santé, écrivent des notes très significatives expliquant à qui s’adresse cette note politique, le pourquoi et le comment de la couverture santé universelle en ces fins mots : Le CCSC est une structure de gestion de connaissances en santé et d’Evaluation des Technologies de la Santé. Sa mission est de conseiller les pouvoirs publics, en particulierle Ministère de la Santé Publique (MSP), à prendre des décisions basées sur les preuves scientifiques.

**À qui s'adresse cette note de politique?**

Aux décideurs sur la mise en place de la CSU en RDC : le Parlement ; les Ministères de la Santé Publique, des Finances, du Budget, du Travail et de la Prévoyance Sociale, de la Fonction Publique, les Assemblées provinciales, les gouvernements provinciaux, les Partenaires Techniques et Financiers.

**Pourquoi cette note de politique est-elle préparée?**

Pour résumer les données probantes disponibles sur les stratégies possibles pour couvrir le secteur informel dans la couverture sanitaire afin d’informer les décideurs sur les meilleures options à prendre. Le secteur informel en RDC est très prolifique, diversifié et représente une part importante de l’économie du pays. L’évidence montre qu’aucun pays au monde n’a pu obtenir un financement significatif pour la santé à partir des contributions des ménages du secteur informel, même quand ces contributions sont légalement obligatoires.

Lorsqu’elle peut être organisée, la contribution directe des ménages du secteur informel au financement d’une assurance santé passe essentiellement par un prépaiement pour des mutuelles de santé. L’atteinte de la CSU n’est envisageable qu’avec une volonté politique forte du gouvernement qui se traduit par un engagement à financer avec le budget de l’Etat la majorité des coûts de cette couverture. La mise en place d’une fiscalité innovante incluant le secteur informel et formel peut jouer un rôle significatif dans la mise en oeuvre de la CSU en RDC.

**Contexte**

La CSU consiste à veiller à ce que l’ensemble de la population ait accès aux services de soins préventifs, curatifs, palliatifs, de réadaptation et de promotion de la santé dont elle a besoin et à ce que ces services soient de qualité suffisante pour être efficaces, sans que leur coût n’entraîne des difficultés financières pour les usagers. Ceci suppose de mettre en place des systèmes de soins de santé fonctionnels qui offrent des soins de qualité raisonnable dans un contexte d’un système efficace et équitable de protection sociale en santé.

La CSU figure parmi les cibles du troisième Objectif de Développement Durable (ODD) relatif à l’Accès aux soins. Malgré une reconnaissance croissante que la CSU est un objectif social urgent, seuls quelques pays à faible revenu et à revenu intermédiaire ont actuellement atteint des résultats rassurants et vérifiables.

La mise en place de la CSU reste donc un grand défi pour la plupart de ces pays et revient à mettre en oeuvre des stratégies techniquement faisables et politiquement acceptables pour assurer un équilibre entre les 3 dimensions de la CSU, à savoir la population à couvrir, les services à offrir, et le niveau d’allègement de la charge financière des personnes couvertes. Avec plus de 70 millions d’habitants, la République Démocratique du Congo (RDC) est l’un des pays les plus peuplés d’Afrique. Elle figure parmi ceux qui occupent les dernières positions dans le classement de l’indice de développement humain (0,433) et du produit national brut (348,5$ par habitant) . Le taux de pauvreté demeure très élevé, avec 63.4% de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté et avec une large disparité géographique entre les provinces et entre les milieux ruraux et urbains.

En dépit d’une croissance économique observée de 2008 à 2015 (figure 1), le taux de chômage demeure très important et le secteur informel se développe davantage, atteignant 70- 80% de la population [6]. Dans ce contexte, le secteur informel regroupe les activités économiques échappant en grande partie au contrôle de l'Etat, en marge souvent des obligations légales, non recensées dans les statistiques officielles. Les personnes qui en font partie ont des revenus difficiles à taxer de manière directe et ne bénéficient pas d’une protection sociale formelle et institutionnalisée.

C’est le cas par exemples des travailleurs ménagers rémunérés, des vendeurs de rue, des cireurs de chaussures, certains artistes, des bailleurs de maisons non répertoriées par l’Etat, des travailleurs indépendants, des coiffeurs, des agriculteurs, des chauffeurs de taxis. D’après Bitran, il convient de distinguer l’emploi dans le secteur informel de l’emploi informel. L’emploi dans le secteur informel est un concept basé sur l'entreprise, défini comme de l’emploi dans des entreprises privées non officiellement enregistrées en société. La majorité de l'emploi dans le secteur informel est informel, mais il peut y avoir aussi de l’emploi formel.

L'emploi informel est un concept basé sur l'emploi et désigne l’emploi qui manque généralement de protection sociale légale. Ainsi, l’emploi informel peut être trouvé dans le secteur formel, le secteur informel ou les ménages. Ces deux concepts s’appliquent parfaitement à la situation de la RDC. Par ailleurs, le budget alloué à la santé et son taux d’exécution depuis plusieurs années sont faibles. Les ménages, malgré tout, contribuent à 42% au financement de la santé.

Notons également que conformément à sa constitution, la RDC est engagée depuis deux ans dans le processus de décentralisation politique avec transfert de certaines compétences aux provinces, dont l’organisation des soins de santé primaires. C’est donc dans un contexte socio-économique précaire, avec un secteur informel de plus en plus important et diversifié que la RDC est en train d’élaborer une loi sur la CSU et une stratégie de financement de la santé, conformément à son Plan National de Développement Sanitaire 2016-2020. Dans cette optique, il est prévu de fournir un paquet standard de soins de santé de base de qualité à l’ensemble de la population. Une des préoccupations du Ministère de la Santé Publique, en charge de l’élaboration du projet de loi sur la CSU et de la Stratégie de financement de la santé, est celle de concevoir des approches appropriées pour atteindre la population du secteur informel (qui n’est pas forcément indigente) pour qu’elle ait accès aux services de soins de qualité définis dans le paquet standard, quand elle en a besoin, avec sa participation financière. Cette note de politique vise à documenter les évidences sur la participation financière du secteur informel à la CSU, tirées des expériences des pays de l’Afrique Subsaharienne, contextuellement proches de la RDC. Plusieurs mécanismes de protection sociale existent mais leur couverture reste faible :

- Pour le secteur formel, le pouvoir public a introduit un système de sécurité sociale géré par l’Institut National de Sécurité Sociale (INSS) qui couvre le secteur public et privé en offrant une couverture contre plusieurs risques sociaux, y compris les risques professionnels pour la santé, les maladies et les accidents. L’INSS n’inclut pas le risque médical non professionnel.

- La majorité de la population Congolaise n’est pas couverte par ce système et n’accède aux soins que par des paiements directs.

- Des fonds d’envergure restreinte financés par le budget de l’Etat cofinancent un fonds d’assurance obligatoire pour certaines catégories de fonctionnaires de l’Etat (c’est le cas des enseignants et des agents de police, etc.).

- La population la plus solvable du secteur informel tente de s’organiser à travers des mutuelles de santé volontaires, qui jouent le rôle de collecteur de fonds et parfois s’engagent dans une démarche d’achat du paquet de services auprès des services de santé contractés et avec l’aide technique de structures d’appui aux mutuelles.

**Protection sociale : ce qui existe en RDC ; Synthèse des évidences**

Dans tout système de financement des soins, 3 fonctions doivent être mises en oeuvre : (i) la mobilisation des ressources, (ii) leur mise en commun, et (iii) l’achat des services. Les modalités spécifiques de réalisation de ces trois fonctions vont déterminer l’efficacité et l’équité du financement du système de santé. Conceptuellement, leur mise en œuvre semble être relativement facile pour les personnes œuvrant dans le secteur formel, tandis que pour celles relevant du secteur informel cela constitue un grand défi en termes de leur contribution à la mobilisation des ressources et de la mise en commun de celles-ci. Il existe deux types de systèmes (contributif et non contributif) pour couvrir la population, y compris celle du secteur informel. Quelques expériences ont été documentées dans certains pays africains, avec des résultats très variables en termes de mise en commun des ressources, d’organisation d’achat stratégique des services (arrangements institutionnels ; paiement par budget global, lignes budgétaires, capitation, forfait, perdiem, basé sur la performance, à l’acte, …) pour optimiser l’accès, l’utilisation, l’efficience et la qualité des services, ainsi que la couverture de la population.

1. Assurance maladie privée (AMP) **:** son apport à la CSU est généralement marginal et est peu équitable, car lescontributions sont fonction du ‘risque maladie’ de l’individu – et ne favorisent donc pas une solidarité entre personnes à haut risque et personnes à bas risque. De plus, les contributions ne tiennent pas compte de la capacité des gens à les payer (et donc pas de solidarité entre riches et pauvres). L’Assurance maladie privée n’est une option que pour les personnes qui ont les moyens de s'acquitter de primes élevées. Dans le secteur informel, seuls les ménages les plus fortunés peuvent y avoir accès. Ce type d’assurance maladie volontaire privée, à finalité lucrative, est prépondérant en Afrique du Sud et est proposé par certaines entreprises privées qui jouent en même temps la fonction d’agence de mise en commun des fonds. Dans ce pays, l’Etat et les sociétés d’assurances privées contribuent à hauteur de 48% et 42% respectivement et les paiements directs par les patients représentent 7%.

2. L'assurance maladie sociale (AMS) **:** elle repose sur des prépaiements obligatoires qui sont généralement proportionnels, parfois même progressifs (c’est-à-dire tenant compte de la capacité financière des ménages à contribuer) et leur mise en commun dans un pool commun afin de pouvoir être redistribuées en fonction des besoins à l'ensemble de ses membres. Ce système concerne généralement les personnes travaillant dans le secteur formel, où les contributions sont déduites à la source sur les salaires de base.

Lorsqu’on étend l’AMS aux personnes travaillant dans le secteur informel, y incluant les ménages les plus vulnérables, on parle de l’assurance maladie universelle (AMU) financée principalement par les contributions des salariés et des subventions publiques. Ceci nécessite en général un meilleur niveau d’observation des règles fiscales, de manière à permettre une augmentation des dépenses gouvernementales totales et/ou de dégager des fonds à affecter au financement des soins de santé des populations.

3. Assurance maladie à base communautaire (AMBC):il s’agit d’un autre type d’assurance maladie volontaire avec une logique sociale, communément appelée mutuelle de santé. Beaucoup de pays africains dans leurs politiques de CSU ont délégué aux mutuelles de santé la charge de couvrir les populations en dehors du secteur formel. C’est le cas du Bénin, du Mali, du Sénégal, du Rwanda, etc. Cependant, l’expansion des mutuelles de santé est lente à cause du poids des facteurs externes (imposition de l’utilisation des médicaments génériques, négociation des conventions avec les prestataires qui définissent les services couverts et leur tarif, la faiblesse de régulation, …) qui freinent leur développement. Il existe peu de preuves convaincantes que l’assurance maladie à base communautaire peut être une option viable pour un financement durable des soins de santé primaires dans les pays à faible revenu. En plus, il y a des fortes indications selon lesquelles l’assurance maladie à base communautaire exclut les plus pauvres qui ont le plus besoin d’une couverture risque maladie. La quasi majorité des mutuelles cumulent le prépaiement d’une prime mensuelle (parfois annuelle) avec des paiements directs au moment de l’utilisation des services de santé contractés (c’est-à-dire les tickets modérateurs ou co-paiements). Souvent, ces tickets modérateurs sont tels qu’ils constituent une barrière réelle à l’accès alors qu’ils sont supposés minimiser une éventuelle utilisation excessive des services. Ainsi, ils diminuent la ‘fonction d’assurance’ (insurance function) [4] du système financier mis en place. Un arrangement assurantiel est alors mis en place, mais la fonction d’assurance est largement minée. Plus de précaution s’impose dans la mise en place de co-paiements.

### Paiements directs

Il s’agit des mécanismes non assurantiels finançant l’accès aux soins de santé par le biais des recettes fiscales. Ce système s‘avère plus équitable dans la collecte des fonds (les recettes sont légèrement plus progressives grâce à l’architecture des règles fiscales en vigueur plutôt qu’à la nature intrinsèque de la source), avec une capacité inhérente à créer une mutualisation nationale du risque maladie, et à constituer une assiette fiscale potentielle plus importante que l'AMS, et donc potentiellement plus à même à couvrir le secteur informel. Ce système est actuellement en vigueur dans des pays dont les contextes sont bien différents de celui de la RDC, notamment le Brésil, le Sri Lanka et la Malaisie.

En définitive, on trouve souvent en Afrique subsaharienne des systèmes nationaux reposant sur une combinaison de sources de financement, c’est-à-dire des contributions complétées par des subventions publiques. Pour atteindre la CSU, incluant le secteur informel, les gouvernements ne devraient pas compter sur les contributions des ménages en tant que principale source de financement. Ils devraient plutôt viser à accroître leur capacité fiscale en vue d’un système de soins de santé équitable.

C’est le cas du Rwanda et du Ghana, Aussi, comme on peut le noter, les résultats des expériences des régimes assurantiels des pays africains ne sont pas rassurants. Beaucoup de problèmes persistent en termes de :

- Mise en commun des ressources financières très variée, voire fragmentée, avec peu ou pas d’achat stratégique ;

- Faible couverture de la population : à l’exception du Rwanda (où l’affiliation est quasi-obligatoire et les contributions volontaires infimes comparées à la subvention budgétaire);

- Persistance de Co paiements qui limitent l’accès et l’utilisation des services. La bonne gouvernance et la redevabilité sont essentielles pour la performance des régimes assurantiels. Le Rwanda en est une excellente illustration.

### C. Qualité des soins

La qualité des soins dans la mise en oeuvre de la CSU est évaluée par une série d’indicateurs de santé. Concevoir une politique de financement de la santé pour le secteur informel seulement n’a pas de sens ; elle doit s’inscrire dans une perspective systémique et faire partie intégrante d’une politique globale couvrant toute la population. Les évidences montrent que la contribution directe des ménages du secteur informel au financement d’une assurance santé passe essentiellement par un prépaiement pour des mutuelles de santé qui jouent alors la fonction d’agence de mise en commun et d’acheteur stratégique.

Les évidences indiquent cependant que la mutuelle de santé n’est pas une option viable pour un financement durable de la santé dans les pays à faible revenu et que le caractère contributif (primes, ticket modérateur ou co-paiement) exclut les plus pauvres qui ont le plus besoin d’une couverture risque maladie. La RDC peut s’inspirer des expériences d’autres pays pour orienter ses politiques et stratégies en cette matière. Mais, vu le contexte actuel du pays, il semble difficile de compter sur des financements publics substantiels qui permettraient de faire face à la majorité des coûts liés à la CSU. Il faudra attendre la stabilisation de la situation politique, la reprise d’une croissance économique inclusive soutenue et la mise en place d’une politique fiscale plus équitable capable de générer des revenus plus importants via des impôts et des contributions à un système d’assurance-maladie pour l’ensemble de la population. Au-delà du financement, la CSU est aussi une question d’arrangements institutionnels, d’organisation du système de santé pour une offre de services de qualité et de choix de société en termes de valeurs (solidarité, équité, …).

Pour clore, Au regard des évidences présentées dans cette note, les experts du CCSC formulent les recommandations suivantes pour la mise en œuvre d’une CSU de la population congolaise:

* Le financement de la CSU doit se baser à la fois sur les contributions de ménages (assurances sociales, mutuelles de santé) et sur des subventions publiques nationales et provinciales (ressources domestiques et aide extérieure) conséquentes pour couvrir toutes les couches et catégories de la population. Pour cela, il faut que la RDC poursuive les réformes politiques en cours et mène des réformes fiscales courageuses à la recherche des innovations de financement comme les recettes non fiscales issues des certaines redevances versées par l'industrie extractive, minières, téléphonie mobile, transfert des fonds….. pour augmenter progressivement et considérablement le budget de l’Etat et la part allouée à la santé en inscrivant celle-ci comme une priorité de l’action gouvernementale aussi bien au niveau national que provincial.
* Une approche décentralisée, car la plupart des pays dont les expériences sont rapportées dans cette note ont une taille de population et une superficie comparables aux provinces de la RDC. Le processus de décentralisation en cours est une opportunité à saisir pour la mise en oeuvre de la CSU. Dans cette optique, il pourrait être envisagé de tester la mise en place de la CSU dans une province et de la placer sous le leadership de l’exécutif provincial. Le passage à échelle se ferait progressivement à l’aide d’un monitorage et d’une évaluation rigoureuse du processus. Dans le cadre de la caisse de péréquation instituée par la Constitution de la République, les provinces les moins riches devront bénéficier de subventions publiques complémentaires et d’un accompagnement technique du niveau central et des partenaires techniques et financiers.
* La création des Agences de mise en commun au niveau national

(pour gérer les subventions issues de la caisse de péréquation et les contributions des salariés émargeant du budget national) et provincial (pour gérer la part de subventions issues de la caisse de péréquation, les subventions provinciales et les contributions des ménages) Chaque province devra ainsi, en fonction de son contexte, mettre en place des arrangements institutionnels pour des achats stratégiques qui promeuvent la qualité et l’efficience des services.

### IV. LES SOINS DE SANTE PRIMAIRES

### 1. HISTORIQUE DES SSP

Par décision de l’assemblée de l’Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S) et le conseil d’administration du fonds des Nations Unies pour l’Enfant (FISE) 1976 et sur l’invitation de l’U.R.S.S, la conférence internationale sur les SSP s’est tenue du 06 au 12 septembre 1978 à ALMA-ATA, capitale de KAZAHIE.

Cette conférence a été précédée par plusieurs réunions nationales régionales et internationales :

1. Réunion du comité d’experts sur le SSP dans la région africaine ; Brazzaville 1977.

1. Réunion extraordinaire des ministres des pays membres de l’organisation panafricaine de la santé ; Washington, DC septembre 1977.
2. Réunion mixte F.P.S.E/O.M.S de la région de méditerranée orientale, Alexandrie, octobre 1977.
3. Conférence sur le SSP, pacifique occidentale Manille, novembre 1997.
4. Réunion mixte FISE/OMS Asie du Sud-est New Delht, novembre 1977
5. Conférence sur le SSP, dans les pays industrialisés New York, décembre 1977
6. Congrès Internationaux des organisations non gouvernementales sur le SSP Halifax, Canada, mai 1978

Par la charte de 1980, les pays africains, dont la RDC a souscrit à l’objectif de la « santé pour tous d’ici l’an 2000 » par les SSP. Cette option fut concrétisée le 03 juin 1981 par la décision n°10/CC/81 du comité central du Parti Etat.

### 2.2 DEFINITIONS

Le mot soin se traduit en anglais par « care » et non « cure » et signifie : prise en charge, prise de responsabilité, encadrement.

Le mot primaire vient du latin « primus » qui signifie « premier », fondamental, essentiel et même nécessaire.

Les soins de santé constituent l’ensemble des mesures ou actions qui permettent de maintenir ou de restaurer l’état de santé.

Ils comprennent :

* L’éducation pour la santé (EPS)
* La prévention de la maladie et de l’invalidité
* Les soins aux personnes malades et la réadaptation.

Les Soins de santé Primaires sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à coût que la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer dans un esprit d’auto-responsabilité et d’autodétermination. Partant de cette définition des soins dits de santé Primaires, il est essentiel de retenir les mots clés ci-après :

* Soins essentiels
* Méthodes et techniques pratiques
* Scientifiquement acceptables
* Socialement acceptables
* Accessibles à tous : individus, famille et communautés
* Avec la participation de tous
* Coût proportionnel au revenu de la communauté /du pays
* Auto responsabilité/auto détermination.

**Pour VUORI (1984, 1986), les SSP sont comme :**

1. Un ensemble cohérent des prestations sanitaires fondamentales.
2. Un ensemble de soins le plus décentralisé et le plus périphérique, comprenant divers intervenants les plus proches de la population.
3. Une stratégie de réorganisation des systèmes de santé, impliquant :

* la réorganisation des ressources ;
* la recherche de l’efficacité ;
* la participation de la population ;
* l’action intersectorielle (intersectorialité).

1. Une philosophie de l’action dans le domaine de la santé faisant appelle aux dimensions :

* de responsabilisation ;
* d’équité ;
* de justice sociale ;
* de l’insertion de la politique sanitaire dans le développement socio-économique.

### Caractéristiques

Les soins de santé Primaires importants qu’ils sont dans une communauté, pour qu’ils soient jugés effectifs, ils doivent être :

* Accessibles financièrement : à un coût à la portée de tous les individus et toutes les familles de la communauté.
* Accessibles géographiquement : les soins de santé sont dispensés le plus près possible de l’endroit où les gens vivent et travaillent. Ils sont le premier niveau de contacts des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé.
* Réalisés avec la participation des membres de la communauté : les habitants de la localité doivent être impliqués dans les décisions concernant leur santé ainsi que la mise en œuvre des actions pour l’amélioration de la santé. Ils participent à l’organisation, la gestion et l’évaluation des services de santé.
* Inclus dans une politique globale : intégrant les autres services de développement comme l’éducation, l’agriculture, les transports, l’administration…
* Basés sur l’équité et la justice sociale : tout le monde doit avoir accès aux soins, surtout les plus pauvres et les plus exposés aux maladies, tels que les femmes et les enfants.

Les soins de santé primaire ont pour vocation de maîtriser les principaux problèmes de la communauté et revêtement ainsi diverses formes qui se résument par les soins intégrés dont on observe les actions préventives, les actions promotionnelles, les actions curatives et les actions qui visent spécialement la réadaptation.

**2.4.** Principes fondamentaux relatifs aux prestations des SSP adoptés par la région africaine**.**

Dix principes fondamentaux doivent être respectés lors de la prestation des soins de santé Primaires. Ces principes ont été adoptés par les régions africaines à savoir :

Les soins de santé primaires doivent :

1. Répondre aux besoins réels de la collectivité.
2. Faire partie intégrante du système sanitaire national
3. Faire intégrer aux autres secteurs du développement communautaire (agriculture, éducation, travaux publics, communication, etc…)
4. Etre l’aboutissement d’un dialogue continu entre population et service
5. Reposer avant tout sur les ressources locales.
6. Consister en un ensemble intégré de service : prévention promotion de la santé, médecine curative et soins réadaptatifs
7. Etre dispensé à l’échelon le plus périphérique des services de santé par les agents qui sont les mieux préparés.
8. Faire suite à une volonté et une décision nationale ferme
9. Adapter une approche originale dans chaque pays car il n’est pas souhaitable prendre un modèle standard pour tous et d’agir uniformément
10. Collaborer avec le système traditionnels et faire le maximum pour les intégrés et obtenir leur collaboration.

**2.5.** Soins de santé primaires et la santé communautaire.

Nous ne pouvons pas parler de la Santé Communautaire sans comprendre et connaitre les Soins de Santé Primaires. « Les soins de santé primaires sont des soins essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendu universellement accessible à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assurer à tous les stades de leur développement dans un esprit d’auto responsabilité et d’autodétermination ».

En 1965, l’Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a consacré, à l’issue d’une enquête menée à travers plusieurs pays du monde, des inégalités d’accès aux soins de santé entre les pays et même à l’intérieur des pays.

C’est ainsi qu’en 1978, à Alma-Ata en URSS, la conférence internationale patronnée par l’OMS et l’UNICEF a adopté la santé pour tous d’ici l’an 2000 comme objectif social pour l’ensemble du pays. Cela voudrait dire que tous les peuples du monde doivent avoir accès aux soins de santé de base pour leur permettre de mener une vie productive.

Les soins de santé primaires sont une stratégie pour atteindre la santé pour tous. Concrètement les SSP permettent :

* De faire de la santé un droit pour tous et de réduire les inégalités entre pays et à l’intérieur du pays (justice distributive) ;
* De répondre aux besoins fondamentaux de la communauté (la population est au centre de toute action sanitaire) ;
* De rendre la population de sa santé (la santé est un droit mais aussi un devoir à chacun et à tous de contribuer à leur propre santé) ;
* De considérer le lien entre la santé et le développement "pas de développement sans santé et pas de santé sans développement".

La santé est un des aspects du développement et exige la collaboration de tous les secteurs de développement (solidarité et complémentarité) ;

* D’assurer une plus grande couverture des soins de base à la population car les SSP combinent les soins curatifs, préventifs, promotionnels (soins intégrés).

Ainsi la conférence internationale sur les SSP tenue à Alma-Ata en 1978, s’est achevée sur l’adoption de la déclaration d’Alma-Ata dans laquelle il est affirmé que les SSP, sont le maître moyen d’atteindre l’objectif de la santé pour tous d’ici l’an 2000. Mais le constat est que la santé n’est pas accessible à tous (même après 2000).

Des obstacles sont nés entre les services de santé d’une médecine dite « moderne » ou « classique » et les populations qu’ils étaient appelés à servir. Ces obstacles sont d’ordre culturel, géographique et économique :

### Obstacles culturels

Les techniques médicales enseignées dans les écoles sont souvent importés des pays développés. Pendant leurs études, les personnels de santé n’ont pas appris à utiliser des techniques simples en rapport avec l’épidémiologie locale, ni adopter leurs connaissances aux réalités du milieu où ils exercent leur profession.

Maintenant pour contourner ces obstacles, le cadre supérieur en santé communautaire doit ainsi utiliser des techniques bien spécifiques liées à sa formation qui sont : **(1)** **s’intégrer dans la communauté** en vue de s’être identifié comme faisant partie de leur, **(2)** **mobiliser** et **(3)** **agir avec et dans** la communauté en vue de favoriser le développement du groupe entant qu’entité et de contribuer à l’épanouissement des individus dans son ensemble.

### Obstacles géographiques

Les C.S sont situés loin des populations qu’ils devraient servir obligeant donc celles-ci à parcourir des longues distances pour se faire soigner.

Pas des mesures promotionnelles, préventives et la responsabilisation des communautés à lorsque c’est ça la tâche d’un cadre supérieur en santé communautaire (ou expert en santé **communautaire**).

### Obstacles économiques

Le budget affecté à la santé ne suit pas l’évolution du coût de la vie, il est le plus faible. La situation socio-économique de la population est absorbée par le fonctionnement des structures de soins médicaux coûteux.

Il y a fossé entre les bénéficiaires de soins (la population) et les structures de santé.

Ainsi donc, les professionnels et institutions doivent parfois favoriser et rendre possible, toujours chercher à ce que le principe participatif inclue tous les partenaires concernés par le projet communautaire ; condition de la démarche citoyenne, c’est tout simplement la condition de la réussite effective du but : améliorer la santé globale de la communauté. Donc le cadre supérieur en santé communautaire est un ‘’expert en santé communautaire’’ Pour cela l’expertise d’un MCH (cadre supérieur en santé communautaire) intervient.

Pour RBM 2008, l’approche SSP que préconise la déclaration d’alma-Ata en 1978 est la tentative la plus récente qui ait été adoptée pour résoudre le vieux problème d’une nouvelle manière. Ces soins exigent un apport multisectoriel coordonné et reposent sur une participation active des communautés dans un esprit d’autosuffisance et d’autodétermination.

L’auteur souligne que, pour obtenir l’adhésion et la participation totale des collectivités, il est indispensable de former et recycler les individus et les populations et imprimer une nouvelle direction à la façon de penser des communautés pour qu’elles perçoivent, fassent leur reflètent la santé et le développent sanitaire, comme la responsabilité de chaque individu et famille et des communautés entières.

**La santé communautaire est une nouvelle forme de contrôle sociale.** Au niveau des pays en développement comme le nôtre, elle devrait être une approche active, c'est-à-dire s’adresse directement à des populations géographiquement déterminées, généralement pauvres ou marginales et qu’elle mette l’accent sur la participation de la communauté.

### 2.4 . Les composantes des SSP

a) Les huit composantes minimum des SSP définis à Alma

1. **L’éducation pour la santé**

Ce sont des actions entreprises pour modifier les comportements et les habitudes personnelles ou collectives, pour rester en bonne santé et lutter conntre les maladies. Elle est la première des huit composantes énumérées dans la déclaration d’Alma Ata. Bien des pays intitulent cette composante : « Information et Education de santé » et autres encore : « communication pour le changement des comportements= CCC ».

* **Définition**

C’est un processus dynamique de communication par lequel on transmet à un individu ou à groupe d’individu une formation (connaissances, faits, compétence) dans le but de changer son ou leur comportement nuisible en comportement favorable à la santé.

* **Place de l’EPS dans un programme de santé**
  + Les SSP reposent sur la responsabilisation de l’individu, de la famille et de la collectivité dans la prise en charge de leur santé.
  + Pour jouer pleinement ce rôle, la communauté a besoin de connaissances et de compétences en matière de santé.
  + Vu sous cet angle, l’EPS est par excellence, la première composante des SSP et est impliquée dans toutes les autres composantes. Elle est même la pierre angulaire des SSP. C’est une composante transversale.
  + Hoffman (1972) affirmait que « à l’avenir, les plus grands progrès en matière de santé seront redevable à l’enseignement sanitaire et non pas à un grand nombre de professionnels de santé, des structures ou de nouvelles découvertes.
* **Buts de l’EPS**

Les buts de l’EPS sont :

1. Renforcer les attitudes et les comportements favorables à la santé.
2. Aider la population à prendre conscience de sa responsabilité dans l’amélioration de sa santé.
3. Aider la population à comprendre et à surmonter les surmonter les différents problèmes qui l’empêchent d’être en bonne santé.

En principe, le processus d’EPS passe par 5 phases qui visent le changement volontaire de comportements néfastes et l’adoption de comportements favorables à la santé, à savoir :

1. Prise de conscience : La population cible rend compte de l’existence d’un problème ou de besoins prioritaires de santé.
2. Sensibilisation : La population se sent impliquée, concernée par le problème ou les besoins identifiés.
3. Motivation : Susciter l’intérêt qui pousse la population à rechercher la solution du problème ou de besoins identifiés.
4. Orientation : la population se dirige vers les solutions efficaces de problèmes ou de besoins exprimés.
5. Action : La population met en pratique la solution idéale.

* **Principes fondamentaux de l’EPS**

Pour atteindre ses buts, l’EPS, à travers ses interventions doit s’appuyer sur les principes maîtres suivants :

1. La connaissance de la population cible dans toutes les phases d’intervention en EPS.
2. La participation de la population cible dans toutes les phases d’intervention en EPS est capable. Elle facilite la motivation et suscite un intérêt durable.
3. Le changement souhaité doit être volontaire afin qu’il soit durable.
4. L’EPS n’agit pas directement sur le comportement mais c’est en menant des actions sur les connaissances, croyances, attitudes, sentiments et compétences que l’on arrive au changement de comportement.
5. La plupart des comportements qui influencent la santé dépendent souvent de facteurs autres que la santé. Par exemple, il y a des cultures ou les femmes mangent beaucoup pour grossir. A leur avis, l’obésité est un signe de la beauté même si elle a de conséquences néfastes sur la santé. En ce cas, la préoccupation pour la beauté est plus importante que pour la santé.
6. Soyez précis dans ce que vous voulez que le public cible :

* sache (signes de déshydratation)
* pense (les SRO constituent le meilleur traitement)
* croie (les SRO empêchent votre enfant de mourir de déshydratation)
* fasse :
  + cherche (trouver l’endroit où les SRO sont disponibles)
  + demande (comment on les prépare)
  + aille (CS le plus proche)

1. Identifier un message important :

* Caractéristique d’un message d’éducation pour la santé :
  + Cible définie
  + Action précisée

1. Pour qu’on parle d’une communication, il faut : un émetteur qui transmet un message et donne une réponse ou une information de retour. Bref il faut :
2. Emetteur
3. Un message
4. Récepteur
5. Une retro-information ou feed-back

* **Etapes de l’Education pour la santé**

A. Connaissance du milieu

L’éducateur s’efforcera de collecter les données générales et sanitaires sur la communauté. Il connaîtra notamment la façon de vivre, les habitudes, les tabous, les mœurs de la communauté, ainsi que les données économiques et environnementales. Ce qui permettra d’identifier les problèmes sanitaires.

B. Identification et sélection des problèmes

A partir des informations recueillies, on cherchera à identifier les problèmes parmi lesquels ceux qui peuvent être résolus par l’éducateur pour la santé seront pris en considération. A cela s’ajoutent d’autres critères de sélection expliqués à la page.

C. Choix du sujet

Après une analyse approfondie sur les causes des problèmes et les comportements qui sous-tendent le problème, les objectifs d’IEPS, seront élaborés. Ces objectifs exprimeront le comportement souhaité après les activités éducatives. Ils seront par conséquents élaborés avec des verbes conjugués.

Exemple : après les activités éducatives du 24 Mars 2023, animées par monsieur Bob Senker dans la le cadre de la Promotion de la santé et la prévention des maladies dans la zone de santé urbano-rurale de Mont ngafula, 80% de la population du village Manenga utilisent des latrines.

L’éducateur maîtrisera au préalable les matières et les actions qui se passeront pendant les activités éducatives.

D. Préparation des activités

* Procéder par détailler les activités en collaboration et avec la participation de la population.
* Identifier les ressources nécessaires et les recherche (ressources humaine, matérielles, financières et temps).
* Etablir le calendrier d’activités, retenir les indicateurs pour l’évaluation du changement.

E. Exécution

L’exécution se fera selon le calendrier préalable et de préférence à des lieux publics où la population concernée peut avoir accès.

Exemple : marché, école, centre de santé, hôpital… Les méthodes fréquemment utilisées sont : les discutions des groupes, les causeries, l’éducation par les paires, la démonstration.

F. Evaluation

L’évaluation se fera sur la base du comportement attendu eu souhaité ainsi précise dans les objectifs et les éléments quantitatifs déterminés par les objectifs.

### 2. La promotion de bonnes conditions alimentaitres et nutritionnelles

Ce sont des actions visant à l’amélioration de l’alimentation dans les familles et surtout les habitudes relatives à l’alimentation des enfants afin de prévenir et soigner les maladies nutrionnelles.

Le développement de l’éducation pour la santé ces dernières années va de pair avec l’émergence du concept de promotion de la santé. Celui-ci a sans tout atteint son développement le plus complet lors de la première Conférence Internationale pour la promotion de la santé, réunie à Ottawa en novembre 1986.

Cette conférence a émis une CHARTE pour la promotion de la santé.

**Vers une définition de la promotion de la santé**

Les deux définitions de la promotion de la santé les plus largement utilisées à l'échelle de la planète sont, sans doute, celle de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé :

«Un **processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci»** (Charte, 1986 :5), et celle de l'incontournable ouvrage de Green et Kreuter : **« toute combinaison d'actions planifiées de type éducatif, politique, législatif ou organisationnel appuyant des habitudes de vie et des conditions de vie favorables à la santé d'individus, de groupes ou de collectivités (1991:432, traduction libre) ».**

La promotion de la santé exige l’action concertée de tous les intervenants : les gouvernements, le secteur de la santé et les domaines sociaux et économiques connexes, les organismes bénévoles, les autorités régionales et locales, l’industrie et le média. Les gens de tout milieu interviennent en tant qu’individus familles et communautés.

**L’intervention en promotion de la santé comporte cinq axes :**

1. Elaborer une politique saine :

La promotion de la santé va bien au-delà des soins. Elle inscrit la santé à l’ordre du jour des responsables politiques des divers secteurs en les éclairant sur les conséquences que leurs décisions peuvent avoir sur la santé, et en leur faisant admettre leurs responsabilités à cet égard. Une politique dans promotion de la santé combine des méthodes différentes mais complémentaires, et notamment : La législation, les mesures fiscales, la taxation et les changements organisationnels. Il s’agit d’une action coordonnée qui conduit à la santé, et des politiques discales et sociales favorisant une plus forte égalité.

1. Créer des milieux favorables :

L’action commune permet d’offrir des biens et services plus sains et moins dangereux, des services publics favorisant d’avantage la santé et des milieux plus hygiéniques et plus plaisants : schéma de la vie, du travail et de loisirs, domaines de la technologie, de l’énergie et de l’urbanisation, protection des milieux naturels et artificiels et conservation des ressources naturelles.

1. Renforcer l’action communautaire :

La promotion de la santé procède de la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l’élaboration des stratégies de planification, pour atteindre un meilleur niveau de santé.

La promotion de la santé puise dans les ressources humaines et physiques de la communauté pour stimuler l’indépendance des individus et le soutien social et pour instaurer des systèmes souples susceptibles de renforcer la participation et le contrôle du public dans la question sanitaire. Celle exige d’accès illimité et permanent aux informations sur la santé, aux possibilités de santé et l’aide financière.

1. Acquérir des aptitudes individuelles :

La promotion de la santé soutient le développement individuel et social en offrant des informations en assurant l’éducation pour la santé et en perfectionnant les aptitudes indispensables à la vis. Ce faisant, elle permet aux gens d’exercer un plus grand contrôle sur leur propre santé et de faire des choix favorables à celle-ci. Il est crucial de permettre aux gens d’apprendre pendant toute leur vie et de se préparer à affronter les diverses étapes de cette dernière. Cette démarche doit être accomplie à l’école, dans les foyers, au travail et dans le cadre communautaire par les organismes professionnels, commerciaux et bénévoles, et dans les institutions elles-mêmes.

1. Réorienter les services de santé

Le secteur sanitaire doit aborder de plus en plus dans le sens de la promotion de la santé. Au-delà du mandat exigeant la prestation des soins médicaux. Ce secteur doit se doter d’un nouveau mandat comprenant le plaidoyer pour une politique sanitaire multisectorielle, ainsi que le soutien des individus et des groupes dans l’expression de leurs besoins de santé et dans l’adoption de modes de vie sains. La réorientation des services de santé exige également une attention accrue à l’égard de la recherche sanitaire, ainsi que de changements au niveau de l’éducation et de la formation professionnelle.

Ceci doit mener à un changement d’attitudes et d’organisation au sein des services de santé, recentrés sur l’ensemble de l’individu perçu globalement. En fait, la promotion de la santé peut être considérée comme toute combinaison de mesure de protection de la santé et d’action d’éducation pour la santé :

* Protection de la santé : Mesure d’organisation sociale, économique, juridique, etc.… qui favorisent l’amélioration ou le maintien de la santé (ex : règlements) sur les conditions du travail, taxes sur le tabac, port obligatoire de la ceinture de sécurité.
* Education pour la santé : processus d’apprentissage volontaire, individuel et / ou collectif, impliquant notamment communication, participation, auto-prise en charge.

### 3. L’approvisionnement en eau saine et les mesures d’assainissement de base

C’est la 3ème composante des SSP. Il regroupe les opérations visant à permettre à la population à avoir une quantité suffisante d’eau potable et les mesures visant à rendre la collectivité exempte d’éléments morbides.

* **Définition**

Le comité d'experts de l'Organisation Mondiale de la Santé pour l'assainissement définit le terme "assainissement" comme suit:

**" Toute activité visant à l'amélioration de toutes les conditions qui, dans le milieu physique de la vie humaine, influent ou sont susceptibles d'influer défavorablement sur le développement physiologique, sur la santé et la longévité. "**

L'assainissement implique, en particulier le contrôle:

a. Des canalisations d'égouts et des méthodes d'évacuation des matières usées, afin d'assurer que les unes et les autres soient suffisantes et offrent toute sécurité;

b. Du ravitaillement en eau potable, afin d'assurer que celle-ci est pure et saine

c. Des conditions de logement, afin d'assurer que celles-ci soient de nature :

- à réduire, dans toute la mesure du possible, les risques de transmission directe des maladies; notamment des infections des voies respiratoires;

- à favoriser, chez les habitants, les habitudes favorables à l'amélioration de la santé.

d. Du lait et les autres aliments, afin d'assurer qu'ils soient sains (mais excluons ici la question de leur valeur nutritive);

e. Des habitudes individuelles & propreté et l'existence d'un sentiment public suffisamment averti en ce qui concerne les dangers des maladies

f. De la suppression des arthropodes, rongeurs, mollusques, etc. ; vecteurs éventuels des maladies humaines;

g. De l'état de l'air ambiant, de façon à assurer qu'il soit exempt d'éléments nuisibles et que l'aménagement intérieur des ateliers, locaux, etc. ; soit approprié aux occupations qui y sont exercées;

h. Des fabriques, ateliers, logements, rues, ainsi que du milieu extérieur en général, afin d'en éliminer tous les risques, de nature mécanique, chimique ou biologique, qu'ils pourraient comporter pour la santé et de réaliser les meilleures conditions possibles de travail et d'existence.

* **Importance de l’assainissement**

L’environnement a une contribution non négligeable sur l’état de santé d’une population (l’environnement est un milieu de vie et de croissance des micro-organismes). Malheureusement en PVD ; 2/3 des habitants n’ont pas accès à l’eau potable et plus de ¾ ne disposent pas d’une installation sanitaire, même rudimentaire, surtout en milieu rural.

**L’assainissaient est un élément de prévention au même titre que la vaccination, le dépistage… Il a sa place dans un programme de santé.**

**3.LES MATIERES USEES**

a. Les matières usées liquides

L’activité des êtres vivants : humaines et animaux, aboutit à l’élimination des déchets liquides et solides de nature variée dont l’accumulation constitue à des échéances plus ou moins rapprochées, des inconvénients sérieux et ce qui est redoutable, des dangers.

Dans ces déchets, les uns sont liquides. Ce sont les matières usées liquides, appelés encore eaux usées ou immondices liquides dont l’évacuation et la destruction constituent un des problèmes d’hygiène urbaine les plus difficiles à résoudre, en raison de leur quantité considérable. Les autres sont des déchets solides qu’on englobe sous le nom d’ordure ménagère ou gadoues.

### Nature et dangers des matières usées liquides

1. Les eaux de ruissellement :

Ce sont surtout les eaux de pluie, de lavage des rues, des cours…Ces eaux sont habituellement assez pauvres en matières organiques ne renferment que les détritus jetés sur la voie publique, les excrétas d’animaux incomplètement enlevés par les services des voiries.

Par contre, elles sont riches en matières minérales, sables, poussières provenant de l’usure des chaussures.

Ces eaux sont peu fermentescibles, elles peuvent circuler sans trop d’inconvénient à ciel ouvert, si la pente est suffisante pour entraîner les matières minérales, souvent lourdes.

Elles peuvent être déversées directement dans des cours d’eau sans risque de les polluer.

2. Les eaux ménagères :

Elles comprennent :

* Les eaux de cuisine provenant de lavage des légumes, des vaisselles…
* Les eaux de toilettes et de douches qui renferment des particules épidémiques avec leurs microbes pathogènes et beaucoup de savon.
* Les eaux de lavage et nettoyage des appartements qui ont récolté les poussières souvent novices des habitations.

Ces eaux, bien qu’elles soient diluées, restent fermentescibles, et comme telles ne doivent jamais être versées dans des caniveaux ni sur la voie publique.

Mesures possibles au niveau de la communauté pour assurer la gestion des eaux usées.

* Remplacer les robinets qui fuient et limiter les quantités d’eau répandues accidentellement ;
* Assurer l’évacuation des eaux usées, dans les habitations grâce à un système de drainage bien conçu. Par exemple eaux des pluies :

Faitière : point de collecte

Couverture végétale dans les maisons ;

* Installer des puits ou tranchées d’infiltration pour l’élimination des eaux ménagères à l’extérieur des habitations lorsqu’il n’existe pas de système de drainage communautaire ;
* Installer des puits d’infiltration autour des pompes à main, des fontaines publiques ou autres sources publiques d’approvisionnement ;
* Organiser le drainage ou le remblayage dans la collectivité ;
* S’abstenir de déverser des déchets solides dans les fossés découverts (et curer ces derniers le cas échéant) ;
* Organiser un système efficace d’évacuation et d’élimination des eaux usées lorsqu’on utilise dans la communauté des sanitaires à eau implantés à l’écart.

**4.** Evacuation et traitement des déchets solides (gadoue)

1. **Définitions**

* Quelque chose qui ne peut plus être utilisée selon ses intentions premières ou quelque chose qui peut être rejetée définitivement.
* Ordures : matières putrescibles d’origine végétale ou animale.
* Débris : déchets solides et non putrescibles.
* Balayure : débris résultant du nettoiement des voies publiques.

1. **Risques sanitaires**

Une évacuation non adéquate peut avoir plusieurs conséquences :

1. Risque d’incendie ; elles sont facilement inflammables, en général par suite de la présence des papiers, pailles…
2. Elles constituent la nourriture principale des rats : les soustraire à ces rongeurs constitue un point essentiel de la lutte défensive contre ces propagateurs de la peste : Multiplication de vecteurs de maladies.
3. Elles sont putrescibles et leur fermentation, lors qu’elle n’est pas méthodiquement dirigée, elle donne naissance à des gaz ou à des liquides nauséabonds.
4. Les tas d’ordures constituent de pôles d’attraction pour les mouches et les insectes.
5. Elles peuvent véhiculer les germes pathogènes les plus divers provenant des chambres des malades etc…, dont certaine peuvent être résistante dans le milieu extérieur. Exemple :Les croûtes de la variole, les squames de la scarlatine.
6. Enfin, elles peuvent être responsables de contamination, dans certain cas, des nappes souterraines ou des sources voisines.
7. **Evacuation des déchets ménagers**

Elle se fait en 3 phases :

1°) Conditionnement à domicile

Avant d’être évacuées, les ordures ménagères doivent être conservées de façon hygiénique. On doit utiliser des récipients (poubelles) :

* En matières imperméables
* Résistant à la corrosion
* Facilement nettoyage
* Muni d’un couvercle.

Le pouvoir public spécifié :

1. Un règlement sur la nature et la qualité des poubelles ;
2. L’endroit où il faut les entreposer ;
3. La fréquence de la collecte.

2°) La collecte est organisée par les services publics.

Le ramassage se fait par les éboueurs :

* 2-3 fois par semaine dans les quartiers résidentiels,
* Tous les jours dans les quartiers commerciaux.

En milieu urbain, il est organisé un stockage dans les dépôts intermédiaires :

* Collecteur ouvert,
* Collecteur hermétique : récipient normalisé.

On devrait utiliser des bennes appropriées. A défaut brouettes, charrettes, camions.

3°) Traitement final

Différentes méthodes pour éliminer les déchets sont applicables aussi bien individuellement qu’à l’échelle collective.

1. Décharge ordinaire

Dépôt « sauvage » des ordures dans un trou ou sur le sol. C’est la solution la plus fréquente dans notre pays. D’ailleurs la population défavorisée vit de la récupération d’objets, de métaux, de végétaux fouillant dans la décharge.

Il y a donc toute une économie parallèle qui se développe autour de l’élimination des ordures.

Désavantages : A déconseiller car n’élimine pas les risques sanitaires et inconvénients liés au bien-être des personnes.

1. Décharge contrôlée ou sanitaire

* Dépôt des ordures dans un trou, tassement et recouvrement régulier par une couche de terre.
* Peut-être individuelle : trou de 2m de profondeur.

Avantage :

* Procédé salubre,
* Pas de tri nécessaire (mais attention aux produits dangereux),
* Permet de récupérer certains terrains inexploitables.

Désavantage :

* Nécessite une grande surface de terrain,
* Recours à un équipement lourd + équipe spécialisée,
* Possibilité de contamination de la nappe phréatique.

1. Compostage

* Nécessite un tri des déchets afin de ne conserver que les matières organiques putrescibles.
* Peut-être :
  + Individuel : prévoir 2 trous,
  + Collectif,
* La matière décomposée est récupérée comme engrais.

1. Incinération

* Combustion des déchets,
* Incinérateur individuel : fût équipé d’une cheminée,
* Incinérateur Bailleul en brique pour hôpital,
* Usine d’incinération.

1. Autres alternatives à l’élimination des déchets solides

* Réutilisation :

Utilisation du déchet pour un autre usage.

Ex. : Vieux pneu utilisé par le matelot pour amortir l’accostage des navires.

* Recyclage :

Transformation du déchet sous une autre forme.

Ex. : Papier carton, récupéré et transformé en papier de toilette.

### Valeur hygiénique e et choix de divers procédés

Les divers procédés d’utilisation ou de destruction des ordures ménagères peuvent être divisés en deux catégories :

1. La première comprend ceux qui se plient mal réglés de l’hygiène et qui ne peuvent être admis que s’ils sont pratiqués loin des lieux habités, ce sont :
   1. le rejet à la mer ou au fleuve ou au lac
   2. les décharges brutes…
2. La seconde comprend ceux dont le principe satisfait aux règles de l’hygiène : ce sont :
   1. l’incinération
   2. les décharges contrôlées
   3. fermentation ou digestion dans les usines de traitement.

Il n’y a pas de solution univoque au problème des ordures ménagères. Le choix sera dicté par les solutions donnant satisfaction aux règles d’hygiène par les circonstances et les conditions locales.

Il faudra toujours avoir de la protection de la santé publique et charge supplémentaire qui pourra en résulter sera compensée par l’amélioration du confort et des conditions sanitaires de population.

* 1. **Importance du problème des maladies liées aux excréta**
* Elles sont une cause majeure de morbi-mortalité surtout dans les pays du tiers monde.
* Les maladies diarrhéiques sont responsables de 5 millions de décès par an chez les enfants de moins de 5 ans.
* L’ascaridiose touche 1 million de personnes, l’ankylostomiase 800 millions, la schistosomiase 300 millions.
* Elles sont débilitantes et ont retentissement sur le plan du bien-être individuel et sur le plan socio-économique.
  1. **Mesures de lutte contre le péril fécal**

1. Actions au niveau du réservoir
2. Dépister les cas et les traiter.
3. Mesures de décontamination des selles en cas de choléra.
4. Actions au niveau de l’hôte
5. Renforcer sa résistance générale : bonne nutrition, traiter les maladies intercurrentes.
6. Renforcer son immunité spécifique à certains germes fécaux vaccination contre hépatite A, Polio, Typhoïde.
7. Action au niveau des voies de transmission

* Transmission féco-orale directe
  + Amélioration de l’hygiène via l’accès à une quantité d’eau suffisante,
  + Amélioration de la quantité de l’eau,
  + Latrinisation.
* Transmission par ingestion indirecte
  + Contrôle vétérinaire du bétail,
  + Cuisson suffisante de la viande / Crustacés,
  + Latrinisation.
* Transmission transcutanée (Ankylostomes, Anguillules, Schistosomes)
  + Port de chaussures,
  + Eviter la stagnation de l’eau, lieu de prédilection pour le développement des ankylostomes et des anguillules,
  + Eviter les baignades / lessives dans une eau supposée être infectée par les schistosomes,
  + Laisser reposer l’eau supposée être infectée de cercaires de schistosomes pendant 2 jours afin que cette forme infectante disparaisse (temps de persistance : 2 J),
  + Lutter contre les mollusques, hôte intermédiaire du schistosome,
  + Latrinisation.

1. Education sanitaire de la population et formation de personnes ressources locales pour l’entretien des installations sanitaires.

**5. Evacuation des excrétas**

Une évacuation hygiénique des excrétas a un triple impact :

1. Impact sur la santé

Elle limite la transmission des pathogènes fécale.

1. Impact sur le bien-être

Elle diminue les odeurs et la multiplication des insectes (mouches) qui sont ressentis comme des nuisances par la population.

1. Impact économique

Les excrétas collectés dans des conditions particulières permettent leur réutilisation comme compost.

1. Les critères d’un bon système d’évacuation des excrétas
   1. Pas de contamination de la nappe phréatique et des points d’eau de voisinage.
   2. Excrétas non accessibles aux mouches, aux cancrelats, aux rats…
   3. pas de possibilité de multiplication des moustiques.
   4. pas d’odeurs.
   5. entretien facile : propreté.
   6. durée de vie de la latrine suffisamment longue ou latrine permanente.
   7. respect des habitudes socio-culturelles et religieuses de la population.
   8. répond à un besoin de la population.

**6. Amélioration de la qualité de l’eau et sa disponibilité**

1. **Généralités**

L’eau est l’une des ressources naturelles la plus consommée au monde car rien ne peut survivre sans elle.

Besoin en eau

L’homme a besoin de l’eau pour boire, cuisiner, se laver, vaisselle et lessive : constituent les besoins en eau domestique.

Quantité minimum à ingérer : 2 – 3L / Pers. / j

Si climat chaud et sec : 5 – 6L / Pers. /j.

Besoin minimum absolu pour satisfaire tous les besoins : 30L / hab. / j.

1. **Disponibilité de l’eau**

La disponibilité de l’eau à une distance non excessive est considérée également comme un besoin. Cette distance ne doit provoquer ni perte de temps, ni perte d’énergie excessive, sinon la collecte de l’eau serait « une corvée ». La Distance recommandée par l’OMS : ne pas dépasser 400 m comme distance maximum entre le foyer et le point d’approvisionnement.

## HYGIENE ALIMENTAIRE

### Contamination des aliments par des microbes

La première règle de prévention est certainement le respect d’une hygiène soigneuse en veillant à éviter les contaminations à tous les stades des manipulations ou de la fabrication des denrées alimentaires.

* + 1. **Les règles d’or de l’OMS pour la préparation d’aliments sains**

1. Choisir des aliments ayant subi un traitement assurant leur innocuité
2. Bien cuire les aliments
3. Consommer les aliments immédiatement après leur cuisson
4. Conserver les aliments cuits avec soin
5. Bien réchauffer les aliments
6. Eviter tout contact entre des aliments crus et des aliments cuits
7. Se laver fréquemment les mains
8. Veillez à ce que tout dans la cuisine soit d’une propreté absolue
9. Protéger les aliments des insectes, des rongeurs et des autres animaux
10. Utiliser de l’eau pure.

Cette composante vise à aider la population à :

* s’organisre pour avoir suffisamment d’eau potable ;
* promouvoir l’hygiène individuelle et collectve ainsi que la salubrité du milieu.

### La santé maternelle et infatile y compris la planification familiale

Cette composante, delicate qu’elle est, nous pousse à ouvrir une parenthèse sur la planification familiale selon notre vecu entant que professionnel de santé dans la communauté et enseignant en cette matière de la santé de la reproduction . la santé maternelle et infantile resume toutes les actions visant à assurer une bonne santé à la mère et aux enfants  citons que les consultations et soins prénataux, accouchement assisté, soins et surveillance de la croissance des enfants, planification familiale (espacement des naissances, lutte contre la stérilité et les MST).

c’est ainsi que nous avons intitulé ce point très pertinent de la quatrieme composante des soins de santé primaires, « **J’AI CHOISI LA PLANIFICATION FAMILIALE, pour un avenir meilleur »**un témoignage personnel de BOB SENKER NDIMBA en matière de santé de la reproduction.

### Quelques jours à Tulane internationale.

… un jour, dans la salle de formation de la TULANE à Kinshasa, nous étions appelés en tant qu’enseignants des instituts techniques Médicales, pour une formation sur une matière très importante qu’on appelle la panification familiale.

Le jour-là, c’était un lundi du mois de janvier, de l’année 2020. en qualité d’observateur de terrain, c’est-à-dire, nous étions une équipe des enseignants venu des partout ensemble avec certains comme Emmanuel Mitanga, Innocent Mayoyi, Cassien Lingwenge, pour ne citer que ceux-là. Après la lecture de l’agenda des activités de la journée par docteur Pricillia VISSY, en tant qu’assistante du professeur, le docteur Franck ; Directeur à la Tulane, prend la parole et nous parle de beaucoup des choses sur la santé de la reproduction, … qui, aujourd’hui, transformer en une étude scientifique, évaluant l’accessibilité des couples, des femmes en âge de procréer et des hommes à la planification familiale d’une part et la qualité de prestation ou des soins administrés par les infirmiers formés sur les méthodes de la planification familiale d’autres part. Depuis l’arrivée de la femme, du couple et ou de la femme en âge de procréer dans un centre pour le choix de la méthode adaptée pour son cas, en commençant par le counseling générale, counseling spécifique à la méthode …. Impliquant la méthode BERCER,…

A son arrivé, l’investigateur principal ; il nous salue, prit la parole, et expliqua à l’auditoire le bien-fondé de cette étude, en se résumant sur le taux de mortalité maternelle et infantile qui, ne faisait que augmenté dans beaucoup des pays,… et dit que la **planification familiale est une question de mentalité et de développement** …(AKILIMALI pierre, 2020).

# Bien que la problématique de la santé de la reproduction moins encore de la planification familiale, ne m’était pas nouvelle, mais la manière dont le professeur en avait parlé le jour-là ; cela m’avait permis de faire un dialogue en couple avec ma tendre et douce épouse, concernant le choix de la méthode adaptée pour notre couple.

# Le dernier jour de la formation le matin, on attendait le début de la formation, quelques minutes plus tard, je vois deux messieurs en train de se parler de la façon dont le professeur akilimali avait brosser la synthèse de l’étude, la problématique et l’importance de l’accessibilité d’un couple à la planification familiale d’une part et de la qualité de la service fournie par les prestataires en cette matière de la santé de la reproduction d’autres part, ne citons que les méthodes contraceptives, dont le placement et le retrait des implanons NXT, je retiens une parole d’un des interlocuteurs, qui disait ahhhh, si les gens comprenaient vraiment l’importance de la planification familiale, tout le monde devrait planifier ses naissances…Et l’autre ayant compris le message, d’un coup, le feed back arriva, vraiment tala ndenge professeur alobelaki yango lobi( regardes comment le professeur en avait parlé hier…) et le premier répliqua, mais oyebi que tokoki kokomela yango livre munene pe batu batangi…( on pouvait écrire un livre sur toutes ces notions et servir les autres pour la lecture…)c’étaient Messieurs Guy Ngindu et Stève MBIKAYI KOLELA.

# La curiosité scientifique oblige, je me suis approché d’eux, je les ai salué et me suis présenter … Cette parole-là, me revenait toujours en esprit que on pouvait écrire tout ceci, dans un livre et servir aux autres.

# 

# Apres lecture de l’agenda du jour, il était question de faire l’échange et jeu de rôle, sur le questionnaire qui devrait nous servir sur terrain, avant la clôture de la formation, le professeur Akilimali  demanda à son assistante de nous faire passer chacun devant et de dire ce que lui a retenu sur la formation et de quoi cette formation l’a servi :

# 

# A mon tour ; je suis passé remerciant le professeur pour cette question, me souvenant de deux expressions la planification familiale est une question de mentalité et de développement ( professeur Akilimali) puis on pouvait écrire un livre sur toutes ces notions et servir les autres( conversation de maitres Steve mbikayi et Guy ngingu, mes superviseurs) juste enthousiasmé, soudainement, j’ai répondu que la panification familiale est une question de mentalité et de développement, cette formation de trois jours sur le plan personnel m’a servi de dialoguer avec mon épouse à fin de consulter un service approprier et choisir une méthode adaptée pour notre couple et je m’étais réservé de cette phrase qui me revenait souvent en esprit et voulant sortir de ma bouche cette phrase, une interpellation m’est arrivé de ne rien dire mais couche cela dans un livre…

# 

# Je me demande souvent, pourquoi Albert Nduité dans son livre anthropologique, intitulé la pondération à partir de la philosophie des idiots, stipule que les enfants sont nos béquilles les plus sûres qui nous soutiennent quand nous nous affaiblissons sous le poids de l’âge…

# 

# Une réponse me passe en tête, que c’est un livre anthropologique, là c’est l’homme qui est étudié.

### 2. La réflexion du professeur Jean Lufuluabo

# La terre des hommes, comment nous y passons le laps de temps qui nous est imparti par YHWH, le créateur du ciel et la terre, maitre de temps et de circonstance ? comment y pensons-nous ce temps ? Quels souvenirs laissons-nous ? je pense aux différentes oraisons funèbres et si c’est un adulte marié, on termine par dire qu’il (elle) laisse une veuve ou un veuf et autant d’enfants, on ne dit jamais autant des voitures, autant d’immeubles, autant des millions en banques.

# 

# Je me demande, mais les enfants, les jeunes qui dépendent des autres, qu’est-ce qu’ils peuvent faire pour laisser des traces ? Oui, leurs souvenirs résident dans leur comportement : jeune serviable, jeune obéissant, jeune poli, jeune qui fait du bien, jeune intelligent, jeune exemplaire dans sa façon de vivre. Un tel jeune marque ses parents, sa famille, son entourage, son église son quartier, son village, sa nation et pourquoi pas le monde entier.

# 

# Parce qu’on parlera de lui, localement, mais jusque plus loin. Parce qu’il laissera des souvenirs, pas nécessairement matériels, mais moraux, spirituels ; l’exemple de bakanja, anuarite et certains martyrs de l’Ouganda ne citons que saint noé Mawaggali. Toi , le jeune qui me lis aujourd’hui, quels souvenirs auras tu laissé ? allait-on seulement regretter t’avoir perdu, un être cher par tes proches ?mais ils se souviendront de toi en quoi  après ce moment d’émotion ? Pensez –y maintenant chers jeunes. Ne passe pas inaperçu cette terre des hommes.

# 

# Attention, ne te fais pas remarquer par des actes inciviques ; bagarres vol, viol, voyoutisme, etc…, car ta famille et ton entourage souhaiteraient même ta mort et une fois enterré que restera-t-il de toi ? Car, ta mort va laisser un vide que personne ne va regretter. Jeune, penses y maintenant que tu es encore vivant.

# 

# Quel souvenir allais-tu laissé si le corona virus t’avait emporté ? Dieu te donne encore une chance pour vivre et laisser des bonnes traces. Contrôle- toi bien désormais et devient vraiment utile à ta famille, à ton école, ton université, ton église, ta province, ta nation,…et au monde.

# C’est possible, les autres l’on fait, toi aussi tu peux le faire. Ne te minimise pas, tu as une grande valeur aux yeux de ton créateur. Marques tes parents, tout ton entourage, ta nation positivement.

# Tu me diras que notre environnement n’est pas propice à tout ça. Mais si tout le monde dit comme ça, qui changera notre environnement, qui le rendra propice à ton épanouissement ? C’est peux être toi et moi. Je fais déjà ma part.

### Ecoutes mon histoire aux cotés de mes parents

# SENKER NDIMBA BOB, suis né un certain troisième jour du mois de mars à Bandundu ville, dans l’ancienne province de Bandundu actuellement, la province Kwilu, deuxième d’une famille de six enfants dont le premier un garçon, fiston SENKER MBULUKU, la troisième Berdelline SENKER MASETA, le quatrième JANCY SENKER KOKOPA , le cinquième fresnel SENKER et la sixième bethsaida SENKER, tous fils et filles de papa SENKER KOKOPA COOPER BOIS KOCKRY pour des proches et de maman martine Ekubi martine, maîtresse, pour les proches et ses élèves.

# 

# Juste quelques années de vie, je me souviens que j’avais 4 ans j’ai dit bonjour au grand fleuve zaïre à l’époque … mon père étant déjà ici à Kinshasa, avec mon grand frère, envoya un cousin de venir nous prendre à Bandundu ville précisément vers le territoire de Bagata via Kinshasa, c’était pour moi, la première fois de voyager par bateau. Nous avons fait environ deux semaines de voyage et nous sommes arrivé à Kinshasa, environ quatre années seulement de vie, et ma petite sœur en avait deux. La vie près de père et mère m’enchantait tellement et mon père déjà à cinq ans m’inscrivait à l’école au groupe scolaire ENTSE à Mombele Limete, j’étais toujours à temps et faisais toujours pas moins de septante dix-huit pourcent, tout vérificateur qui passerait, remarquerait ce fait car selon moi, j’avais à cet âge-là de l’affection maternelle et paternelle puis le papa était un idéal pour moi. chaque nuit étant donné qu’il était maitre hôtelier, revenait presque après vingt-deux heures on était déjà en train de dormir et lui, révélait maman et souvent les week-end et nos grandes sœurs de famille autrement dit cousines puis mettait de la musique à cette époque, la radio à tourne disque, il dansait avec ma mère la chanson de tabouley son cousin proche là, sous nos acclamations et à la fin, nous disait si je fais ça, c’est ne pas pour vous déranger du profond sommeil mais plutôt pour vous apprendre que personne ne peut être mieux que chez soi et l’unique et le seul ami pour un papa c’est sa femme et ses enfants. Donc c’était une façon d’exprimer son amour envers nous.

# 

# Les années passent tellement vites, je suis en sixième année primaire, le papa voyagea pour son village, le Baaba, au grand Bandundu vers MBAYA, il revient nous disant qu’il était parti chercher des vaches étant donné que son père était un grand éleveur, après sa mort il avait laissé plus de trois cent tête de bœufs …mais il en avait pris qu’une et était morte au bateau…

# 

# Il commença à souffrir, le capital santé qu’il en avait ne faisait que désaltérer et comme nous le savons, le professeur marcel kabengele nous disait dans son cours de psychologie médicale, comment la personne refuse l’entrée dans la maladie…. Et notre papa, faisait que semblant d’avoir un état de bien être mentale, physique et sociale. Pendant cette période la vie était vivable.

# 

### 4. L’Arachide de ma mère.

# …C’était le jour du test d’évaluation, en sixième primaire, je m’étais très bien préparé avec trois crayons et trois stylos. Chose étonnante, je ne sais pas si c’était de la frousse de la première fois de présenter cette épreuve, mais je ne pense pas, le froid m’a pris, j’avais de la fièvre, et mes stylos tout neuf, j’étais incapable d’écrire. Le chef de centre passa à mes côtés compris que j’étais malade, et me donna les médicaments puis je suis retourné dans la salle,… Juste kizito et servant de messes que j’étais, une petite prière me remit dans l’assiette initiale et je travaillais avec conscience. Quelques minutes après j’avais terminé ; au moment que j’appelais le surveillant pour récupérer ma copie, le même inspecteur chef de centre était de nouveau dans notre salle d’examen pour chercher un élève. J’entendis vaguement qui s’appelle Senker Ndimba bob, sous l’exclamation je répondis moi Monsieur, il me demanda si j’avais déjà fini… et la réponse à la question était un oui total comme le fiat de marie, dit-on. Il me prit en main jusque-là dans son bureau m’acheta un pain …jouait avec moi, je ne comprenais plus rien et soudain, j’ai vu deux grandes sœurs qui jadis, vivaient chez nous, mariées et venue me prendre à l’école…. Je ne comprenais toujours pas. Arrivé à la maison, je vois les gens entrain de pleurer… Ma mère sur terre, entourée de ses connaissances…Je demandais à ma mère pourquoi pleure-t-elle, elle me répondait par une question, qu’avons-nous fait dans la vie…C’est plutôt un grand frère de l’église qui me disait que votre papa est mort. Je n’avais jamais et jamais vu un deuil de mes proches ou dans notre maison, j’étais ni chaud ni froid.

# 

# Quelques jours après, le papa était enterré et maman devrait prendre de la relève, et grâce à ses verres d’arachides, nous mangions cette fois-là une fois la journée et c’était rien que le soir ou la nuit après vingt et une heure du soir on dormait déjà parfois ; maman nous réveillait pour manger sous le sommeil, on faisait un effort de manger quand même. Je m’étais rendu compte que papa n’étais plus, car la dernière fois que j’ai pris du thé au lait et mangé avant seize heures, c’était avant sa mort.

# 

# La vie était devenue vraiment difficile, je devrais déjà en troisième année des humanités accompagner maman à la boulangerie pour faire faire de la commande et prendre les pains, comprenez que c’était environ trois heures du matin ; je pleurais et à de Fois je me faisais le faux malade. Car, c’était à trois heures le réveil, à six heures l’école à l’Institut Maman Muilu ; à seize heure, je faisais la commande des gâteaux pour vendre. Cela, pour me procurer n’est fût-ce que des pantalons, me payé les frais scolaires et ceux de mes frères et sœurs.

# 

# Chose miraculeuse, Dieu ne me laissait pas il m’envoyait toujours des clients à fin que je finisse vite mon commerce à moi et que je me dépêche, remplacer maman car, elle devrait se rendre à la paroisse saint Amand où elle était présidente de la commission paroissiale de la catéchèse. Je m’amenais là au coin de l’avenue Lumumba avec mes cahiers, je vendais en lisant jusqu’environ une heure du matin, car à trois heures d’office le rendez-vous ne manque jamais, je dois me réveiller pour me rendre à la boulangerie. Je me souviens que les gens de notre entourage interprétaient mal ce là ; mais maman, nous disait toujours : travaillez et prenez de la peine ; un jour, vous grandirez et vous occuperez des places de choix au festin… Après mon diplôme d’état, il était question de me lancer à l’université. La problématique des frais académiques ; transports…le grand frère qui venait juste avant moi me dira en tout silence : Bob, je me prive d’aller à l’université, je préfère te donner cette opportunité d’y aller mais promets-moi, que tu le feras autant pour les Quatre petits qui sont derrière toi. Quelle responsabilité pour un jeune homme de moins de vingt ans qui devrait accepter dans cinq ans prendre en charge quatre autres personnes ne connaissant pas qu’est ce qui viendrait après ces cinq années d’université…

# 

# J’ai accepté puis il m’aidait… et à mon tour, je le fis pour mes quatre petits. Dieu étant le père des orphelins, avec le concours de la communauté bilenge ya mwinda je servais le seigneur depuis…Jusqu’au jour d’hui, je suis marié père de quatre enfants et responsable du service des fiancés libala mwinda à la paroisse saint Noé Mawaggali et couple responsable de la pastorale des familles autrement dit commission de MABOTA et multiples fonctions au pays et dans des projets de santé. Le courage, la détermination et la conscience ont fait de moi un responsable très tôt, car voyant la lourde responsabilité et de prendre en charge quatre petits et mes propres enfants… pour ne pas tomber dans des difficultés que nous avons vécu, Je me suis dit, je choisi la panification familiale pour un avenir meilleur de ma famille, Dieu aidant…

### 5. Soyez des bons parents

# Tout ce que j’ai dit pour les jeunes, nous revient aussi, mais, je pense qu’avec la grâce que Dieu nous a donnée depuis le jardin d’Eden, nous pouvons si nous le voulons car,

# Au premier couple que Dieu a créer, il dit : multipliez-vous et soyez féconds (genèse 1,28).Dieu donne ainsi aux couples, la mission de créer des nouveaux êtres humains et d’éduquer les enfants qu’ils donnent.

# Dieu est le modèle de bon parent. Car, il créer l’homme et la femme à son image. Et il leur donne tout ce dont ils ont besoin pour accomplir leurs tâches sur la terre. : Une intelligence vive, une volonté capable de décider librement, un cœur ouvert à l’amour, un corps robuste et sain. Imitons son exemple. Comme parents, éduquons nos enfants de telle sorte qu’ils grandissent comme des personnes créées à l’image de Dieu. Assurez à vos enfants les soins nécessaires pour leur croissance et leur santé si possible inscrivez les dans une mutuelle de santé. le développement de leur intelligence et une bonne scolarisation, l’éducation de leur foi aussi en leur faisant connaitre et aimer Dieu.

# Dans son souci de l’éducation de son peuple Israël, Dieu nous montre aussi les voies d’une bonne éducation. Son attitude de base est l’amour : Israël son fils, il l’élève contre sa joue comme un nourrisson, il le conduit avec des liens d’amour (osée 11,1-4).Il l’instruit par ses commandements (Dt 4,36). Mais quand son peuple commet le mal, il n’hésite pas à le corriger, non pas pour se venger, mais pour qu’Israël revienne à lui dans le repentir et l’alliance renouvelée (Jr 31,18-20).Imitez cette méthode pédagogique de Dieu : encourager, corriger, faire progresser l’enfant. Et faites ce travail ensemble en couple, car Dieu vous a unis en vue de cette tâche.

# Suivez l’exemple de la sainte famille de Nazareth. Voyez combien joseph se dévoue pour que, malgré les circonstances si difficiles, l’enfant jésus naisse quand même sain et sauf. Que de sacrifices que Joseph s’impose-t-il en fuyant avec marie et l’enfant en Egypte pour sauver leur vie. A Nazareth, imitant chaque jour la vie de Joseph et de marie, jésus progressait en sagesse et en taille et en faveur auprès de Dieu et des hommes.( Luc 2,52).

# Suivez l’exemple de Dieu lui-même, tel que jésus dépeint son père : le père du fils prodigue qui, en voyant son fils revenir, fut pris de de pitié, courut jeter sur son cou et le couvrit des baisers (Jean 3,17).

# Suivez ces conseils de saint Paul, qui dit : vous, parents, ne révoltez pas vos enfants. Pour les éduquer, ayez plutôt recours à la discipline et aux conseils qui viennent du seigneur (Eph.6,4). Paul, ajoute et souligne ainsi que l’attitude des parents doit s’inspirer de l’attitude fondamentale de bonté et d’accueil de Dieu. Ailleurs Paul ajoute : chers parents, n’exaspérez pas vos enfants de peur qu’ils se découragent Col 3,21). Bien mieux que par le fouet, vous éduquerez très bien vos enfants en leurs donnant des conseils et en dialoguant avec eux. Vous éviterez de décourager vos enfants quand vous leurs expliquerez calmement pourquoi vous voulez d’eux un tel comportement. Des ordres sans explications, des colères et des punitions répétées découragent les enfants et risquent de les éloigner effectivement de vous risque permanent lorsque vous serez affaibli sous le poids de l’âge ou lieu qu’ils vous soutiennent comme des béquilles les plus sûres.

# Sarazin, et all (1994) pensent que vous devez éduquez vos enfants par votre propre exemple à fin que vous soyez des modèles à imiter pour vos enfants.

# Eduquer un enfant est un service à rendre à l’enfant, à la société et à Dieu, dans l’esprit d’humble service de jésus (Mt 20,28).Dialoguez avec les enfants dans l’action éducative.

# Comprenez l’éducation de vos enfants comme une tâche à assumer à deux. Que le papa ne se dérobe pas, qu’il ne fasse pas semblant de marquer sa présence à la maison auprès de ses enfants et sa femme mais plutôt qu’il marque effectivement sa présence positive et qu’il prenne le temps de parler, de jouer avec ses enfants. Ne dites pas mon fils ou ma fille, plutôt il faut dire notre fils ou notre fille.

# Prenez chaque enfant tel qu’il est, avec son caractère propre et sa façon d’être bien à lui. Ne désirez pas que tous vos enfants soient identiques, mais respectez l’originalité de chacun. Soyez plutôt attentifs à celui ou à celle de vos enfants qui est faible, physiquement et intellectuellement, et encouragez-le spécialement.

# Aimez tous vos enfants d’un même amour inconditionnel, évité de montrer de préférences et des antipathies.

# Donnez rarement des punitions, mais corrigez par des conseils et des encouragements, et surtout par votre exemple.

# Faites de vos enfants des personnes sérieuses, appliquées au travail, honnêtes et polies. Faites d’eux des gens utiles à la société, capables de rendre service et de porter une responsabilité.

# Faites de vos enfants de bons chrétiens, ouvrant leurs cœurs à Dieu dans la prière, droits dans leur comportement, généreux, pieux et joyeux.

# Chers parents surtout pas comme ça ; la vie, les peines et douleurs que vous avez pu endurez, faites en sortes que vos enfants ne vivent pas cela et ne les rappeler pas …si possible mais, plutôt comme une histoire au besoin pour une prise de conscience.

# L’amour et l’affection que vous donnez à votre femme ou mari et à vos enfants permettront à ceux-ci, de faire de même à leur progéniture ; au conjoint et ou à la conjointe quand ils grandiront.

# En guise de conclusion du chapitre, je pense que vouloir programmer et limiter ses naissances c’est vouloir prévenir les risques socio-professionnels et sanitaires.

# En réalité, ce chapitre nous invite à une conscience personnelle sur l’acceptabilité et l’accessibilité des couples et des jeunes à la planification familiale et à la contraception.

# Les enfants sont nos béquilles les plus sûres qui nous soutiennent lorsque nous nous affaiblissons sous le poids de l’âge. Mais hélas, ce qu’il faudrait savoir est que cet enfant doit être scolariser , éduquer et préparer dans des conditions les plus meilleures que possibles à fin qu’il prenne au temps futur, la responsabilité et jouer convenablement le rôle de vraie béquille. D’où la nécessité de la planification familiale.

### 6. La planification familiale

## **A. Historique du Terme**

Le terme planification familiale vient de l’anglais familly planning. Ce terme est introduit pour la première fois de la manière officielle vers les années 1930 par l’association britannique pour le contrôle de naissance PNSR (2002). Mais depuis l’antiquité déjà chez les mésopotamiens 1600 Av. JC les femmes utilisaient les pierres pour ne pas concevoir. De leur côté, les Araméennes de confession hébraïque utilisaient le Moukh c'est-dans le vagin qui empêchait le sperme d’atteindre l’utérus, plusieurs personnes ont parlé de planification familiale et enfin MALTHUS.

A Kinshasa également et partout au pays vers les années 1980 que la planification familiale fut introduite par un arrêté ministériel.

## B. Buts de la planification familiale

D’après le PNSR-RDC (2020), le but de la planification familiale est de :

1. Aider les couples qui veulent espacer les naissances à le faire ;
2. Aider es couples qui ne veulent plus avoir des enfants à le faire ;
3. Aider les couples inféconds à résoudre leur problème d’infécondité ;
4. Eviter aux couples les grossesses non désirées ;
5. Il faut signaler que la planification familiale aide aux couples à éviter les grossesses à haut risques « les quatre trop ».

Une grossesse est particulièrement à haut risque si elle se situe parmi :

* Les grossesses trop précoces (moins de 18 ans)
* Les grossesses trop rapprochées (moins de 2 ans)
* Les grossesses trop nombreuses (plus de quatre)
* Les grossesses trop tardives (plus de 35 ans)

## **C. Choix d’une méthode de la planification familiale**

Il existe les méthodes modernes et traditionnelles, artificielles et naturelles. Les méthodes traditionnelles ont servies pour empêcher la grossesse à laquelle l’application a été transmis d’une manière traditionnelle d’une génération a une autre ; de ce fait, toutes méthodes naturelles que artificielles sont choisies et évaluées selon les critères suivants :

* **La réversibilité** : c’est la rapidité de retour à la fécondité normale à l’arrêt de l’utilisation d’une méthode ;
* **La sécurité** : c’est la mesure à laquelle une méthode contraceptive ne cause pas du tort à l’utilisateur ;
* **Efficacité**: c’est la capacité qu’à une méthode d’empêcher la survenue d’une grossesse ;
* **L’acceptabilité**: le pourcentage des personnes qui désirent la contraception et décident l’utiliser après avoir été informé sur la dite méthode (P.N.S.R 2003)

**D. Avantages de l’utilisation des méthodes contraceptives dans une famille.**

Dans la tradition africaine tous les aspects de la vie étaient planifies et réglés selon des normes traditionnelles, acceptées et respectées par tous. Les gens plantaient les produits viviers à une période bien déterminée de l’année et pratiquement la rotation des cultures d’un champ à un autre pour donner à la terre le temps de se régénérer. C’est dans ce même ordre d’idées que divers interdits sexuels et coutumiers qui couvraient une période de durée variable après la naissance pour protéger le nouveau-né, permettaient d’espacer des naissances de deux ans environ aussi bien en R.D.C que dans d’autres pays d’Afrique.

Aujourd’hui ces interdits et coutumes sont de moins en moins respectés mais, la planification familiale moderne donne aux parents des moyens de régulier les naissances. Avec celle-ci, ils peuvent choisir à quel moment augmenter la famille, donner à la mère le temps de se reposer et de refaire se force ou arrêter définitivement d’avoir des enfants s’ils le souhaitent.

Il faut aussi souligner que le fait que les services de la planification peuvent aider les personnes infécondes à résoudre leurs problèmes d’infécondité (P.N.S.R 2005).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Avantage** | **Sanitaire** | **Economique** | **Socio affectifs** |
| Pour la mère | - Contribue à la réduction de la mortalité maternelle en évitant les sollicitations multiples de la matrice et son apaisement ;  - Permet à l’organisme de la femme de se reposer et de se reconstituer, favorise l’espacement des naissances évitant des grossesses rapprochées ;  - Evite les complications dues aux grossesses rapprochées, rupture de la matrice, hémorragie ; prolapsus utérin.  - Evitant les complications dues aux avortements provoqués. | - Permet à la femme de reprendre les activités professionnelles et économiques  - Lui éviter des multiples congés de maternité et des absences répétées. | - Permet l’épanouissement sur le plan sexuel et le bien être général,  - Lui permet de consacrer plus de temps pour son métier,  - Disposer son temps pour se faire belle et être aimée par son mari, lui permet de la respectée et de la considérée dans son milieu de vie. |
| Pour l’enfant | - Contribue à la réduction de la mortalité en réduisant de risque de naître, avec un faible poids. | - Scolarité assurées  - Bénéfice d’une denrée alimentaire | - l’affectation maternelle |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Pour le père | Lui garantir une bonne santé mentale ;  - Lui évité la dépression psychique et les crises hypertensives dues à la survenue d’une grossesse non désirée. | - Diminution de dépenses occasionnées par les maladies  - Répond aux besoins fondamentaux de la famille  - Possibilité d’épargner  - Possibilité de réaliser les projets. |  |
| Pour la famille | - Garantie la santé famille | - Permet aux parents d’assurer leur responsabilité, nutrition, scolarité, logement, habillement, des soins de santé, faire l’économie ou améliorer les revenues familiales, lui permet d’équilibrer la famille. | - Harmonie conjugale, évite l’infanticide. |
| Pour la communauté pays ou société | * Population en bonne santé * Réduction de cas des maladies * Réduction des taux de mortalité maternelle et infantile et complications dues à la grossesse. | * Assure une main d’œuvre de qualité pour le développement de la communauté * Augmente la productivité | * Assure une main d’œuvre, * Eviter des faits sociaux comme « enfant de la rue, chèques, sorcier » * Tout le monde participe à la vie sociale et culture. |

## 

## Critères psycho-sociaux à prendre en compte lors du choix d’une méthode contraceptive

## **Conseil pratique au technicien (Clinicien)**

La littérature de l’OMS (2000) rapporte la multitude des circonstances d’échecs et des explications avancées ainsi que la variabilité, en fonction des populations étudiées, des facteurs associés aux différents types d’échecs.

Des approches théoriques ont été également développées dans le domaine de la contraception. Les principaux résultats en sont détaillés à titre indicatif dans les paragraphes suivants (EDS 2009).

Le groupe de travail retient la variabilité des trajectoires individuelles et souligne la nécessité pour le professionnel de santé :

1) D’adapter sa prescription à chaque consultante ;

2) D’étendre le champ de son entretien au-delà des seuls critères médicaux ;

3) D’explorer les motivations de la consultante vis-à-vis de la contraception et ;

4) D’accompagner la consultante ou le couple dans la réflexion et le choix de la forme de contraception la plus adaptée à sa situation personnelle (EDS 2009 Op.cit.).

## **b. Facteurs associés à la non acceptabilité des méthodes contraceptives**

En pratique, les risques d’échec contraceptif ne surviennent pas au hasard et résultent, en dehors des interactions médicamenteuses possibles :

* + soit de l’absence d’utilisation de méthode régulière (dont le non-recours à une contraception d’urgence) ;
  + soit de l’absence ponctuelle d’une méthode (dont l’arrêt d’une méthode sans remplacement par une autre méthode) ;
  + soit de la non-observance de la méthode utilisée.

Les femmes qui se retrouvent en échec de contraception avancent le plus souvent en explication :

* + un mauvais usage de la méthode, lié ou non à des difficultés de gestion quotidienne ou à une mauvaise connaissance de l’utilisation de la méthode ;
  + la non-conscience du risque ;
  + la prise d’un risque en s’en remettant à la chance ; la non-prévision du rapport sexuel ;
  + la non-disposition d’une méthode de contraception ;
  + un arrêt ou un refus de contraception suite à une première expérience difficile ;
  + la non-connaissance d’un endroit où se procurer la méthode.

Les différentes circonstances d’échecs et le choix de la contraception sont associés à différents facteurs psychologiques, démographiques, sociologiques et économiques caractérisant la femme, parmi lesquels :

* + des facteurs démographiques tels que l’âge ou le lieu d’habitation ;
  + des facteurs socio-économiques, tels qu’un faible niveau socio-éducatif, socioculturel ou socioprofessionnel, une forte assiduité à la religion, de faibles connaissances sur la sexualité, le coût de la méthode et l’absence de mutuelle ;
  + des facteurs liés au mode de vie tels que le caractère instable ou non de la relation, le nombre élevé de partenaires, ou le statut marital (notamment la vie en célibataire) ;
  + des facteurs liés au couple et à son fonctionnement tels que la non-communication avec le partenaire ou l’absence de soutien du partenaire ;
  + des facteurs liés à l’environnement social tels que l’influence défavorable des amis ou des parents ;
  + des facteurs liés à la femme et à son histoire médicale tels que sa parité, un projet de grossesse, un âge jeune à la 1re grossesse, un précédent avortement ou un antécédent d’IST ;
  + des facteurs liés à la méthode et au contexte de prescription tels que l’absence de routine de prise, la non-lecture de la notice d’information, la non-adéquation de la méthode utilisée aux conditions de vie sociales, affectives et sexuelles des femmes ;
  + et des facteurs concernant spécifiquement les adolescentes tels que l’acceptabilité sociale de leur sexualité, la relation avec les parents (notamment la communication avec la mère), le jeune âge et la différence d’âge avec le partenaire, la non scolarisation et le non-accès à des structures de planification familiale ou d’éducation sexuelle.

**N.B** : Nous pouvons également noter différentes approches psychologiques et sociologiques :

* l’ambivalence chez la femme de son désir de grossesse et ses conséquences sur la pratique contraceptive ;
* la particularité de la relation soignant -consultante, par rapport aux autres consultations de santé ;
* l’injonction sociale à la norme contraceptive et notamment à l’utilisation des méthodes médicales ;
* l’importance de la logique de couple dans l’utilisation ou le choix d’une méthode ;
* la variabilité des trajectoires individuelles ;
* l’importance de l’offre (disponibilité, coût, confidentialité).

En ce qui concerne l’adolescente, NILSSON. L et HAMBERGER L. (1994) pointaient en complément :

* + la période de transition dans laquelle elle s’inscrit, la quête d’identité et de statut social ;
  + la difficulté, pour elle, de se situer par rapport à sa mère ;
  + le sentiment possible de culpabilité qu’elle peut ressentir ;
  + l’existence potentielle d’une faible estime d’elle-même ;
  + l’importance du regard des ami(e)s.

**c. Les facteurs associés à l’acceptabilité et applicabilité des méthodes de la planification familiale.**

C. JAMONT prouve que bon nombre d’approches plus théoriques ont démontré leur intérêt dans le cadre de la contraception. Elles faisaient appel selon les hypothèses :

* à l’**« attitude »** favorable ou non à la contraception ou aux différentes méthodes contraceptives, en relation avec le degré de perception d’une vulnérabilité personnelle ;
* aux « **croyances** » individuelles ou collectives envers la contraception ou envers les différentes méthodes contraceptives ;
* à l’« **auto-efficacité** », c’est-à-dire la perception personnelle qu’a un individu de ses compétences pour mener un traitement correctement ;
* aux « **normes sociales** » et à la notion de « **support social** ».

Si les modèles théoriques développés à partir de ces approches sont utiles pour mieux comprendre la pratique contraceptive et ses facteurs d’influence, ils n’ont cependant pas vocation à être considérés en tant que modèles prédictifs en pratique courante.

### VI.8. comment accompagner une femme et/ou un couple dans le choix d’une méthode contraceptive adaptée ?

## **VI.8.1. L’aide au choix en matière de contraception**

Le PNSR,(2018) souligne qu’au fil du temps, la relation soignant-patient évoluait vers une participation plus grande du patient dans les décisions concernant sa santé. Le modèle dominant reste cependant, aujourd’hui encore, celui d’une relation dans laquelle les décisions relèvent pour l’essentiel du professionnel de santé.

Des arguments à la fois déontologiques, réglementaires et scientifiques soulignent l’intérêt pour le soignant d’opter pour une attitude qui favorise l’expression des préférences de la femme ou du couple qui consulte et donc l’expression de leur choix. Ce choix doit être respecté quel que soit l’âge de la consultante.

De manière générale, l’amélioration de la communication soignant-consultant, et notamment de l’information fournie au consultant, peut avoir un impact sur la satisfaction et la santé des patients (critères biomédicaux et de qualité de vie). Afin de faciliter le partage de décision et d’améliorer la relation soignant-consultant, il est recommandé que le soignant 1) soit à l’écoute des femmes qui consultent et 2) prenne en compte le fait que leur volonté d’implication dans la décision n’est pas homogène d’une femme à l’autre et peut être ambivalente au niveau individuel.

La littérature suggère que laisser les personnes choisir une méthode contraceptive est associé à une plus grande satisfaction des personnes ainsi qu’à une utilisation plus élevée des méthodes (niveau de preuve 3). Elle souligne l’importance de considérer le couple dans la démarche contraceptive et de prendre en compte l’accord du partenaire (PNSR 2006).

## **8.2. Stratégies d’aide au choix en matière de contraception**

Différents modèles de relation médecin-patient et de décision médicale ont été décrits dans la littérature. Ce sont par exemple, pour la relation médecin-patient, les modèles de Szasz et Hollender (activité-passivité, direction-coopération, participation mutuelle) et d’Emanuel (informatif, interprétatif, délibératif et paternaliste). Ce sont, pour les modèles de décision médicale, les modèles du « patient décideur », du « médecin décideur » et de « décision partagée ».

Bien qu’aucun d’entre eux ne puisse être considéré en routine comme meilleur qu’un autre ou comme exclusif des autres, le groupe de travail considère qu’ils gagnent à être connus par le soignant. Chacun d’entre eux peut en effet apparaître plus ou moins approprié aux personnes et à la situation dans laquelle elles se trouvent à un moment donné.

NILSSON L et HAMBERGER L (1994) proposent deux types d’approches, le « **counseling** » et la « **démarche éducative** », pourraient favoriser l’aide au choix en matière de contraception. Elles ont été retrouvées de manière récurrente dans la littérature et sont considérées par le groupe de travail comme majeures et complémentaires, sinon difficilement dissociables.

Le counseling renvoie à une démarche de conseil et d’accompagnement d’une femme favorisant l’expression de son choix. D’une part, il repose sur des bases d’empathie envers la consultante, de respect pour sa sexualité, ses sentiments, son attitude et ses besoins et d’autre part engage le soignant à conserver le maximum de neutralité vis-à-vis des démarches abordées et des informations fournies. L’approche par entretien motivationnel se situe dans ce courant. Sa particularité est d’être directive ; elle passe par l’expression par la femme de ses ambivalences afin de lui permettre d’aboutir à un choix.

La démarche éducative renvoie, quant à elle, à une démarche de partenariat pédagogique, centrée sur la personne, et visant à promouvoir sa santé tout en la rendant autonome dans sa propre prise en charge. Cette démarche est individualisée et se fonde sur ce que la personne est, ce qu’elle sait, ce qu’elle croit, ce qu’elle redoute et ce qu’elle espère et à partir de ce que le soignant est, sait, croit, redoute et espère.

Selon P. TSHIBANDA (2011), Le counseling et la démarche éducative ont fait preuve de leur efficacité en matière de contraception : ils sont associés à une meilleure connaissance de la méthode utilisée (niveau de preuve 1), un taux d’utilisation supérieur des méthodes contraceptives (notamment la contraception d’urgence) (niveau de preuve 1), de plus longue durée et au final à une utilisation effective de ces méthodes. Dans la littérature la réduction des taux de grossesses non voulues est cependant non significative. Les études sont insuffisantes pour conclure avec certitude à un impact des entretiens motivationnels sur une éventuelle adaptation de la méthode contraceptive.

Selon SENKER N. B. et al.(2022), compte tenu des différents modèles de consultation développés dans le cadre général ou spécifique de la contraception, le groupe de travail souligne l’intérêt du modèle BERCER de l’OMS , lequel reprend, en 6 étapes, les étapes majeures de la consultation généralement citées dans les autres recommandations et inscrit la consultation dans la durée. Ces 6 étapes se succèdent comme suit : Bienvenue, Entretien, Renseignement, Choix, Explication et Retour.

## **En pratique : focus sur 6 des principales étapes de la consultation (modèle BERCER)**

* **Bienvenue** :

En pratique, en dehors de l’accueil en lui-même de la consultante et de la présentation du soignant, la première phase vise essentiellement à favoriser une relation d’équivalence et à rassurer la consultante. Le soignant l’assure de la confidentialité des entretiens et présente le rôle, les objectifs et le déroulement possibles de la ou des consultations.

* **Entretien**:

Selon R MADEE (2006) la phase d’entretien se veut interactive. Elle a pour objectif prioritaire le recueil d’informations sur la femme, son état de santé, ses besoins propres et ses éventuels problèmes. Elle donne lieu à un « entretien » et à un examen clinique. Au cours de cet entretien, le soignant explore en complément de la clinique le contexte de vie de la consultante, son expérience en matière de contraception, sa vision des choses. Cette phase est propice au développement d’un diagnostic éducatif.

* **Renseignement**:

Quant à LEON KEIFFER (1986) la phase de renseignement est également individualisée, elle vise à la délivrance par le soignant d’une information hiérarchisée et sur mesure, compréhensible et adaptée au rythme et aux connaissances de la consultante. Il est essentiel que le soignant s’assure de la compréhension de l’information qu’il aura fournie. Celle-ci concerne en particulier les méthodes qui intéressent la consultante ou qu’elle préfère (leurs bénéfices, leurs CI, les risques graves, même exceptionnels, leur intérêt, leurs inconvénients, leurs coûts). Le soignant l’informe des options et alternatives qu’il juge adaptées à sa situation personnelle. Il est possible de fournir un document écrit en complément de l’information orale.

* **Choix :**

Selon NTOTO KUNZI (2014) Le soignant souligne que la décision finale appartient à la consultante seule. Pour l’aider à la décision, son attention et sa réflexion peuvent être attirées sur des projets personnels, sa situation de famille, ses préférences et les préférences éventuelles de son partenaire, les bénéfices et les risques des différentes méthodes, les conséquences de son choix. Le soignant s’attache également à faire réfléchir la femme sur la possibilité qu’elle a, compte tenu de sa trajectoire personnelle, de respecter la méthode. Il s’assure au final de son plein accord et de l’absence de réticences vis-à-vis de la méthode choisie.

* **Explication :**

GILBERTE VANSETINJANS (1986) quant à lui, la phase d’explication est orientée sur l’explication de la méthode et de son emploi et vise, s’il y a lieu, à l’établissement d’une prise en routine (par ex. des conseils sur la prise à heure régulière d’une pilule, le soir après un repas). En pratique, elle comprend si possible une démonstration de son usage et peut avantageusement même donner lieu à un apprentissage avec manipulation par la consultante elle-même. Le soignant renseigne la consultante sur les possibilités de rattrapage en cas de problème et lui indique où et dans quelles conditions elle peut se procurer ces différentes méthodes. Sont enfin abordées les raisons médicales qui peuvent justifier son retour ainsi que la programmation et la planification de la consultation suivante.

* **Retour :**

Les consultations de suivi sont l’occasion de réévaluer la méthode et de vérifier qu’elle est adaptée à la personne (au besoin de corriger son emploi) et que celle-ci en est satisfaite. Ces consultations sont également l’opportunité de compléter la contraception ou éventuellement de changer de méthode si la méthode choisie se révèle inadaptée (en raison par ex. d’effets indésirables) ou insuffisante (en raison par ex. d’une exposition aux IST). Le cas échéant sont notamment abordés les points qui n’auront pu être évoqués lors de la ou des précédentes consultations. Le soignant s’intéresse également aux questions que se pose la consultante et s’attache à résoudre les problèmes, cliniques ou d’emploi, qu’elle a pu rencontrer dans l’intervalle des 2 consultations. Il prend en compte les modifications de sa trajectoire individuelle et sociale. L’entretien se termine par la programmation et la planification de la consultation suivante.

De manière globale, s’engager dans une démarche individuelle d’aide au choix implique pour le médecin (ou pour le soignant menant une consultation portant sur la contraception) :

* de réfléchir, au préalable, à la signification individuelle et sociale du geste que représente la prescription (ou l’assentiment au choix) d’une méthode contraceptive ;
* de se questionner, au préalable, sur son propre positionnement vis-à-vis de la contraception et des différentes méthodes existantes, ainsi que sur le rôle qui lui est dévolu dans la relation avec la femme et le couple ;
* de prendre le temps d’analyser précisément avec la femme (et/ou le couple) sa situation (médicale mais aussi sociale, son appartenance culturelle, ses représentations, ses peurs et ses envies, etc.) avant d’envisager avec elle une ou des méthodes contraceptives;
* de l’informer sur les choix possibles ;
* de lui permettre de choisir la méthode qu’elle estime comme la plus adaptée ;
* de la former à l’utilisation de la méthode choisie ;
* enfin, de réévaluer périodiquement cette option avec la femme et/ou le couple.

## Spécificités liées à l’adolescence

B.SENKER N. (2022)disent qu’au regard de leur manque d’expérience, les adolescentes peuvent connaître des difficultés à aborder le sujet, difficultés que pourra atténuer le professionnel de santé dès lors qu’il est prêt lui-même à orienter l’entretien sur le sujet (bien que cet abord soit souvent perçu comme inconfortable par le soignant). Le préalable de la consultation contraceptive avec une adolescente est que le soignant soit particulièrement clair sur ce qui justifie son intervention. Très schématiquement, l’objectif sanitaire est triple : éviter une grossesse non voulue et le sur risque associé chez les adolescentes les plus jeunes, éviter le traumatisme d’une éventuelle IVG, prévenir une infection sexuellement transmissible.

Le groupe de travail souhaite attirer l’attention sur plusieurs points qui lui paraissent clés lors d’une consultation contraceptive impliquant une adolescente :

1. L’adolescente sera reçue sans ses parents. L’entretien est confidentiel. Depuis 2001, la loi dispense le médecin de notifier aux parents une prescription contraceptive à une mineure. Pour autant, l’évocation des parents dans la conversation en tête à tête reste tout aussi essentielle.
2. En l’absence de symptômes qui le justifient, l’examen gynécologique n’est pas nécessaire lors de la première consultation. De plus, sous couvert d’un interrogatoire systématique sur les antécédents personnels ou familiaux (HTA, diabète, hyperlipidémie, migraine), d’un examen clinique normal et en l’absence de problème médical familial ou personnel repéré, les examens sanguins peuvent également être programmés pour une consultation ultérieure.
3. Il importe de rester neutre et de ne pas avoir d’a priori, ni sur l’activité sexuelle des adolescents ni sur leur désir voire leur intention délibérée d’un d’enfant à naître.
4. Le questionnement nécessite de comprendre que l’adolescence est un moment de croissance sociale et cognitive et d’acquérir des compétences de communication particulières afin d’adapter le « counseling16 » à l’adolescente :
   * être « ouvert » et positif ; être disponible, empathique et faire preuve d’écoute ;
   * favoriser le dialogue ;
   * être bref et concret, veiller à ne pas mobiliser la parole.
5. La contraception chez une adolescente nécessite une planification et un suivi régulier et rapproché.

Lors de la consultation, une démarche de counseling proche de celle qui suit pourrait être adoptée :

* + pour engager le dialogue, éviter d’être intrusif et questionner graduellement l’adolescente sur ses autres camarades et sur ses habitudes de vie ;
  + aborder les besoins de l’adolescente, l’éventualité d’un projet à venir d’une grossesse ou d’un bébé ou les représentations de l’adolescente sur le sujet ;
  + rassurer l’adolescente sur sa normalité, commenter, expliquer ;
  + travailler avec elle la manière de répondre à une demande insistante d’avoir des rapports sexuels si l’on n’en a pas envie, notamment lorsque ceux-ci pourraient être non protégés et/ou forcés ;
  + aborder la question des freins à l’utilisation de la ou des méthodes choisies, notamment l’opinion de son partenaire, l’achat ou l’approvisionnement de la méthode, l’accessibilité des services, les représentations qu’a l’adolescente d’une ou des méthodes possibles et lui faire part des risques non fondés ou les relativiser. Les questions sur l’observance peuvent être posées de manière prospective (afin de déterminer si elle pense que la méthode lui sera adaptée) ou rétrospective et répétée aux différents entretiens (afin de réévaluer son choix) ;
  + laisser l’adolescente exprimer ses préférences/réticences face aux diverses options et en tenir compte ;
  + décrire l’efficacité, les bénéfices, y compris non contraceptifs, et les effets indésirables ou inconvénients de la méthode ;
  + fournir des conseils pour l’établissement d’une prise orale en routine quotidienne (si une pilule est choisie) ;
  + apporter une information sur la conduite à suivre en cas d’oubli de pilule, de non utilisation ou de rupture d’un préservatif et sur les méthodes de rattrapage possibles. Bien informer sur la gratuité et l’anonymat en pharmacie de la contraception d’urgence progestative. La prescription d’une contraception d’urgence en avance pour pallier un éventuel échec ne sera envisagée qu’au cas par cas ;
  + apporter une information sur les préservatifs, sur les IST, sida inclus ; programmer et planifier les consultations suivantes.

En matière d’éducation collective, les méta-analyses identifiées dans la littérature donnent des résultats divergents quant à l’efficacité des programmes développés. Certains ont pu montrer une efficacité, notamment ceux reposant de manière concomitante sur plusieurs approches (individuelle, collective et centrée sur l’amélioration de l’accès aux services de planification familiale) (niveau de preuve 1). Les approches collectives apparaissent comme un complément utile à l’approche individuelle. Le groupe de travail considère qu’elles gagneraient encore à être renforcées en milieu scolaire(OMS1997).

## **1 .Méthodes contraceptives**

C’est l’ensemble des moyens et pratiques qui visent d’empêcher la survenue d’une éventuelle grossesse pour but de conformer à la volonté des parents et de la société le nombre et l’espacement des naissances dans une famille (PNSR 2018).

## **2. Les méthodes contraceptives pour une famille planifiée**

D’après BERNARD et All. (1987) la planification familiale est l’ensemble des moyens et méthodes qui permettent de se conformer à la volonté des parents et de la société les nombres et l’espacement des naissances dans une famille.

Pour mieux planifier les naissances on recourt à des méthodes contraceptives qui peuvent être naturelles ou artificielles réversibles ou définitives.

* 1. **LES METHODES NATURELLES**

D’une manière traditionnelle plusieurs méthodes aidaient la femme à éviter la grossesse non désirée, mais du moins nous allons juste citer ces méthodes en passant :

* La polygamie
* La séparation de lit
* L’allaitement maternel prolongé
* La douche vaginale
* La ficelle magique,…

### a. Méthode d’allaitement maternel

Après la naissance d’un enfant, beaucoup des mères veulent bénéficier des nombreux avantages que confère l’allaitement exclusif qui retarde les retours des cycles menstruels et la première ovulation après l’accouchement. Elle consiste à donner uniquement les seins à l’enfant comme aliment de base et exclusif. Il convient de signaler que cette méthode est efficace si les trois conditions suivantes sont réunies et respectées :

* Enfant de moins de six mois
* Si l’enfant est nourri exclusivement au sein
* La femme ne voit pas encore ses règles.

**Avantages**

* C’est une méthode acceptable par toutes les religions ;
* Elle est d’une parfaite disponibilité pour toutes les femmes allaitantes ;
* Sa préparation est spéciale.
* C’est une méthode très efficace si elle est utilisée correctement.
* Elle n’a pas d’effets secondaires
* Elle n’a pas des contre-indications.
* Elle coûte moins cher parfois ne coûte rien.
* En cas d’arrêt de la méthode, il y a retour immédiat de la fécondité.
* Facile à apprendre, à enseigner et à utiliser.

**Inconvenient**

* Elle est exclusivement utilisée par des femmes qui allaitent ;
* Elle ne protège pas contre les maladies sexuellement transmissibles ;
* Elle ne protège pas non plus contre le VIH sida
* L’ovulation peut apparaître à n’importe quel moment.
* Elle exige la formation par un personnel formé
* Une maitrise de soi
* Une longue période de continence ou d’utilisation de préservatif

Ou autre méthode pendant les périodes ou la femme peut tomber enceinte.

NB : la femme qui désire pratiquer cette méthode doit vraiment observer les précautions suivantes :

* Nettoyer le sein avant chaque tétée
* Prendre une position confortable
* Bien orienter l’auréole dans la bouche de l’enfant
* Disposer de tout son temps pour allaiter suffisamment l’enfant.
* Faire téter le nouveau-né : aussitôt que possible après la naissance.
* Allaiter fréquemment, chaque fois que le bébé a faim, jour et nuit.
* Ne pas dépasser 4 heures d’intervalles entre les tétées.
* Allaiter exclusivement durant les six premiers mois.
* Continuer à allaiter même si la mère ou l’enfant tombe malade.
* Eviter l’utilisation des biberons, tétines, ou autres mamelons artificiels.
* Manger et boire en quantités suffisantes.

### b. Méthode d’observation de la température basale

Selon LEON KEIFFER (1966) cette méthode est basée sur l’action hyperthermisante du corps jaune. On observe un décalage de 0,5 à 1°c, la période de continence est déterminée par la prise régulière de la température chez la femme.

**Mode d’action**

* Prendre la température buccale ou rectale pendant tout au plus trois minutes chaque matin avant de se laver, au moyen d’un thermomètre approprié.
* Noter et faire un graphique. Le décalage d’environ 0,5 ° C est le probable jour d’ovulation. Pendant quatre jours, la femme doit s’abstenir des rapports sexuels.

**Avantages**

Relativement simple n’exige aucun artifice ; efficace si l’on attend jusqu’à trois jours au plateau hyperthermique avec la certitude que la température n’a pas été élevée par une autre cause que la présence de progestérone (10% d’échec par année).

### c. Méthode de Calendrier ou abstinence périodique

* **Méthode d’Ogino :**

c’est une méthode contraceptive mise au point vers les années (1930) ; c’est une méthode de calendrier qui dépend de la date d’ovulation. Les limites supérieures et inférieures de la période féconde sont obtenues en étudiant la longueur des cycles de 12 derniers mois et on applique les formules ci -après :

* Limite inférieur le premier jour de fécondité +10 pour le cycle le plus court = 28 ;
* Limite supérieur dernier jour de la fécondité = 17+14 le cycle long 28 jours.

**Exemple** : une femme présente le cycle menstruel suivant lors de la dernière année : 28, 24, 28, 27, 25, 30, 28, 27, 28.

La période de fécondité pour cette femme va du 6ème au 19ème jour (Dr. Georges et Antoine AKOKA, 2005).

**Précaution**

Employer un calendrier ordinaire, enregistrer la durée de chaque cycle menstruel.

**Avantage**

Cette méthode ne coûte rien. Elle est d’usage temporaire ; elle rassure beaucoup plus les femmes ayant un cycle régulier car elle est très efficace.

**Inconvénient**

Elle prend une longue période, il y a risque d’infécondité du mari ou du non-respect de la méthode.

* **Méthode de Knauss**

Ici, la fécondité correspond à la date d’ovulation à laquelle on ajoute trois jours avant et un jour après l’ovulation. Cette méthode est moins sûre que celle d’Ogino. Elle tient compte de la durée de vie de spermatozoïde et de l’ovule. Etant donné, les spermatozoïdes peuvent vivre pendant 3 jours en moyenne c'est-à-dire 72 heures dans les voies génitales de la femme on ajoute 1 jour après l’ovulation.

**Avantage**

Ne coûte rien, très efficace pour les femmes ayant un cycle menstruel régulier ; très réversible, pas d’effet secondaire ; facilité de s’abstenir qu’en peu de jours.

**Inconvénient**

Risque de se tromper pour les femmes ayant des cycles irréguliers.

### d. Le coït interrompu

C’est l’une de plus anciennes méthodes contraceptives qui consiste à retirer le pénis du vagin juste avant l’éjaculation afin d’éjaculer complètement en dehors du vagin et toutes parties génitales féminines pour éviter les grossesses non désirées et trop rapprochées KASAY MUMBEMBI (2005).

**Avantages**

Elle ne coute rien ; sans effet secondaire.

**Inconvénient**

Pendant l’acte sexuel, il peut y avoir une petite quantité des spermes qui pénètre dans le vagin sans le savoir et cela peut contenir le spermatozoïde qui pourra féconder l’ovule ; elle diminue la LIBIDO chez certaines rares femmes.

### e. Méthode de jours fixe

Selon (PNSR 2004) l’institution de la santé après l’introduction de cette méthode dans divers sites, une évaluation qualitative a permis le jugement acceptable parmi nombreux clients et prestataires.

**Avantages**

La méthode est naturelle, simple a enseigné et à apprendre :

* Pas d’effet secondaire
* Le coût est presque rien
* Une méthode bien acceptée par plusieurs religions
* La réversibilité est immédiate c'est-à-dire le retour immédiat à la fécondité après arrêt de la méthode par l’utilisateur.

**Inconvénients**

C’est une méthode d’abstinence suivit de l’utilisation d’une autre méthode pour les 12 jours fertile.

### f. Méthode de la glaire cervicale

C’est une méthode basée sur l’observation quotidienne de la glaire cervicale qui normalement est transparente et filante et devient plus épaisse, abondante et moins transparente en dehors de l’ovulation. C’est une méthode mis au point vers les années 1970, par deux médecins australiens (JOHN et EVELYNE BILLINGS).

**Avantages**

* Son emploi peut servir pour obtenir une grossesse
* Ne coûte presque rien
* Ne produit pas d’effet secondaire
* Elle est très efficace si l’auto- observation se fait correctement.

**Inconvenient**

* Risque de grossesse en cas d’une mauvaise observation.

NB :

* le prélèvement de la glaire cervicale peut être direct par le toucher vaginal, d’où on conseille de prélever la glaire à partir du col utérin soit par sensation, la méthode de Billings, ici convient de vous conseiller de découvrir la glaire par la sensation seule dans le vagin et au niveau de la vulve.
* Attention au changement du col utérin : pour mieux appliquer cette méthode il est conseiller d’utiliser les mêmes doigts (Index et majeur, utiliser la même technique tous les jours pour faciliter la différentiation de divers changements du col utérin car ;
* si le col est bas, dur, incurvé, + fermé : c’est la période infertile.
* Si le col est bas, dur, +ouvert : c’est la période de latence, donc l’infertilité est relative.
* Si le col est haut, mou et ouvert : c’est la période fertile.
* Si le col est fermé, bas, dur et incliné : c’est la période post ovulatoire, il y a infertilité absolue.

* Les techniques de prélèvement de la glaire cervicale :

Il arrive des fois qu’une femme désire prélever directement par le toucher vaginal, de ce cas ; il est conseiller de préférence observer chaque jour le soir : nous déconseillons le prélèvement du matin pour la simple raison que la femme peut confondre la glaire cervicale à d’autres secrétions.

Pour s’observer :

* Se laver les mains, les secouer
* Se mettre en position accroupie
* Introduire deux doigts (index et majeur) dans le vagin jusqu’à toucher le col en s’assurant d’avantage qu’on n’a pas des longs ongles…
* Les faires sortir très lentement
* Le placer devant les yeux
* Les frotter et les ouvrir lentement
* Observer, interpréter et noter dans son bloc note.

N.B :

* si la glaire est épaisse comme de la pâte et blanc jaunâtre donc la femme est pendant la période qu’elle ne peut pas concevoir.
* Si la glaire est visqueuse et claire c’est-à-dire qu’elle est filante : vous ouvrez lentement l’index et majeur dont la glaire y est placée et vous observez que c’est filante, en ce moment on peut conclure que la femme est dans la période de fertilité c’est-à-dire que si elle a des relations sexuelles non protégées soit à l’absence d’une autre méthode, elle peut tomber enceinte.
* Technique de sensation (méthode de Billings)

Certaines femmes peuvent comprendre cette technique juste par une sensation de la glaire dans le vagin et aussi c’est possible au niveau de la vulve (nom donné à l’ensemble d’organes reproducteur féminin).

* Elle se sent mouillée, humide ou lubrifiée ou sèche
* Vérifier les sous-vêtements (il est conseiller d’utiliser le sous-vêtement sombre pendant la période pré ovulatoire : vert, brun, noir, bleu)
* Utiliser le papier hygiénique après avoir uriné et observer
* Noter et adopter le comportement correspondant.

N.B: pour que cette méthode soit efficace, il faut :

* La capacité de s’observer et noter chaque jour
* Maitriser les techniques d’observation
* Savoir distinguer la glaire d’autres secrétions
* Respecter les jours de continence
* Eviter les rapports sexuels le matin pendant la période de latence lorsqu’on pratique la technique de sensation
* Savoir distinguer la période fertile et la période infertile
* Savoir demander conseil à un professionnel de santé si on doute
* Vivre cette méthode en couple.

g) la méthode de température basale :

C’est une bonne méthode qui oriente facilement la femme et le couple si elle est bien prise.il convient de signaler que cette méthode semble être difficile pour certains couples.

Comment prendre la température :

* Ouvrir les yeux, juste au réveil on suppose que le thermomètre est au coin du lit ou dans une armoire près du lit ou dans un autre lieu qui n’occasionnera pas le déplacement de la femme qui observe cette méthode.
* prendre le thermomètre étant déjà bien nettoyé ou désinfecter, et dont le niveau de mercure était déjà vu et ordonner le soir avant le coucher ; introduire son bulbe dans la bouche sous la langue
* fermer la bouche pendant 5minutes
* retirer le thermomètre. Ne pas toucher le bulbe, la femme peut alors se lever.
* Lire le thermomètre
* Noter la température dans son bloc note si possible dresser une graphique pour vérifier et contrôler les variations possibles de la température.
* Observer sa température, si légèrement montée à 0,2C à 0,5 C juste après l’ovulation, éviter les rapports sexuels ou utiliser une autre méthode jusqu’à 3jours après la température montée
* Agiter le thermomètre jusqu’à ce que le mercure redescende au niveau très bas.
* Nettoyer le thermomètre à l’eau du robinet ou à l’alcool dénaturé.
* Remettre le thermomètre à sa place habituelle loin d’une source de chaleur, des chocs ou des chutes. Si possible le garder près du chevet.

### D.2. LES METHODES CONTRACEPTIVES ARTIFICIELLES

### a. Méthode Contraceptive par Barrière Chimique ou Hormonale

Selon GILBERTE A. VANSINTEJANS (1986) deux produits hormonaux sont disponibles :

* La pullule en comprimé
* Le dépôt provera, l’injectable

## 1. La pilule

C’est une préparation pharmaceutique ayant la forme d’une petite sphère administrée par voie orale.

D’après RONALD KLEINMAN, la pullule est un nom généralement donné aux contraceptifs oraux.

Sorte de pullule : on distingue 2 sortes de pullule tel qu’a dit D. ROGER GERAUD.

* **La minipilule** : c’est une forme pharmaceutique ne comprenant que la progestérone. Elle a 99 % d’efficacité. Elle se présente en plaquette de 28 comprimés de même couleur, d’une même hormone. Elle est facile à utiliser, un comprimé par jour, et à la même heure ; en suivant la direction de la flèche qui est marquée sur la plaquette. Bon choix pour les femmes âgées de 35ans ou plus qui fument ; bon choix pour les femmes allaitantes à partir de 6 semaines après l’accouchement.

**Avantages**

D’après PNSR (2017) la réversibilité est immédiate, elle régularise d’avantage le cycle menstruel, réduit le nombre de grossesse extra- utérine, l’ovule étant inhibée.

**Inconvénients**

* La difficulté pour la prise quotidienne occasionnant parfois un oubli d’un comprimé peut rendre inefficace la méthode, risque d’une grossesse ;
* Elle entraine également d’un léger gain de poids corporel
* Des épisodes de nausées et sensibilité des seins.
* Elle présente aussi des troubles des règles( absences des règles, saignement irrégulier…)mais qui sont sans danger.
* La méthode ne protège pas contre les IST, y compris le VIH.
* Le retour tardif de la fécondité de 3à 4mois peut être observé chez certaines femmes après l’arrêt de l’utilisation de la méthode.

**Indication**

Prévention de la grossesse, espacement de naissance.

**Contre-Indication**

* Etablissement d’une grossesse
* Saignement de voie génitale ou à diagnostiquer

Notions d’allergie à l’un ou l’autre hormone que la pilule (œstrogène ou progestérone).

* **La pilule combinée** : c’est une forme composée d’une part d’œstrogène et d’autre part de progestérone.

En générale, les pilules contiennent les hormones qui empêchent la production de l’ovule chaque mois par ovaire.

Elle efficace à 99%, elle se présente en plaquette de 28comprimés dont 21 comprimés en couleur blanche contenant des hormones et 7en couleurs marronne contenant du fer.

**Avantages**

* Retour immédiat à la fertilité après l’arrêt de la prise de la pilule.
* Facile à utiliser, un comprimé par jour en commençant par le premier comprimer blanc, en suivant la direction de la flèche sur la plaquette.
* Règles moins abondantes, diminution des maux de ventre (règles douloureuses)
* La plupart des femmes ne ressentent pas des effets secondaires
* Diminution du risque de cancer dans des organes reproducteurs de la femme.

Inconvenients

* Il faut prendre de la pilule de manière systématique
* Tous les jours, qu’à ma même heures,  même si on n’a pas des rapports sexuels
* L’oublie de prendre la pilule peut rendre la méthode inefficace pour le cycle concerné et la femme risque de tomber enceinte.
* Cette pipule n’estv pas indiqué pour les femmes agées de 35ans oubplus qui fument ;
* Elle n’est pas recommandée pour les femmes allaitant pendant les 6 premiers mois qui suivent l’accouchement.

Effets Secondaires:

* Occasionnellement, la femme souffre des nausées, les vomissements, légère prise des poids, sensibilité aux seins, maux de tête, certaines peuvent avoir des saignements imprévisibles.

Actuellement on parle plus des P.O.P et C.O.C

#### NB : si la femme oublie de prendre son comprimé de pilule :

#### Si 1 comprimé oublié :

* La prendre aussitôt que la femme se rappelle et continuer avec le reste de la plaquette normalement.
* Si a pilule oubliée d’un jour, prendre la pilule oubliée dès qu’on se rappelle et 4 après, prendre la pilule du jour.

#### Dépôt Provera ou le DMPA

C’est un contraceptif injectable pour une longue durée (Kasay M., 2007). C’est une simple et efficace qui consiste à se faire administrer une injection des produits contraceptifs tous les 3 mois pour ne pas tomber enceinte. Il est administré soit au niveau du bras ou de la fesse par un professionnel de santé formé. Ce produit injectable existe pour une durée d’action de 2 mois et aussi de 3 mois.

**Indication**

* Désire dans un organisme pour des femmes spécialement sélectionné sur où toute forme contraceptive est insatisfaisante.
* Nécessaire d’une contraception très efficace.

**Avantage**:

Une injection protège pendant deux à trois mois et la femme qui arrête de prendre les injections;

La femme peut tomber enceinte au moins 3 mois après la dernière injection. Une femme qui allaite peut commencer l’injectable 6 semaines après l’accouchement.

**Inconvénients** :

L’utilisation prolongée peut entrainer une absence temporaire de règles. La méthode ne protège pas contre le VIH/ SIDA.

**Effets secondaires :**

L’utilisation de DMPA ou DEPO peut entrainer des troubles de règles, des maux de têtes, des maux de ventre, une légère prise de poids, de l’acné et ou une sensibilité des sains.

On peut arrêter son utilisation à tout moment et dans ce cas le retour à la fertilité pourrait survenir entre 6à 12 mois après l’arrêt de prise de l’injectable et la femme peut tomber enceinte.

**Contre-Indication**

* Désire dans un organisme par des femmes spécialement sélectionné sur où toute autre forme contraceptive est insatisfaisante.
* Nécessité d’une contraception très efficace
* Une grossesse établit ou soupçonnée, saignement d’origine utérine ou non connue
* Les femmes obèses

### SAYANA PRESS

Sayana press est un nouveau produit disponible dans des centres de santé et auprès des agents de distribution communautaire (DBC/PF). Il est tout aussi efficace que le DEPO (DMPA). Il se présente avec son kit d’injection unique. Les injections sont à donner en sous cutanée et peuvent se faire soit au niveau du bras, de la cuisse ou du ventre.

**Avantage:**

Une injection de Sayana Press protège la femme pour trois mois.

**Effets secondaires** :

* La méthode peut entrainer une aménorrhée temporaire(ou absence temporaire des règles) chez certaines femmes.
* Peut entrainer les troubles de règles et une légère prise de poids

**N.B** : Les femmes qui désirent l’injection doivent comprendre et accepter l’irrégularité des menstrues suivie d’une aménorrhée, la possibilité d’un délai de retour après l’arrêt de l’injection.

#### **3. Les implants :**

Cette méthode d’implant sous cutané a fait preuve de son excellente efficacité si la technique de pose est respectée et peut constituer une alternative intéressante notamment pour des femmes sujets à des problèmes d’observance ; sa prescription ne peut cependant être envisagée qu’au regard de sa mauvaise tolérance et à condition que l’absence de règles soit bien tolérée.

Actuellement on dispose de plusieurs sortes des implants sur le marché commercial, mais d’une façon générale, on distingue :

* Les implants qui protège la femme pendant 5ans, contraceptives autrement appelé cinquantenaire par les consommatrices, la jadelle par les professionnels de santé.(deux bâtonnets) .Contenant de la progestérone qui se diffuse lentement à travers deux bâtonnets insérés dans l’avant-bras il protège la femme pendant 3à 5ans.
* Après l’insertion, il est demandé de prendre le temps c’est-à-dire ne pas trop travailler le même jour… et la femme doit consulter l’infirmier pour les pansements de la plaie jusqu’à la cicatrisation. Elle doit attendre au moins une semaine pour l’efficacité du produit. Si nécessité de passer les relations sexuelles, veuillez utiliser une méthode d’appoint tel que le préservatif (condom) pendant la période de fertilité.
* Implanon NXT, ce contraceptif protège la femme pendant 3ans. Cet implant contient l’étonogestral qui est diffusée lentement à travers 1batonnet inséré dans le bras. Il protège la femme pendant 3ans après lequel le bâtonnet soit retiré.

Cette méthode présente une efficacité de 99 % .L’implant est une méthode hormonale très efficace. Dans cette méthode souvent on observe un prestataire de santé formé qui place un dispositif dans la partie interne du membre supérieur gauche de la femme soit le bras que la femme utilise le moins pour ses travaux domestiques et ménagers L’insertion et le retrait se font seulement par des prestataires cliniques formés qui peuvent être infirmiers ou médecins.

Cette méthode protège pendant trois à cinq ans contre une grossesse non désirée et permet le retour immédiat de la fécondité

**Avantage:**

* Une fois l’implanon inséré, la femme n’a pas d’autres actions à prendre pendant 3à5ans ;
* L’implant n’altère ni la qualité ni la quantité de lait maternel pour les mères nourrices et peut être placé six semaines après l’accouchement ;
* Une diminution des règles pour les femmes aux règles abondantes;
* Le retour immédiat à la fertilité dès le retrait de l’implant.

**Inconvenient:**

* Une femme ne pourrait pas arrêter la méthode seule. Un prestataire formé doit l’insérer et le retirer.
* L’insertion et le retrait sont un peu douloureux pour certaines femmes.

**Effets secondaires**

* Elle provoque les changements ou troubles dans les règles mensuelles (saignements légers, absences des règles ou règles prolongées). Les changements sont sans dangers et peuvent décroitre avec le temps.
* Parfois accompagné des malaises, de maux de tête, prises de poids, et parfois une légère perte de cheveux.

#### **4. Les Spermicides Vaginaux**

Selon BERNARD & GENEVIEVE PIERRE (1982) les spermicides sont des substances chimiques gelées en pommade, comprimé ou tablette moussante qui tue les spermatozoïdes.

Les spermicides sont de produit chimique de formes variées qui, introduit dans le vagin 15 minutes avant le rapport sexuel détruit et paralyse les spermatozoïdes avant qu’ils atteignent l’utérus (GILBERTE A. VANSENTE JANS (1986).

**Mode d’action**

Les mouvements coïtaux rependent les spermicides sur le col et bloquent à la suite mécaniquement l’orifice de celui-ci est empêche l’entrée de spermatozoïde dans le col utérin.

**Indication**

* Choix du couple
* Lorsque d’autres méthodes sont contre indiquées.

**Inconvénients**

* Ne présente aucun effet secondaire général lorsqu’elle est utilisée comme méthode temporaire ou lorsque les rapports sexuels sont peu fréquents. Les spermicides vaginaux ont une courte durée de vie, soit une a 4 heures c'est-à-dire ils ont une période d’efficacité limitée.
* Ils ne doivent jamais être placés dans le vagin plus d’une heure avant le rapport sexuel.
* Sensation vaginal trop importante, nécessite d’une période d’attente avant le coït.

**Avantages**

* Emploi facile
* Pas d’effets secondaires attribués à cette méthode.

### b. Méthodes Contraceptives par barrière mécanique

#### **1. Les Préservatifs**

BERNARD et GENEVIEVE PIERRE présentent le préservatif comme un instrument contraceptif destiné à empêcher la fécondation en faisant obstacle à l’ascension de spermatozoïde dans l’utérus.

Quand à GILBERTE A. VANSENTE JANS (1986) le préservatif est un moyen ou méthode utilisée pour l’espacement des naissances y compris la prévention contre les maladies sexuellement transmissibles.

On en distingue deux sortes :

* Le préservatif masculin « condom »
* Le préservatif féminin « obturateur »

**1.a. Le Préservatif Masculin**

P. DJUMBU (2003) explique le condom masculin comme un dispositif en caoutchouc en forme de gaine, que l’homme porte sur son pénis en érection avant le coït, qui sert à recueillir les spermes en les empêchant de pénétrer le vagin.

L’OMS (2000) dans sa brochure savoir pour sauver présente le condom comme étant un préservatif masculin constitué par un petit manchon en caoutchouc souple et extensible, fermé à l’une de ses extrémités dont on vêtit le pénis en érection avant l’acte sexuel.

**Indication**

* Partenaire sexuel multiple
* Choix du couple
* Comme méthode temporaire
* Contre-indication à d’autres méthodes naturelles qu’artificielles

**Contre-Indication**

* L’homme ou femme allergique au caoutchouc.
* Incapacité à l’homme de maintenir une érection avec le condom
* Incapacité de changé un autre a chaque coït

**Avantages**

* Protège contre la grossesse
* Protège contre les IST/VIH Sida
* Corrige les éjaculations précoces
* Empêche les allergies aux spermes chez certaines rares femmes
* Simple est efficace lorsqu’elle est bien utilisé
* Réversibilité immédiate.

**Inconvénient**

* Perte de l’érection chez certains rares hommes
* Réduit le plaisir chez certaines femmes
* Risque de déchirure

**1.b. Préservatif féminin**

KASAY MUMBEMBI (2006), le définit comme un dispositif qui ressemble à un sac ayant la forme d’un tube en poly méthane résistant et l’élastique fermé un bout dont le but est de recouvrir le vagin pendant le rapport sexuel qui sert à recueillir et empêcher les spermes et les spermatozoïdes de pénétrer le vagin.

**Mode d’action**

Le condom en général recueille les spermes et empêche leur dissémination dans le vagin.

**Avantage**

Protège contre la grossesse, contre les IST/VIH sida, réversibilité immédiate, simple et efficacité peut être portée.

C. LE STERILET**:**

Cette méthode présente une efficacité de 99%. Le stérilet est une méthode très efficace qui consiste à placer un dispositif plastique flexible avec un petit fil métallique dans l’utérus. L’insertion est seulement effectuée au niveau du centre de santé et par le prestataire formé.

**Avantage :**

* Cette méthode protège pour une longue durée (10 à 12ans) contre une grossesse non désirée et y permet un retour immédiat de la fécondité après l’arrêt de son utilisation ;
* Elle peut être introduite juste après l’accouchement ;
* Pas de gêne lors des rapports sexuels ;
* Pas d’effets secondaires et pas d’effets sur le lait maternel puisque il n’y a pas d’hormones.

**Inconvénients:**

* L’insertion peut être douloureuse, mais ça passe après quelques heures ou un jour ;
* N’est pas un bon choix pour une femme à partenaires multiples vu le risque élevé des IST et VIH ;
* Le retrait doit se faire par un personnel de santé formé ;
* Elle favorise des avortements étant donné que la fécondation a eu lieu mais l’œuf fécondé ne trouvera pas un lieu dans l’utérus ou faire sa nidation (implantation de l’œuf fécondé dans la muqueuse de la cavité utérine).
* Augmentation de la quantité de sang de règles et parfois du nombre de jour d’écoulement de sang ; parfois des crampes utérines.

### c. Les Méthodes par Stérilisation définitive

#### **1. Ligature des trompes « stérilisation de la femme »**

La stérilisation chirurgicale est un moyen de contraception permanent des hommes (la vasectomie) et pour les femmes (la ligatures des trompes) qui décident de ne plus avoir des enfants dans la vie.

**Avantage:**

* C’est une méthode sure, pratique et très efficace ;
* Permanente et non réversible c’est à dire lorsqu’on accepte cette méthode on doit accepter de ne plus jamais avoir les enfants dans la vie ;
* Peu couteuse à la longue ;
* Risque minime de complications ;
* Pas d’effets à longues termes sur la santé ;
* Ne nécessite qu’une seule intervention ;
* L’opération est relativement rapide.

Cette stérilisation comporte un certain nombre des techniques, mais tous visent à ligaturer et ou enlever (la partie extérieur) des trompes entre la voie cœlioscopie et la mini laparotomie. La ligature des trompes peut être à n’importe quel moment de la vie génitale, plus facilement pendant la période du post- Partum.

Désavantage :

* Ces opérations doivent être fait dans un centre de santé adapté pour les interventions chirurgicales ;
* Nécessite des prestataires de services bien formés ;
* Ne protège pas contre les IST-VIH.

### LA LIGATURE DES TROMPES :

Cette méthode est efficace à plus de 99 %. La ligature des trompes est une petite opération au niveau des trompes que subit la femme qui ne veut plus avoir des enfants. C’est une méthode contraceptive irréversible qui ne porte pas des risques pour la femme. Elle peut faire des rapports sexuels normalement. Le prestataire de santé coupe ou bloque le passage des œufs vers l’utérus. Lorsque le passage est bloqué, l’œuf, ne peut plus rencontrer les spermatozoïdes de l’homme.

**Effets secondaires :**

Pour 2 ou 3jours après l’opération, la femme peut avoir des douleurs. Elle peut souffrir des complications mineures, mais cela peut être soigné au centre de santé ou hôpital.

On utilise alors une petite méthode électrique pour obstruer les trompes.

#### **2. La Vasectomie « stérilisation de l’homme »**

Selon LEON KEIFFER, La vasectomie consiste à sectionner les canaux déférents chez l’homme. Cette méthode est sans influence sur la fonction endogène (sécrétion de testostérone) du testicule elle ne modifie donc pas la libido ni, la puissance sexuelle son efficacité n’est pas immédiat, mais survient quatre-vingt- dix jours après l’intervention ; ce délai correspond à la période de maturation et de transport des spermatozoïdes dans les voies génitales. La technique peut être effectuée sous anesthésie locale et en ambulatoire.

Cette méthode est une petite opération faite au niveau de centre de santé ou de l’hôpital que subit l’homme qui ne veut plus avoir des enfants. Cette méthode ne gêne pas au bon fonctionnement sexuel de l’homme. Il ne demande pas d’actions à prendre avant de passer à l’acte sexuel. Il ne pas nécessaire de revenir auprès de services. Cette méthode contraceptive est irréversible. Le prestataire coupe ou bloque les voies où passent les spermatozoïdes. Donc, les éjaculations sont faites normalement mais ne contiennent pas des spermatozoïdes.

**NB :** 2à3jours après l’opération, il se peut que le scrotum soit sensible et régulièrement enflé. Les 20premieres éjaculations âpres l’opération pourront contenir des spermatozoïdes et donc entrainer de la grossesse. Il faudrait utiliser une deuxième méthode de protection lors des 20 premiers rapports sexuels après l’opération.

**5. La vaccination contre les grandes maladies infectieuses**

Ce sont les activités de vaccination des enfants de la naissance à un an contre les six maladies les plus meurtrières : tuberculose, poliomyélite, tétanos, diphtérie, coqueluche, rougeole, la méningite a été ajoutée. Les femmes en âge de procréer sont aussi vaccinées contre le tétanos.

**6. La lutte contre les grandes endémies locales**

C’est la lutte contre certaines grandes maladies endémiques (paludisme, bilharziose, lèpre, tuberculose….)

1. **Le traitement des lésions courantes**

Ce sont les activités courantes de soins curatifs dans les formations sanitaires pour plaies, traumatismes, brûlures….

1. **L’approvisonnement en médicaments**

C’est s’organiser pour avoir en stock à tous moments dans chaque structure sanitaire des médicaments essentiels génériques.

**b) Les 4 composantes particulières des SSP que la RDC en a ajoutées :**

1. Le développement du parténariat ;
2. La santé mentale ;
3. Le processus gestionnaire, formulation de politique et formùation continue
4. L’inclusion des autres secteurs de développement, Education, Agricultureet Elévage, Industrie et Habitat.

Dans le concret, losque l’on parle des SSP ou des soins de santé, il convient d’entendre :

1. Les soins curatifs

- Le diagnostic et le traitement des maladies courantes ;

- La fourniture des médicaments essentiels.

1. Les soins preventifs

* La surveillance de la courbe de croissance des enfants (CPS) ;
* La vaccination ;
* La surveillance des accouchements ;

29

* La surveillance des femmes enceintes (CPN) ;
* Les soins aux nouveaux-nés ;
* Les soins du post partum ;
* La motivation des mères pour les N.D. et l’administration des méthodes contraceptives ;
* La lutte contre les maladies endémiques ;
* L’approvisionnement de la population en eau saine ;
* L’assainissement du milieu.

1. Les soins promotionnels

* L’éducation pour la santé ;
* L’éducation nutritionnelle ;
* La participation communautaire aux SSP ;
* La collaboration aux activités des autres secteurs de développement communautaire.

1. Les soins de réhabilitation

* La récupération des enfants mal nourris ;
* La réhabilitation / réinsertion sociale.

2.5 PRINCIPES DE L’ORGANISATION DES SSP **:**

**2.5.1 Principes de l’organisation**

1. Caractéristiques des soins

L’organisation médico-sanitaire a comme principe de délivrer des soins continus, intégrés, globaux et efficaces à une population bien définie. Donc les critères de qualité des soins offerts par l’organisation sanitaire à la population sont :

* continuité,intégration , globalité, efficacité.

Ce quatre conditions sont interdépendantes.

* + - 1. **Des soins continus : continuité des soins**

C’est-à-dire une prise en charge de l’individu du début à la fin de l’épisode de la maladie ou jusqu’au retablissement complet, jusqu’à la disparition du risque qui a justifié la surveillance.

Ne pas se limiter à l’épisode de la consultation.

Manque de continuité :

* Diminution de l’efficacité,
* Augmentation des coûts,
* Manque d’évaluation sur la qualité des soins,
* Moindre satisfaction du patient.

Car :

* traitement incomplet diminue les chances de guérison,
* si pas continuité, le soignant ne connaît pas les ésultats de son activité.

Avantages de la continuité :

* attention du responsable de l’équipe sanitaire vis-à-vis du patient,
* assure un bon contact entre les services et le patient, multiplie les occasions de négociation, d’ajustement entre demande et offre,
* permet de mener des activités préventives et de mieux les intégrer,
* permet de suivre les malades chroniques,
* permet de prévenir le manque d’informations ou le malentendu.

Barrières à la continuité des soins :

* le mode de paiement : acte qui conditionne la poursuite des soins,
* le patient doit pouvoir être référé d’un élément du système de santé à un autre. Ex. du CS à HGR.

Rôle du personnel dans la continuité des soins :

* Décentraliser les services pour améliorer l’accéssibilité,
* Adapter le mode de paiement : possibilité de paiement par épisode de maladie,
* Instaurer uns système de référence des patients entre les différents éléments du système de santé : mais il faut assurer un transfert réel de responsabilité, d’informations,
* Nécessité de la mise en place d’un système de rendez-vous avec mesures de récupération des irréguliers, lettre ou visite à domicile.

Conditions :

Une attitude empathique du personnel de santé :

* connaître et écouter la population ;
* adopter des comportements d’ouverture : participer à des réunions de quartier/village ;
* créer des contacts fréquents avec la communauté.
  + - 1. **Des soins intégrés : intégration des soins**

Ceci voudrait dire que tous les types de soins (curatifs, préventifs, promotionnels et réhabilitatifs) se font au même endroit ; au centre de santé par une même équipe. L’intégration des soins est d’offrir à chaque moment un mix optimal entre soins : curatifs, préventifs,promotionnels et réhabilitation.

Ex. : Femme présente une pneumopathie, prévoir si elle est enceinte la surveillance de grossesse.

Toujours choisir la meilleure approche, savoir la maintenir, l’améliorer en fonction de l’évolution du dialogue entre patient/population et les services de santé.

L’intégration, c’est aussi la prévention : ce qui ne répond pas directement aux besoins ressentis : nécessité du dialogue.

Intégration dans le temps

Profiter pour maximiser chaque contact : profiter de la visite du malade pour des soins curatifs pour lui proposer des mesures préventives.

Intégration de l’équipe

Toute spécialisation du personnel soit curative, soit préventive se fait souvent au détriment de l’intgration de l’équipe.

Rôle du personnel dans l’intégration des soins :

* Aménager les horaires de travail pour intégrer par un système de référence interne ;
* Profiter de toute demande de soins curatifs pour introduire la prévention.

Condition :

Chaque membre de l’équipe doit intégrer dans ses préoccupations les différents types des soins.

* + - 1. **Des soins globaux : Globalité des soins**

C’est-à-dire que l’individu doit être pris dans sa totalité et que son problème doit être perçu sur le plan individuel (familial) et commuautaire.

Les soins globaux améliorent la satisafaction et la compliance du patient parce qu’il y a tentative à répondre à son problème réel.

Rôle du personnel dans la globalité des soins

* Percevoir les différents aspects du problème ;
* Déterminer les priorités du patient avec lui ou les problèmes prioritaires avec la communauté ;
* Concerver au niveau des unités des soins des dossiers de santé : FIFA, FO, CPS, CPN… ;
* Faciliter l’explication de l’agenda du patient par des questions ouvertes ;
* Valoriser l’axe psychosocial par la communication / dialogue.

Barrières

* La chance de travail : pas de temps pour une prise en charge globale ;
* La standardisation de la prise de décision clinique (organigeammes) ;
* Le biais bio-médical reste encore fort présent ;
* La taille, formation du personnel ;
* Soins intégrés : une notion malcomprise.
  + - 1. **Des soins efficaces : Efficacité des soins**

C’est-à-dire les soins doivent aboutir aux résultats désirés ou attendus par le bénéficiaire.

La population définie (bassin démographique du CS) :

Ceci signifie que la population d’une aire de santé doit être connue et recensée. L’effectif de la population constitue le dénominateur pour le calcul de différents indicateurs d’évaluation des activités des SSP au CS pour instaurer une couverture sanitaire complète, pour concevoir une planification réaliste, pour favoriser la population communautaire et pour mettre en place en collaboration intersectorielle.

Note : Indicateur = élément mesurable de la performance d’une pratique,

= la mesure d’un objectif.

Actions : - Définir la population prise en charge

- Dénombrer cette population

- Connaître la structure de cette population par âge et par sexe.

Classe d’âge Proportion de la population

< 1 an 4%

1 – 4 ans 14%

**Relation entre Globalité – Continuité – Intégration**

Soins globaux Soins continus

Soins intégrés

**= Soins efficaces**

**PRISE EN CHARGE EFFICACE**

La double flèche = contribution réciproque

Elles sont intimément liées

**Critère démographique**

Ce critère se base sur la densité de la population :

\* Milieu rural : 5.000 – 10.000 hab.

\* Milieu urbain : 15.000 – 30.000 hab.

**N.B. :** En milieu rural, la notion de zone de d’attraction (utilisateurs potentiels) est quasi négligeable, car souvent la structure sanitaire constitue le seul recours pour la population. Tandis qu’en milieu urbain le problème se pose :

- la distance joue un rôle moins important

- présence d’une offre multiple

- le choix de structure sanitaire est fait en fonction d’appréciation du service et non en fonction de distance.

1. Populations cibles par activités

Pour certaines activités, les populations cibles sont des sous-populations de la population générale de la zone de responsabilité.

* Vaccination : enfants de 0 – 11 mois : 4%
* CPS : enfants de 0 – 5 ans
* CPN : femmes en âge de procréer 15 – 45 ans.

1. Populations cibles par activité

* Enfants de moins de 30 jours : cible TNN 4,7% de la population totale.
* Enfants 0 – 11 mois : cible PEV 4% de la population totale
* Enfants 6 – 11 mois : cible Vit. A 2% de la pop. Totale
* Enfants 12 – 59 mois : cible Vit. A 16% de la pop. Totale
* Enfants 0 – 59 ans : cible de la CPS 20% de la pop. Totale
* Femmes enceintes : cible de la CPN 4% de la pop. Totale
* Femmes en âge de procréer 14 – 49 ans : cible de ND 21% de la Pop. Totale
* Enfants de 9 – 23 mois : cible routine VAR 5% pop. Totale
* Enfants de 9 – 59 ans : cible JNVVAR 17% pop. Totale
* Enfants de 6 – 15 ans : cible campagne VAR 2002 : 46% pop. Totale
* Enfants de 6 – 10 ans : cible campagne VAR 2002 : 34% pop. Totale.

# CHAPITRE VI : LA PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE ET LA RESOLUTION DES PROBLEMES DE SANTE DANS UNE COLLECTIVITE

## PRINCIPAUX PROBLEMES SANITAIRES DES PAYS EN VOIES DE DEVELOPPEMENT CAS DE LA RD CONGO.

Dans des pays en voies de développement cas de République Démocratique du Congo, les principaux problèmes qui se posent dans les systèmes de santé sont l’explosion des coûts, des dépenses de de santé et l’exigence des usagers. Les facteurs expliquant l’augmentation de ces dépenses sont trois : La hausse du niveau de vie, le vieillissement de la population et le progrès technologique.

On observe :

1. **Problèmes liés au financement des systèmes de santé :**

* La couverture sanitaire des populations rurales reste incomplète et insuffisante ;
* Les infrastructures inadéquates et en retard sur la croissance de la population ;
* La faible accessibilité aux soins de santé,
* La Faible disponibilité des traitements efficaces due avant tout au sous-investissement dans la recherche scientifique et pharmaceutique pour les maladies tropicales.
* Faible financement public dans le secteur de santé ;
* Financements privés (entreprises, paiement directs des ménages) : supérieur au financement public ;
* Dépendance à l’aide extérieure ;

1. **Les problèmes liés au leadership et à la gouvernance**

* Faible leadership (faible vision et faible esprit de direction)
* Mauvaise gouvernance ; détournement des biens communautaires et corruption

1. **Problèmes liés aux prestations de services et de soins**

* Faible couverture sanitaire ;
* Faible qualité des soins et services offerts ;
* Faible résilience des structures de santé face aux urgences sanitaires ;
* Faible accès aux soins, inégalités d’accès aux services, Faible demande des communautés suite à la mauvaise qualité des services,…

1. **Problèmes liés aux ressources humaines**

* Répartition déséquilibrée et inéquitable du personnel : Pléthore en milieu urbain et déficit en milieu rural ;
* Rémunération modique ;
* Faible qualité due au déficit de formation et d’éthique professionnelle : personnel démotivé.
* Tendance au déplacement de la campagne en ville et de la ville vers l’étranger.

1. **Problèmes liés à des infrastructures et équipements de base.**

* Peu d’infrastructures hospitalières modernes répondent aux normes
* Infrastructures publiques mal entretenues et vétustes ;
* Equipements vétustes, inappropriés et inadaptés ;
* Les infrastructures en partenariat avec la mutuelle très mal entretenues et mal propres voir même l’hygiène défectueuse ;
* Les services de maintenance sous-équipés, incompétents, voire inexistants ;

1. **Problèmes liés à l’accès aux médicaments.**

* Faible capacité de production des médicaments pour la consommation locale, la production africaine représentant 3% du marché mondial.
* 80 à 90% des médicaments importés échappent au contrôle sévère et sérieux du programme national d’approvisionnement en médicament essentiel et l’office congolais de contrôle.
* Faible disponibilité des médicaments de bonne qualité ayant une bonne concentration minimale inhibitrice de la souche microbienne ;
* Faible disponibilité et accessibilité de la population aux médicaments en relation avec le cout-avantage.
* Faible application de la règlementation ;
* Circulation importante de faux médicaments et périmés délivrés aux patients et à la population étant donné que la population a une difficulté de lire les écrits (Poids, date de fabrication et de péremption, les indications et contrindications,…) sur l’emballage et déficit d’inspection ;

1. **Problèmes liés au système d’information sanitaire :**

* Système d’information sanitaire, mal équipé peu efficace et lacunaire ;
* Informations sanitaires insuffisantes, peu fiables de qualité variable et mal harmonisées.

1. **Utilisation inefficiente des ressources de la santé aux niveaux national et provincial.**

Cette faiblesse de l’accroissement de la dépense publique de santé pourrait s’expliquer par une exécution budgétaire assez volatile.En 2016, la hausse de l’exécution budgétaire (de 59 % à 96 %) était due à des dépassements de crédits, notamment celle des dépenses liées au fonctionnement du ministère de la Santé publique (123 %), aux interventions économiques et sociales (236 %), à la rémunération (104 %), ainsi qu’à la diminution de la part du budget alloué aux autres administrations.

Les procédures de gestion financière et de passation des marchés telles qu’édictées, ne sont pas strictement respectées dans le secteur. Une faiblesse peut également être observée dans la régulation et le contrôle du financement et de la gestion des ressources, puisque les documents et les pièces comptables ne sont pas bien tenus, les normes d’utilisation des recettes générées au niveau des structures sanitaires sont inexistantes, les informations financières concernant quelques appuis des partenaires sont difficilement communiquées, et leur gestion est peu transparente.

1. **La corrélation est faible entre les allocations par province, la population et les besoins des provinces.**

En principe, les provinces aux indicateurs de santé les plus faibles devraient recevoir un financement plus important par habitant de manière à pouvoir combler leur retard. Toutefois, l’allocation budgétaire des provinces aux indicateurs de santé les plus faibles, est faible elle aussi. Il faudrait par conséquent redéfinir les critères d’allocation des ressources aux provinces en incluant des critères d’équité et d’efficience.

**J. Faible régulation et normalisation du secteur**

Le secteur de la santé fonctionne selon des lois et règlements désuets.Selon les articles 47 et 202 de la Constitution de la RDC du 18 février 2006 telle que modifiée par la loi n° 11 / 002 du 20 janvier 2011, le secteur de la santé doit être doté d’une loi fixant les principes fondamentaux et les règles d’organisation de la santé publique et de la sécurité alimentaire, ainsi que d’une loi sur le commerce pharmaceutique. Ces deux lois, pourtant fondamentales pour régir le secteur de la santé, n’ont toujours pas été votées par le Parlement. Par conséquent, le secteur de la santé continue d’être régi par un décret-loi sur l’art de guérir, qui date de 1952, ainsi que par une loi pharmaceutique de 1933.

Il en va de même pour l’absence de la loi sur le financement de la santé dans l’optique de la couverture sanitaire universelle. Les textes réglementaires devant réguler les compétences concurrentes entre l’État et les provinces en matière de santé n’ont toujours pas été élaborés, ce qui engendre des confusions dans l’interprétation de certaines dispositions. Par ailleurs, le texte devant reconnaître l’utilité du SNAME de manière à en garantir le financement par l’État et la pérennisation, n’a pas encore été adopté par le Gouvernement. Ce vide juridique imputable notamment à la faible capacité institutionnelle du secteur de la santé en matière de logistique, ouvre la porte à toutes sortes de distorsions qui favorisent la commercialisation des soins, et l’implantation anarchique des structures de soins, des établissements d’enseignement des sciences de la santé, et des pharmacies, dans une totale impunité.

De plus, le secteur souffre de l’insuffisance de la diffusion et de la vulgarisation des textes réglementaires. Durant la mise en œuvre des PNDS 2011-2015 et 2016-2020, le ministère de la Santé a élaboré : i) les normes d’intervention en santé maternelle, néonatale, infantile et adolescente ; ii) le plan stratégique de santé communautaire ; iii) les référentiels de formation des équipes cadres de zone, des sages-femmes et des accoucheuses ; iv) le manuel de procédures de gestion ; v) les ordinogrammes et guides thérapeutiques ; vi) les outils de surveillance et de riposte face aux décès maternels ; vii) les modules de formation continue aux soins obstétricaux néonatals d’urgence selon la nouvelle approche basée sur les compétences ; et viii) les outils de gestion des médicaments de la liste nationale de médicaments essentiels. (PNDS 2018-2022).

Le niveau central, qui devrait diffuser les normes dans les provinces, ne dispose pas toujours des ressources lui permettant de le faire, et certaines normes déjà validées sont insuffisamment vulgarisées dans les zones de santé. Par ailleurs, de nombreuses normes élaborées par les programmes spécialisés mais non validées par le comité de coordination sectoriel, sont diffusées dans les zones de santé sans l’aval de l’autorité de tutelle. Toutefois, certaines normes essentielles font encore défaut, notamment celles relatives au fonctionnement des zones de santé en milieu urbain et celles relatives aux prestations. L’insuffisance des normes concernant les soins au niveau opérationnel ne facilite pas l’inspection-contrôle ni l’audit de la qualité des services.

Le ministère de la Santé publique statuera en prenant les arrêtés nécessaires édictant les normes et directives régissant la mise en œuvre des activités de santé publique conformément au cadre législatif en vigueur ou à venir.

**K . Collaboration intra- et intersectorielle non optimale pour améliorer la santé de la population**

La collaboration au sein du secteur et avec les autres secteurs n’est pas encore optimale, de sorte qu’elle ne favorise pas l’offre et la demande de services et de soins de santé de qualité.

Au niveau central, la collaboration entre les services du ministère de la Santé reste encore faible. Le cloisonnement persiste dans l’exécution de certaines activités transversales. La duplication de certaines structures demeure, malgré la réforme entreprise, et entraîne le chevauchement des activités, voire une mauvaise orientation des dossiers et un retard dans la prise des décisions (tel est le cas pour la gestion de la participation communautaire au niveau de la DGOGSS entre la direction des SSP et la direction des établissements de soins et le partenariat pour la santé). Aussi, quelques contrats signés avec le secteur privé sur la base du vademecum du partenariat, qui réglemente le partenariat public-privé (PPP) dans le secteur[[17]](#footnote-16), souffrent d’une insuffisance de l’application et du suivi. Il en va de même : i) de l’accréditation et de la labellisation des structures privées pour les pousser à viser l’excellence ; et ii) du Cadre permanent de dialogue avec la société civile, envisagé en 2010. Ceci pourrait bien expliquer le développement d’un secteur privé mal régulé et d’une implantation de services et de structures sanitaires ne répondant pas aux normes[[18]](#footnote-17).

La collaboration avec les autres ministères permet de susciter l’intégration des priorités du secteur de la santé dans les politiques publiques et plans d’actions des ministères ciblés. À titre d'illustration, il a été institué par le décret n° 15 / 042 du 16 décembre 2015 un comité national multisectoriel (CNMN-RDC) devant servir d'organe de concertation et d'orientation des intervenants en nutrition. Cependant la collaboration intersectorielle n’a pas assez contribué à l’amélioration de l’offre et de l’accessibilité aux services et soins de santé.

On note, par exemple, que les ministères de la Santé publique et de l’Enseignement supérieur et universitaire ont élaboré une vision commune concernant la formation des professionnels de santé autres que les médecins. Toutefois, cette vision n’a pas encore fait l’objet de mesures d’application entre les deux ministères. Le cadre de concertation entre les deux ministères n’est pas encore formalisé. Cela occasionne une surproduction des professionnels de santé des niveaux supérieur et universitaire par rapport aux besoins de leur utilisateur principal, qui est le

MSP.

Aussi, la collaboration avec le ministère de l’Emploi, du Travail et de la Prévoyance sociale n’est pas encore assez au point pour une mise en œuvre effective de la CSU, malgré sa prise en compte dans la politique de protection sociale pour les employés aussi bien du secteur formel qu’informel. Or ceci a des implications concernant la perspective de la couverture sanitaire universelle.

**L. Faiblesse de la dynamique communautaire en appui à la demande de soins**

La situation sanitaire de la population congolaise reste précaire. L’évaluation de la couverture sanitaire a montré des populations isolées, dont la taille ne permet pas l’implantation de structures formelles d’offre de services et de soins de santé. La stratégie communautaire a été définie en vue de réguler la prestation des services et soins en faveur de ces communautés, la promotion des pratiques familiales essentielles, et la mise en place de sites de soins communautaires pour les populations isolées.

En ce qui concerne l’offre de soins, l’on note une insuffisance de l’implication de la communauté dans la gestion des structures et la planification des activités de santé. La mise en place de structures de participation communautaire permettant l’organisation des services et la responsabilisation de la communauté à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, constitue un atout majeur pour la redynamisation de la participation communautaire et de la redevabilité.

En ce qui concerne l’accessibilité aux soins, très peu d’efforts communautaires sont faits en vue de la création de mutuelles de santé et autres mécanismes de partage des risques. L’insuffisance de la sensibilisation et de l’implication des communautés entrave l’utilisation des services.

Au regard de la dynamique de décentralisation, il faut repenser la dynamique communautaire comme un espace de concertation entre élus des entités territoriales décentralisées (ETD) et services techniques. À cet effet, il y a lieu de réfléchir à la mise en œuvre de la stratégie commune de participation communautaire en mettant à contribution les différentes parties prenantes, y compris les ministères concernés.

**La coordination du secteur présente quelques difficultés**

La coordination du secteur présente encore quelques difficultés malgré les efforts d’alignement sur les priorités nationales. Le comité national de pilotage (CNP-SS) ne fonctionne pas encore de façon optimale. Les structures techniques (commissions et groupes de travail) chargées de fournir la matière n’ont pas été pleinement fonctionnelles. La participation assez faible et irrégulière des représentants des ministères et institutions connexes, associée à l’absence d’un mécanisme de rédévabilité obligeant les commissions à rendre régulièrement compte de leurs activités et productions, ne permettent pas encore un fonctionnement optimal du CNP-SS et de ses organes. Un effort a été fourni en 2014 pour amener les différents partenaires à prendre une part active en qualité de co-présidents des commissions techniques. Le cadre réglementaire du CNP-SS est en cours de révision pour prendre en compte la concertation avec les provinces, une plus grande représentativité de la société civile et l’intégration du mécanisme de coordination de la lutte contre le VIH, le paludisme et la tuberculose.

La République Démocratique du Congo, qui a souscrit à la stratégie des soins de santé primaires promulguée à la conférence d’Alma Ata en 1978 est également adhérant à la charte africaine de développement sanitaire. Depuis 1978, la politique sanitaire a pour option fondamentale « la satisfaction des besoins de santé de toute la population qu’elle soit en milieu urbain ou rural». Cette politique vise :

• L’éducation concernant les problèmes de santé et les méthodes de lutte ;

• La promotion de bonnes conditions nutritionnelles ;

• La protection maternelle et infantile, y compris la planification familiale ;

• La lutte contre les épidémies et les endémies ;

• La vaccination contre les maladies infectieuses ;

• Le traitement des maladies et des lésions courantes ;

• L’approvisionnement en eau saine et les mesures d’assainissement de base ;

• La fourniture des médicaments essentiels.

Le gouvernement s’appuie essentiellement sur la participation communautaire, la collaboration intra et intersectorielle et la coopération internationale comme moyens d’atteindre ces objectifs

## **LES GRANDS DEFIS A RELEVER POUR LE SYSTEMES DE SANTE DES PAYS EN VOIES DE DEVELOPPEMENTEN GENERAL ET LA REDCONGO EN PARTICULIER.**

La situation sanitaire s’est améliorée dans l’ensemble des pays en voie de développement au cours de cette dernière décennie en RDC témoignée par une augmentation des couples et femmes en âges de procréer qui accèdent à la planification familiale, comme l’a annoncé le professeur AKILIMALI de l’école de santé publique de la République Démocratique du Congo, résultat d’une enquête des ménages intitulé PMA en 2020 mais ; malgré cette amélioration dans un plan, elle est toujours inférieur à la proportion attendue. Cependant, beaucoup reste encore à faire. Pour ce, il est impératif de renforcer le système de santé pour améliorer leur performance. Cela nécessite des ressources complémentaires. Mais augmenter les ressources ne suffit pas, c’est aussi et surtout une question de volonté politique, des stratégies coordonnées, inscrites dans la durée, mobilisant les différents acteurs nationaux et étrangers, publics et privés, aux différents niveaux de la pyramide sanitaire. Il faut renouveler résolument les efforts qui permettent de surmonter un certain nombre de difficultés auxquelles les systèmes de santé sont confrontés.

**6.1. Renforcer le financement de santé :**

* Renforcer le financement de la santé basé sur l’impôt général et l’impôt sur les revenus, créer des mécanismes de financement viables,
* Les gouvernements doivent être innovants pour générer les revenus sur des sources internes et améliorer la mobilisation de ressources fiscales, notamment la mise en place des mécanismes de financements innovants (taxes sur l’alcool,)
* Relancer la sécurité sociale et les mutuelles de santé.
* Il faut aussi poser un problème de bon usage de ces ressources : l’efficience allocative (où l’on met les ressources) et l’efficience technique (comment on utilise ces ressources).

**6.2. Renforcer le leadership et améliorer la gouvernance.**

* L’amélioration des systèmes de santé en Afrique comme en RDC n’est pas seulement question d’augmenter les ressources financières, c’est aussi preuve de leadership et de bonne gouvernance dans la gestion des programmes de santé,
* Les pays africains et en particulier la République démocratique du Congo doivent réellement afficher dans le domaine de santé le leadership qui leur fait défaut actuellement. Les leaders sanitaires congolais doivent revenir aux principes basiques de santé publique établis en se focalisant sur les priorités de santé en particulier la protection maternelle et infantile et la santé des familles qui, étant donné que les familles acceptent de financer leur propre état de santé dans un esprit d’auto-responsabilité et d’auto-détermination.
* Elle doit revoir les stratégies actuelles et les recadrer par rapport aux priorités nationales, et mettre en place des stratégies coordonnées et inscrites dans la durée mobilisant les différents acteurs nationaux et étrangers, publiques et privés, aux différents niveaux de la pyramide sanitaire.
* Faute de leadership, le système sanitaire de notre pays la RDC continuera à être sous tutelle et à produire des rapports standards à destination des fonds internationaux, pour de données qui ne servent pas réellement à la population congolaise.
* Ceci implique la transparence dans la gestion et la distribution de ressources car, il faut le dire, la mauvaise gouvernance a un impact direct négatif sur la performance des systèmes de santé et en particulier sur les mutuelles de santé qui en sont les sous-systèmes.

**6.3. Investir dans le personnel :**

* En réalité, il est important d’accroitre les investissements en faveur du personnel : augmenter leur rémunération, prendre des mesures incitatives telles que les avantages socio-substantiels, l’accès à la promotion, plan de carrière, opportunités d’évolutions.
* Former davantage le personnel (formation de base et formation continue).

**6.4. Investir davantage dans les infrastructures et les équipements.**

* En Afrique, environ 7% des budgets de la santé sont consacrés aux infrastructures, alors que les pays africains ayant des systèmes de santé performants, consacrent plus de 30% de ces budgets aux infrastructures.
* Il faut reconnaitre que depuis plus d’une décennie environ, les choses changent ici et là ; des nouveaux hôpitaux et en construction par les chinois notamment, des équipements de soins de santé et des médicaments sont disponibles.
* Mais on constate que ces progrès se concentrent dans des capitales des pays africains ou dans des grandes villes et les services ne sont pas accessibles à la majorité de la population. Nous citons par exemple, l’hôpital du cinquantenaire de Kinshasa,
* Les efforts doivent être déployés pour rendre les services accessibles à la majorité de la population et pour investir dans d’autres provinces.

**6.5 Améliorer la prestation des services essentiels.**

* Pour améliorer la prestation de services de santé, il faut améliorer les conditions de travail du personnel, investir dans les infrastructures et les équipements si toutes ces conditions sont réunies, la qualité de services et de soins ira de soi.

**6.6 Améliorer l’accès aux médicaments essentiels et de qualité.**

* Augmenter la production locale par le développement d’une industrie pharmaceutique nationale : Rationaliser la chaine d’approvisionnement en substituant les différents intermédiaires par la technologie pour faciliter la distribution des médicaments.
* La mise en place de la couverture sanitaire universelle pour donner à la majorité de la population l’occasion d’accéder aux médicaments de qualité.
* Lutter contre les faux médicaments par la création des laboratoires régionaux de contrôle de qualité, le renforcement de la coopération entre les états, la modification et l’harmonisation des cadres législatifs entre pays et la création d’une agence unique du pays du médicament ou continental du médicament.

**6.7. Investir dans la couverture sanitaire Universelle et la nouvelle approche de système de santé :**

* La couverture de santé universelle fait partir de la protection sociale ou de la sécurité sociale. Donc, lorsque les actions de la mutuelle de santé sont mieux définies et mieux planifiées, bien suivies et évaluées dans chacune de ses parties et dans chacun de ses entités et formations médicales, nous assisterons à la satisfaction des membres qui était notre objectif prioritaire.

### II. DEVANT LES REPONSES PROPOSEES PAR LES MEDECINES TRADITIONNELLES ET PARALLELES

**1. La médecine traditionnelle congolaise**

La médecine traditionnelle occupe une place importance en RDC et surtout à des coins les plus reculés du pays où la médecine est insuffisamment implantée ou absente.

La définition de certains termes facilitera la compréhension de cette réalité locale.

**1. Médecine** : en son sens original, est l’ensemble des connaissances scientifiques et des moyens de tous les cadres mis en œuvre pour la guérison ou le soulagement des maladies, blessures ou infirmités.

**Traditionnelle** : est, ce qui est fondée sur tout ce qu’on doit par une transmission d’âge en âge.

La médecine traditionnelle est donc l’ensemble des connaissances fondées sur tout ce qu’on doit par transmission pour la guérison ou le soulagement de certaines maladies.

##### **2. La catégorisation des tradi-praticiens**

* + - Le guérisseur : est un homme initié, ayant le pouvoir de guérir les maladies avec les substances végétales, animales et minérales mais aussi entouré des incantations et des rites superstitieux.
    - L’herboriste : celui-ci ne soigne qu’avec les plantes et la fourniture des médicaments sous formes brute demeure encore le facteur de non-avancement.
    - Le charlatan : est un faux guérisseur qui profite de la réalité, de la naïveté et de l’ignorance de ces clients pour convaincre les troupes et leur prendre de l’argent. Obtenir la guérison, chez lui est un hasard.
    - Le sorcier : est une personne habitée par un pouvoir mauvais qui le pousse à faire le mal ou à tuer.
    - Le devin-voyant : est un homme qui prétend connaître la face carrée des choses et des hommes. Le passé, l’avenir et toutes raisons de tout ce qui arrive.

En Afrique, l’art du devin appelé DIVINATION ou VOYANCE, utilise divers objets et moyens : animaux (souris, chats, ils permettent aux voyants d’interpréter le sort). Les charlatans utilisent la divination pour soi-disant définir la maladie qu’on a.

D’où elle présente un grand danger pour l’entente et l’harmonie dans les familles et les localités.

* + - Le marabout : d’après son origine le mot désigne un religieux musulman qui menait une vie sainte, proche de Dieu.

Mais de nos jours et surtout en Afrique Noire, un féticheur peut être appelé de ce nom. Il recopie le verset.

* + - La magie : elle produit par certaines pratiques des effets contraires aux lois naturelles.

Les féticheurs, les charlatans, certains marabouts sont des magiciens. Ils disent qu’ils vont obtenir pour les autres ce qu’ils n’ont pas eux-mêmes : multiplication de billets de banque, guérison de cancer même à des stades avances, succès aux examens.

**8.3 LA CONCEPTION CONGOLAISE DE LA MALADIE ET DE LA MORT**

Les croyants et les praticiens culturels ont une forte influence sur le comportement sanitaire.

La médecine traditionnelle exploite à fond ces croyances et pratiques.

Là où il n y a ni hôpital, ni dispensaire, les tradi-praticiens fournissent d’importants services qui dans bien des cas sont les seuls soins de santé immédiatement accessibles.

Comme l’a dit le RF TEMPELS, il n’existe pas en Afrique un mort sans cause sociale. Toute mort, maladies graves trouvent une explication sociale. Soit, il s’agit d’un envoûtement, soit d’un tabou non respecté par le victime.

**8.4** L’INTEGRATION DE LA MEDECINE TRADITIONNELLE DANS LE SYSTEME SANITAIRE NATIONAL

La médecine traditionnelle étant basée sur les connaissances et des thérapies inspirées surtout du passé. Elle n’ignore pas les techniques importées car il lui arrive d’utiliser les matériels importés pour guérir ou soigner les maladies. On l’appelle également « éthno-médecine », « Médecine ancestrale », « Médecine coutumière »…

Il y a lieu de souligner ici que l’on oppose la médecine traditionnelle à la médecine moderne qui est basée sur les connaissances et techniques puisées de la science euro-américaine. Même si par son essence elle a des attaches avec l’Afrique, le Moyen-Orient et Asie.

La coexistence dans un même pays de 2 types de médecines reste encore tolérable loi à Kinshasa, il y a probablement des tradi-praticiens que les médecines modernes.

Alors une question se pose :

Pourquoi trouvons-nous un nombre aussi important de tradi-praticiens pendant que plusieurs dispensaires et centres de santé fonctionnent dans ce même lieu ?

R/ - le coût onéreux des soins modernes

* 1. la méconnaissance de certaines thérapies par la médecine moderne
  2. l’insuffisance dans certains milieux de médecins ou infirmiers modernes
  3. certains peuples sont conservateurs.

L’expérience de Prof. GAULBERT KHYI, psychiatre de la république de Bénin a montré que : le tradi-praticien installé à l’hôpital travaillant en collaboration avec les autres agents de la santé vouait souvent à des échecs thérapeutiques malgré l’effort conjugué pour le mettre dans les conditions favorables.

En conclusion : Les guérisseurs traditionnels sont très répandus et exerçant une grande influence, il faut donc trouver les moyens de les intégrer dans l’équipe de santé de la médecine moderne afin qu’ils puissent y être aussi efficaces.

### EXERCICES

1. *En vous référant à vos entretiens avec divers tradi-praticiens, à votre expérience personnelle et aux connaissances acquises dans le domaine des soins de santé primaire, proposez une formule difficile d’intégration de la médecine traditionnelle dans le système sanitaire national.*

**8.5 ASPECTS POSITIFS DE LA MEDECINE TRADITIONNELLE**

* 1. Sociopolitique et culturel

Sous toutes ses formes, la médecine traditionnelle reflète un mode de vie, un mode de pensée, une culture et une facette de la civilisation congolaise. On a trouvé que remettre en bonheur cette médecine en la transférant du stade oral où elle se trouve actuellement confinée, au stade écrit contribuerait à revaloriser l’homme congolais, sa personnalité et sa culture propre.

* 1. Scientifique

Les thérapies congolaises utilisent divers produits d’origine végétale, animale et minérale, de nombreux produits pharmaceutiques en ont déjà été extraits par de moyens techniques modernes, d’autres pourront être à l’avenir, confirmant ainsi l’apport certain de la civilisation congolaise à la science et à la technologie universelle. Cette médecine met en œuvre certaine méthodes et approches thérapeutiques encore mal connues qui une fois bien approfondies et maîtrisées, pourront révolutionner le diagnostic, la prévention ou le traitement de certaines maladies.

c. Economique

Les plantes et autres ingrédients de la médecine traditionnelle pourraient être exploitées pour l’usage local ou pour d’exploitation soit sous forme artisanale sous forme des produits industrialisés.

Cela permettrait de limiter l’importation des produits pharmaceutiques onéreux.

**8.6 LES ASPECTS NEGATIFS DE LA MEDECINE TRADITIONNELLE**

1. La posologie manque de rigueur, la concentration du principe actif dans le produit étant à chaque préparation par faute de matériel de dosage fiable ; le posologie reçue par la malade est presque toujours différentes.
2. L’imprécision du diagnostic et de la durée du traitement. Le tradi-praticien ignore souvent l’anatomie et la…….. ainsi que la vraie action du médicament.

Les maladies dont les signes se ressemblent sont souvent confondues faute des moyens diagnostiques élaborés au laboratoire.

1. L’exploitation abusive des aspects et du matériel
2. La pratique…..et du charlatan par le guérisseur
3. Le fétichisme qu’on y mélange ne permet pas aux chrétiens et aux autres croyants de consulter les guérisseurs.
4. Certaines thérapies utilisent des procédés très irritants et douloureux.

Exemple : Produits épicés fortement (pili-pili, tangawisi) par voie anale.

### TABLEAU COMPARATIF ENTRE MEDECINE MODERNE ET MEDECINE TRADITIONNELLE

|  |  |
| --- | --- |
| **MEDECINE MODERNE** | **MEDECINE TRADITIONNELLE** |
| Considère beaucoup l’homme dans sa dimension biologique | Considère plus l’homme malade dans sa dimension socioculturelle |
| La maladie est naturelle et trouve une explication biologique | La maladie est souvent un mauvais sort, inseste, sorcellerie, envoûtement. |
| Les actes sont morcelés :   * 1. le pharmacien fabrique et produit   2. médecin diagnostic et prescrit   3. l’infirmier administre le même produit | Les actes sont accomplis par une seule personne. |
| Les remèdes sont souvent matériels et leurs actions organiques sont justifiées | Les remèdes sont souvent rituels et même si c’est matériel c’est souvent accompagné des rites et même des incantations |
| Dosage souvent précis | Dosage souvent imprécis |
| Se pratique dans un espace hospitalier avec bâtiment imposant milieu non habituel | Se pratique soit dehors, soit dans une case isolée, milieu habituel |

### LA MEDECINE TRADITIONNELLE CHINOISE (ACUPUNCTURE)

**1. Définition :**

La médecine chinoise est une méthode thérapeutique d’origine chinoise qui consiste en l’implantation d’aiguille en des points précis de la surface du corps.

* 1. Terminologie de l’acupuncture

Les méridiens : les points d’acupuncture déterminés par les médecins chinois sont au nombre de 787, correspondant à des organes et à des symptômes divers reliés entre eux par des lignes hypothétiques au nombre de 24. ces lignes sont appelées « JING » par les Chinois, qui signifie lignes vivantes, parcourues par un flux d’énergie vital. Certains acteurs français contemporains ont traduit ce mot JING en méridien pour eux, il y a 12 méridiens qui sont symétriques de chaque côté du corps chaque paire de jing correspond à d’organe.

Dans la pensée chinoise, l’énergie vit et circule le long de toutes ces lignes et passe d’un jing à l’autre sans qu’il y ait jamais interruption de circulation.

Les points d’acupunctures

Chaque point d’acupuncture correspond à des cliniques précises et respiratoires

Leur classement est le suivant :

Les points principaux : Chaque méridien bilatéral en comporte un certain nombre :

1. Points capitaux : l’une des tonifications dont le rôle est de stimuler une fonction organique déficiente, l’autre de dispersion ou sédatif dont le rôle est au contraire de calmer le fonctionnement.
2. Points spéciaux : dont le nombre varie. Le méridien renforce selon le cas et selon l’aiguille employée. La stimulation ou la sédation exercée sur le point principal : c’est un point régulier.
3. Point vésical : ou point de l’assentiment. Placé sur le méridien de la vessie apporte par assentiment au point principal, tonifiant ou calmant le point d’alarme ou le narault est spontanément douloureux lorsque le méridien sur lequel il se trouve est perturbé.

N.B : Le point est toujours en regard de l’organe malade.

Ex : point d’appendicite

1. Les points de passage : très important, est toujours placé sur son propre méridien c’est lui où s’écoule, selon les chinois, l’énergie vital lorsqu’elle est en accès dans un organe.
2. Les points complémentaires te secondaires : ils sont toujours situés sur les méridiens et ne seront ponctués que suivant certaines indications particulières propre à chacun d’eux.

D’autres ne seront ponctués que pour calmer la douleur locale.

1. Les points curieux en dehors de jing : ils sont d’importance secondaire et leur seule indication est la douleur locale.
2. Les points de réunion : ils sont au nombre de 9 et ont chacun une action particulière sur un groupe d’organes déterminés.

Les aiguilles chinoises primitivement faites d’épines de bois puis de silex taillé, sont actuellement en métal. L’or et le cuivre ayant une sédative. Leur longueur varie de 1 à 2,5 cm.

Certains acupuncteurs français utilisent les aiguilles dites japonaises dont l longueur va jusqu’à 15 cm.

On les enfonce habituellement de 1 à 2 mm dans le derme. Il y a des aiguilles dites à demeure que l’on enfonce dans les tissus cellulaires S/C et qui sont maintenues en place plusieurs heures, parfois plusieurs jours. Dans certains cas, les aiguilles sont constamment animées d’un léger mouvement de rotation par l’opérateur.

L’électropuncture : certaines acupunctures branchent les aiguilles sur des générateurs électriques spéciaux dont les impulsions ont pour effet de renforcer l’action physique des aiguilles.

* 1. Indication d’acupuncture

Particulièrement indiqué dans les spasmes viscéraux comme dans le cas d’asthme, les coliques éphébiques, les contractures musculaires ainsi que dans les douleurs rhumatismales, dans les névrites, les névralgies, inflammation de muqueuses comme sinusite, troubles neurovégétatifs comme vomissement, la constipation opiniâtre, l’énurésie, peuvent aussi entre dans cet ordre d’idée. Tout comme l’insomnie et divers troubles psychosomatiques mêmes R.A.A et stérilisation.

* 1. Contre-indication

Etat fébrile… en particulier : arthrite infectieuse. Certaines précautions doivent par ailleurs être précisées chez les patients neurotoniques qui risquent de présenter des maladies en cours de traitement.

1 .4. **AUTRES MEDECINES**

Nous citons :

Le spiritualisme : est une médecine par l’esprit divin. Dieu lui-même intervient et opère des miracles de guérison selon que le malade croit. Cela se fait souvent pendant les campagnes d’évangélisation. On l’appelle aussi médecine spirituelle.

La médecine occulte : Ici la guérison d’opère en cachette dans la maison loin de la curiosité et de la sécurité populaire.

Toutes ces composantes des SSP peuvent être regroupées en actions préventives curatives et promotionnelles.

* + - * ACTION PREVENTIVE
  1. Education pour la santé et pour la prévention des maladies
  2. Protection maternelle et infantile y compris la planification familiale.
  3. Vaccination contre les grandes maladies infectieuses.
  4. Prévention et contrôle des endémies locales.
  5. Approvisionnement en eau potable et mesures d’assainissement de base.
     + - ACTIONS CURATIVES
  6. Traitement des maladies et lésions courantes
  7. Fourniture des médicaments essentiels.
     + - ACTION PROMOTIONNELLE
  8. Education pour la santé et pour la prévention des maladies
  9. Promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles
  10. Approvisionnement suffisant en eau potable et mesure d’assainissement de base.

LES MEDECINES PARALLELES

**8.1 La médecine traditionnelle congolaise**

La médecine traditionnelle occupe une place importance en RDC et surtout à des coins les plus reculés du pays où la médecine est insuffisamment implantée ou absente.

La définition de certains termes facilitera la compréhension de cette réalité locale.

**1. Médecine** : en son sens original, est l’ensemble des connaissances scientifiques et des moyens de tous les cadres mis en œuvre pour la guérison ou le soulagement des maladies, blessures ou infirmités.

**Traditionnelle** : est ce qui est fondée sur tout ce qu’on doit par une transmission d’âge en âge.

La médecine traditionnelle est donc l’ensemble des connaissances fondées sur tout ce qu’on doit par transmission pour la guérison ou le soulagement de certaines maladies.

##### **8.2 La catégorisation des tradi-praticiens**

* + - Le guérisseur : est un homme initié, ayant le pouvoir de guérir les maladies avec les substances végétales, animales et minérales mais aussi entouré des incantations et des rites superstitieux.
    - L’herboriste : celui-ci ne soigne qu’avec les plantes et la fourniture des médicaments sous formes brute demeure encore le facteur de non-avancement.
    - Le charlatan : est un faux guérisseur qui profite de la réalité, de la naïveté et de l’ignorance de ces clients pour convaincre les troupes et leur prendre de l’argent. Obtenir la guérison, chez lui est un hasard.
    - Le sorcier : est une personne habitée par un pouvoir mauvais qui le pousse à faire le mal ou à tuer.
    - Le devin-voyant : est un homme qui prétend connaître la face carrée des choses et des hommes. Le passé, l’avenir et toutes raisons de tout ce qui arrive.

En Afrique, l’art du devin appelé DIVINATION ou VOYANCE, utilise divers objets et moyens : animaux (souris, chats, ils permettent aux voyants d’interpréter le sort). Les charlatans utilisent la divination pour soi-disant définir la maladie qu’on a.

D’où elle présente un grand danger pour l’entente et l’harmonie dans les familles et les localités.

* + - Le marabout : d’après son origine le mot désigne un religieux musulman qui menait une vie sainte, proche de Dieu.

Mais de nos jours et surtout en Afrique Noire, un féticheur peut être appelé de ce nom. Il recopie le verset.

* + - La magie : elle produit par certaines pratiques des effets contraires aux lois naturelles.

Les féticheurs, les charlatans, certains marabouts sont des magiciens. Ils disent qu’ils vont obtenir pour les autres ce qu’ils n’ont pas eux-mêmes : multiplication de billets de banque, guérison de cancer même à des stades avances, succès aux examens.

**8.3 LA CONCEPTION CONGOLAISE DE LA MALADIE ET DE LA MORT**

Les croyants et les praticiens culturels ont une forte influence sur le comportement sanitaire.

La médecine traditionnelle exploite à fond ces croyances et pratiques.

Là où il n y a ni hôpital, ni dispensaire, les tradi-praticiens fournissent d’importants services qui dans bien des cas sont les seuls soins de santé immédiatement accessibles.

Comme l’a dit le RF TEMPELS, il n’existe pas en Afrique un mort sans cause sociale. Toute mort, maladies graves trouvent une explication sociale. Soit, il s’agit d’un envoûtement, soit d’un tabou non respecté par le victime.

### L’INTEGRATION DE LA MEDECINE TRADITIONNELLE DANS LE SYSTEME SANITAIRE NATIONAL

La médecine traditionnelle étant basée sur les connaissances et des thérapies inspirées surtout du passé. Elle n’ignore pas les techniques importées car il lui arrive d’utiliser les matériels importés pour guérir ou soigner les maladies. On l’appelle également « éthno-médecine », « Médecine ancestrale », « Médecine coutumière »…

Il y a lieu de souligner ici que l’on oppose la médecine traditionnelle à la médecine moderne qui est basée sur les connaissances et techniques puisées de la science euro-américaine. Même si par son essence elle a des attaches avec l’Afrique, le Moyen-Orient et Asie.

La coexistence dans un même pays de 2 types de médecines reste encore tolérable loi à Kinshasa, il y a probablement des tradi-praticiens que les médecines modernes.

Alors une question se pose :

Pourquoi trouvons-nous un nombre aussi important de tradi-praticiens pendant que plusieurs dispensaires et centres de santé fonctionnent dans ce même lieu ?

R/ - le coût onéreux des soins modernes

* la méconnaissance de certaines thérapies par la médecine moderne
* l’insuffisance dans certains milieux de médecins ou infirmiers modernes
* certains peuples sont conservateurs.

L’expérience de Prof. GAULBERT KHYI, psychiatre de la république de Bénin a montré que : le tradi-praticien installé à l’hôpital travaillant en collaboration avec les autres agents de la santé vouait souvent à des échecs thérapeutiques malgré l’effort conjugué pour le mettre dans les conditions favorables.

En conclusion : Les guérisseurs traditionnels sont très répandus et exerçant une grande influence, il faut donc trouver les moyens de les intégrer dans l’équipe de santé de la médecine moderne afin qu’ils puissent y être aussi efficaces.

### EXERCICES

1. *En vous référant à vos entretiens avec divers tradi-praticiens, à votre expérience personnelle et aux connaissances acquises dans le domaine des soins de santé primaire, proposez une formule difficile d’intégration de la médecine traditionnelle dans le système sanitaire national.*

### LA MEDECINE TRADITIONNELLE CHINOISE (ACUPUNCTURE)

**1. Définition :**

La médecine chinoise est une méthode thérapeutique d’origine chinoise qui consiste en l’implantation d’aiguille en des points précis de la surface du corps.

* 1. Terminologie de l’acupuncture

Les méridiens : les points d’acupuncture déterminés par les médecins chinois sont au nombre de 787, correspondant à des organes et à des symptômes divers reliés entre eux par des lignes hypothétiques au nombre de 24. ces lignes sont appelées « JING » par les Chinois, qui signifie lignes vivantes, parcourues par un flux d’énergie vital. Certains acteurs français contemporains ont traduit ce mot JING en méridien pour eux, il y a 12 méridiens qui sont symétriques de chaque côté du corps chaque paire de jing correspond à d’organe.

Dans la pensée chinoise, l’énergie vit et circule le long de toutes ces lignes et passe d’un jing à l’autre sans qu’il y ait jamais interruption de circulation.

Les points d’acupunctures

Chaque point d’acupuncture correspond à des cliniques précises et respiratoires

Leur classement est le suivant :

Les points principaux : Chaque méridien bilatéral en comporte un certain nombre :

* Points capitaux : l’une des tonifications dont le rôle est de stimuler une fonction organique déficiente, l’autre de dispersion ou sédatif dont le rôle est au contraire de calmer le fonctionnement.
* Points spéciaux : dont le nombre varie. Le méridien renforce selon le cas et selon l’aiguille employée. La stimulation ou la sédation exercée sur le point principal : c’est un point régulier.
* Point vésical : ou point de l’assentiment. Placé sur le méridien de la vessie apporte par assentiment au point principal, tonifiant ou calmant le point d’alarme ou le narault est spontanément douloureux lorsque le méridien sur lequel il se trouve est perturbé.

N.B : Le point est toujours en regard de l’organe malade.

Ex : point d’appendicite

* Les points de passage : très important, est toujours placé sur son propre méridien c’est lui où s’écoule, selon les chinois, l’énergie vital lorsqu’elle est en accès dans un organe.
* Les points complémentaires te secondaires : ils sont toujours situés sur les méridiens et ne seront ponctués que suivant certaines indications particulières propre à chacun d’eux.

D’autres ne seront ponctués que pour calmer la douleur locale.

* Les points curieux en dehors de jing : ils sont d’importance secondaire et leur seule indication est la douleur locale.
* Les points de réunion : ils sont au nombre de 9 et ont chacun une action particulière sur un groupe d’organes déterminés.

Les aiguilles chinoises primitivement faites d’épines de bois puis de silex taillé, sont actuellement en métal. L’or et le cuivre ayant une sédative. Leur longueur varie de 1 à 2,5 cm.

Certains acupuncteurs français utilisent les aiguilles dites japonaises dont l longueur va jusqu’à 15 cm.

On les enfonce habituellement de 1 à 2 mm dans le derme. Il y a des aiguilles dites à demeure que l’on enfonce dans les tissus cellulaires S/C et qui sont maintenues en place plusieurs heures, parfois plusieurs jours. Dans certains cas, les aiguilles sont constamment animées d’un léger mouvement de rotation par l’opérateur.

L’électropuncture : certaines acupunctures branchent les aiguilles sur des générateurs électriques spéciaux dont les impulsions ont pour effet de renforcer l’action physique des aiguilles.

* 1. Indication d’acupuncture

Particulièrement indiqué dans les spasmes viscéraux comme dans le cas d’asthme, les coliques éphébiques, les contractures musculaires ainsi que dans les douleurs rhumatismales, dans les névrites, les névralgies, inflammation de muqueuses comme sinusite, troubles neurovégétatifs comme vomissement, la constipation opiniâtre, l’énurésie, peuvent aussi entre dans cet ordre d’idée. Tout comme l’insomnie et divers troubles psychosomatiques mêmes R.A.A et stérilisation.

* 1. Contre-indication

Etat fébrile… en particulier : arthrite infectieuse. Certaines précautions doivent par ailleurs être précisées chez les patients neurotoniques qui risquent de présenter des maladies en cours de traitement.

1 .4. **AUTRES MEDECINES**

Nous citons :

Le spiritualisme : est une médecine par l’esprit divin. Dieu lui-même intervient et opère des miracles de guérison selon que le malade croit. Cela se fait souvent pendant les campagnes d’évangélisation. On l’appelle aussi médecine spirituelle.

La médecine occulte : Ici la guérison d’opère en cachette dans la maison loin de la curiosité et de la sécurité populaire.

Toutes ces composantes des SSP peuvent être regroupées en actions préventives curatives et promotionnelles.

* + - * ACTION PREVENTIVE
* Education pour la santé et pour la prévention des maladies
* Protection maternelle et infantile y compris la planification familiale.
* Vaccination contre les grandes maladies infectieuses.
* Prévention et contrôle des endémies locales.
* Approvisionnement en eau potable et mesures d’assainissement de base.

ACTIONS CURATIVES

* Traitement des maladies et lésions courantes
* Fourniture des médicaments essentiels.

ACTION PROMOTIONNELLE

* Education pour la santé et pour la prévention des maladies
* Promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles
* Approvisionnement suffisant en eau potable et mesure d’assainissement de base.

### LA PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE COMME MECANISME DE RESOLUTION DES PROBLEMES DE SANTE COLLECTIFS

**2.1. Définition des concepts**

* + 1. Partenaire :

C’est l’ensemble des personnes ou groupes qui s’associent pour la réalisation d’un projet.

Le processus de collaborer ensemble, de façon active à la conception, à la réalisation et à l’appréciation des résultats d’un programme constitue le partenariat.

* + 1. Participation communautaire :

C’est le processus par lequel la population s’engage activement et volontairement par ses propres initiatives, à mener des actions visant à l’amélioration de son niveau de vie. C’est de cela qu’il est surtout question dans notre thème sur le partenariat.

* + 1. Intervenant

C’est toute personne ou groupe qui apporte des ressources dans la réalisation d’un programme sans nécessairement participer à sa conception ou à son évaluation.

* + 1. Collaboration intra sectorielle

Est la collaboration de différents acteurs du secteur de la santé.

* + 1. Collaboration intersectorielle :

Est la collaboration des acteurs de la santé avec ceux des autres secteurs contribuant à l’amélioration de la santé de la population.

1. **Participation communautaires et action en sante**

La santé communautaire : « c’est la mobilisation d’une communauté ou de la société civile ou militaire pour une prise en charge de sa santé ». Action dans et avec la population, administration du terrain = ACTIVE.

Elle « implique une réelle participation de la communauté » à l’amélioration de sa santé. La santé communautaire fait appel obligatoirement à la participation communautaire.

Par **‘’participation’’**, nous attendons un processus éducatif et de responsabilisation au cours duquel les populations, de concert avec ceux qui peuvent les aider, identifient les problèmes et les besoins, et assurent de plus en plus la responsabilité en matière de la planification, de la gestion, de contrôle et d’évaluation des mesures collectives qui doivent être prises.

En d’autres termes, on appelle **‘’participation communautaire’’** aux programmes de santé l’implication des membres de la communauté à tous les stades du programme : identification, mise en œuvre et évaluation. Elle permet de :

* mettre en place des programmes de santé adaptés aux besoins réellement ressentis ;
* responsabiliser la communauté sur ses propres problèmes de santé ;
* favoriser le relais des actions par la communauté.

La participation communautaire implique :

* l'apport de la communauté aux stratégies et politiques globales de santé ;
* l'engagement de la communauté (bénéficiaire, cible) à la planification et à la gestion des services de santé ;
* l'organisation des services de santé en réseau permettant un accès facile à tout membre de la communauté.

Elle peut être évaluée sur deux critères :

* le niveau de cette participation au sein du programme de santé ;
* la représentativité des personnes impliquées.

La participation communautaire est donc le processus par lequel les individus, les familles, les sociétés, les communautés prennent conscience de leur propre situation et sont motivés pour résoudre leurs problèmes communs. Cela leur permet de devenir les acteurs de leur propre développement. La participation communautaire réclame la mobilisation de tous, mais une mobilisation née de l’acceptation libre, fondée sur l’intelligence des tous les objets poursuivis.

C’est pourquoi, cette conception classique des systèmes de soins, ‘’où le professionnel est le seul à tout savoir et tout décider’’, semble-t-elle aussi dépassée. La participation communautaire doit s’accompagne de ‘’l’action communautaire’’.

Pour l’OMS 1984, la participation communautaire, c’est l’adhésion et la mobilisation de la population qui accepte et utilise toutes les ressources locales en vue de prendre des mesures ou effectuer des changements collectifs planifiés. La participation des populations est un moyen donc efficace pour que les priorités et programmes tiennent bien compte des besoins de la collectivité. Ces derniers doivent être amenées à apprécier l’importance pour que les priorités et les avantages qui en dérouleront pour elle. Pour ce fait, BEKELE (op. cit.), demande que les compétences et les aptitudes nécessaires au sein de la communauté soient développées pour qu’elle utilise au mieux les structures et les services existants.

**La santé communautaire est le management sanitaire**, une ‘’médecine promotionnelle, accompagne mentale et insertionnelle’’nécessitant **la participation communautaire** des membres de la communauté à la planification, à la gestion et à l’amélioration de leur état de santé individuelle ou collective. Il y a une notion d’engagement de chaque individu. La participation de la communauté est recherchée à tous les niveaux de l’action et consiste à :

* Analyser la situation sanitaire de la communauté ;
* Identifier le problème, choisir les priorités ;
* Définir les objectifs et activités, mobiliser les ressources pour améliorer la situation ;
* Organiser et conduire l’action ;
* Evaluer l’action.

1. **Sortes et importance de la participation communautaire**

Pour Mutumbi ABELI F.2017, il y a deux types de participation :

1. **La participation directe**: celle qui peut se faire au niveau local, à l’échelon de la communauté. Cette participation se réalise par le sentiment d’appartenance à une entité. Exemple école, église, quartier. La population qui la compose est moins de 10.000.
2. **Participation indirecte**: lorsque la participation concerne des vastes entités : villes, districts, pays, il y a lieu d’organiser ce type de participation qui est celle de délégation des représentants.

Comme le faisait observer en 1972 JULIUS NYERERE (Président de la République Tanzanienne) : « Notre pays est trop vaste pour que les gens au centre à Dar-es-Salam, puissent comprendre les problèmes locaux ou ressentir l’urgence. Quand tout le monde est détenu au centre, les problèmes locaux risques de subsister et s’aggraver, tandis que la population locale qui en a connaissance est empêchée de prendre des initiatives pour les résoudre ». (OMS, op cit.)

FRP 2008, souligne que l’impact socioéconomique du paludisme (par exemple) montre bien les conséquences de la maladie dépassent largement le secteur médical. Lorsqu’on prend en compte l’absentéisme des parents et le coût élevé des médicaments pour traiter cette endémie on peut comprendre qu’il contribue à la pauvreté. Dès lors, il importe de mettre sur pied de nouvelle stratégie qui est la participation communautaire afin de mieux contrôler la maladie, de réduire les pertes en vie humaines, de promouvoir le développement intégral des communautés de base et réduire la misère de la population.

Depuis une vingtaine d’année, la RDC connait une crise socioéconomique qui a engendré des implications sur le revenu familial qui agit négativement sur l’accessibilité de la population aux SS de base. Le PNB est moins de 100 US/an et par habitant ce qui place le pays parmi ceux de plus faible revenu du continent.

Compte tenu des ressources limitées, la participation des communautés est indispensable pour minimiser les coûts. Entraînés par le processus de prestation des services essentiels. Elle favorise également le développement interne et assure sa continuité, donne le sentiment de responsabilité, fait renaître l’esprit d’initiative de la population (OMS, 1974).

**4. Conditions d’une bonne participation communautaire**

1. **Adhésion**

Dès le début, lors de la planification des activités de développement sanitaire qui implique les diverses étapes de ce processus dont l’indentification des problèmes. Prioritaires et des besoins ressentis, l’élaboration d’objectifs réalistes et l’évaluation des ressources potentielles existantes pour atteindre ces objectifs, il est du devoir que les communautés prennent part. De cette manière, la collectivité aura le sentiment que les activités planifiées sont affaire et que la responsabilité lui en incombe (MANZAMBI, 2008).

1. **Confiance**

Lors de la planification faire aux communautés et susciter cette confiance en leur donnant une autonomie d’action dans le développement sanitaire. C'est-à-dire accepter telles qu’elles sont leurs coutumes, leurs croyances, cultures et leurs conditions de vie. La manifestation pratique de la communauté à la planification pratique est la participation collective à la planification des activités, planification de leurs propres ressources et la détermination du soutien extérieur supplémentaire qu’appellent ses activités.

1. **Respect**

Il ne faut pas douter de leurs capacités à se libérer et à se développer pour faire renaitre l’esprit d’initiative au sein de la communauté.

Cette condition rejoint l’idée de MALHER (1980), alors le Directeur Général de l’OMS à la 32ème session du comité régional de l’Afrique qui disait : « faisant référence aux progrès qui s’accomplissent dans les pays, n’attendez pas le salut d’action supranational que ce soit. Le salut ne peut venir que des efforts nationaux, l’attitude qui consiste à dire demander et vous recevez. Les populations sont fières de contribuer, même modestement, aux activités communautaires ».

1. **Satisfaction de besoins**

La satisfaction des besoins ressentis par la communauté est une initiation pour mobiliser. Les processus de participation doivent tenir compte des valeurs socioculturelles de la communauté. Les changements prévus devront dans toutes la mesure du possible s’harmoniser avec les valeurs et les idéaux actuels de la collectivité. (Foutain, op cit).

1. **L’enthousiasme et l’intérêt**

Ce développement doit à la longue devenir la marque de succès de la population elle-même.

1. **La motivation**

Elle est la clé de la mobilisation de la communauté. C’est la somme des besoins et de souhaits qui poussent l’individu ou les groupes à agir. Ceci pour obtenir une participation efficace. (Mensah, op cit).

**Caractéristiques de la participation communautaire**

La participation de la communauté aux activités sanitaires doit-être :

1. **Démocratique**

En général, les associations communautaires ou des quartiers sont plus activées lorsque les autorités sont élues et que les ressources nécessaires pour résoudre les problèmes sont aisément dégagées. (PNUE, op cit).

La participation démocratique est favorisée par des conditions d’ordre social et psychologiques qui sont : confiance, réciprocité, prise en compte de l’opinion, l’intérêt de l’autrui, la reconnaissance de ses responsabilités et ses compétences, l’authenticité de communications, la transparence de l’information et des objectifs, la décentralisation et l’autocontrôle.

LIKERT cité par Mansens (2008, la qualifie de méthode d’action car elle constitue la participation effective au pouvoir. Elle donne l’accès aux hommes aux décisions qui les affectent et qu’ils considèrent importantes, éveille les habitants à la reconnaissance qu’une société et de la création d’une attitude dynamique qui suscite les initiatives.

1. **Libre, volontaire, délibérée, consciente**

La participation la plus souhaitée car elle établit le diagnostic de la situation et élabore les programmes de santé. C’est la participation de la situation et élabore les programmes de santé. C’est la participation directe.

Ici la partie vise à tenir compte des véritables besoins et aspirations des individus et des groupes et à le satisfaire. Cette participation est en rapport avec l’animation, la sensibilisation et le développement communautaire.

1. **Active**

Ici, la population s’implique dans toutes les étapes d’un projet : identification des problèmes, fixation des priorités, intervention lors de la planification pour la résolution des problèmes de santé.

1. **Multisectorielle**

C’est une participation pour responsabiliser les intéressés attirés les investissements et garantir la viabilité des activités de santé ou de développement. La communauté a des compétences à exploiter et à développer dans son propre intérêt.

Les membres peuvent avoir des talents non liés au domaine de la santé, mais qui ont un impact sur la santé de la collectivité.

**Objectifs poursuivis de la participation communautaire**

Les communautés participent aux activités de santé suivant que les objectifs poursuivis peuvent satisfaire à leur besoin ressentis. Avec des ressources limitées elles peuvent obtenir des résultats restreints sur le plan de la prévention et l’amélioration de leur santé.

C’est ainsi que l’OMS 1999, dans sa politique des soins de santé primaire met accent sur la participation communautaire avec comme objectif, créer des conditions de progrès économique et social dans l’ensemble de la communauté, développer le sens de responsabilité de la population à l’égard des projets qu’elle considère comme sien, créer des liens de solidarité et d’amitié par le fait de travailler ensemble, utiliser les ressources locales, leur compétence et leur connaissance, susciter une prise de conscience et esprit de l’indépendance vis-à-vis de paternalistes, minimiser le coût entraîné par les processus de prestation des services de santé et favoriser le développement interne et assurer la continuité.

C’est pourquoi MALHER (op cit), déclare, « la meilleure façon de s’en prémunir est de doter les communautés des moyens d’organiser leurs propres dispositifs des soins de santé primaires, de les encourager à faire pression sur le premier échelon de recours pour qu’il leur prouve l’appui voulu et de nous assurer que cet échelon soit à même de leur fournir l’assistance requise ».

* 1. **APPROCHE DE LA PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE**

Deux approches nous intéressent :

* + 1. **Approche de développement**

MALHER (op cit), souligne que cette approche prévoyait des services des soins médicaux en complément des programmes de santé publique : lutte contre les maladies transmissibles et services de salubrité de l’environnement. Ici on a procédé à l’éducation pour la santé de la population en adoptant des démarches passives reposant sur le slogan : « dire à la population ce qu’elle doit faire ».

Le même auteur informe que des lois et règlements concernant la santé ont été promulgués et les personnes qui se mettaient en infraction à ces lois et règlement étaient sanctionnées.

* + 1. **Approche des services de santé de base**

Dans cette approche, des efforts pour atteindre la population la plus périphérique furent tentées sans rechercher la véritable participation de la communauté. Les objectifs, les priorités et moyens d’exécution étaient déterminées par le gouvernement et les organismes non gouvernementaux, les résultats furent moindres là où les ressources dont disposent les autorités centrales étaient limitées face à un accroissement démographique. L’état de santé de nos populations n’a pas changé et demeure inacceptable. (Mensah, op cit).

* 1. **FACTEURS DETERMINANTS LA PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE**

1. **Facteurs socio culturels.**

* **Le niveau d’instruction**

M.KADIEBWE (2020) stipule que l’éducation est un moyen d’intégration, de mobilité et une source sociale de satisfaction sociale.

Pour Shehn 1975, dans les zones rurales, l’insuffisance de nombre d’école explique l’incidence de l’analphabétisme. L’auteur montre que, dans la plupart des pays 20% environ seulement d’enfants en âge scolaire fréquentent les établissements scolaires.

La même source indique que l’éducation à plus d’un titre, est un facteur important de promotion de la santé en ce sens qu’elle a une influence sur le concept de santé et de maladie et sur la manière dont le gens font recours au service de santé quel qu’ils soient, elle détermine entre temps la participation de la collectivité et à sa disponibilité à supporter le coût des soins qui lui sont donnés.

L’OMS et PNUE (op cit), montrent que le taux de morbidité et mortalité chez les enfants était élevé dans les ménages où les mères étaient analphabètes, plutôt que probablement analphabète.

* **Les croyances et traditions (Systèmes de valeur)**

La culture et la tradition exercent une grande influence sur la décision de consulter les services de santé partant de la morbidité et mortalité maternelle. (Wener op cit).

Pour l’OMS (op cit), pour favoriser des croyances et un développement socio culturel harmonieux, il est indispensable d’identifier les traditions indésirables et de les remplacer par celles qui favorisent l’intérêt général et qui vont aussi dans le sens des objectifs déterminés, acceptables pour tous.

BEKELE (op cit), fait remarquer que le statut de la femme au sein de la …. Immédiat et élargie, n’influence généralement par la décision d’aller consulter les services de santé. Les études montrent que 52% de décision d’aller consulter les services de santé. Les études montrent que 52% de décision seraient prises par les maris et 44% pour d’autres membres de la famille.

Pour Wener (op cit), les jeunes qui ont reçu une instruction et les chrétiens, ont plutôt recours aux services de santé tandis que les personnes âgées, les analphabètes, les païens et les veufs utilisent les services de santé traditionnelle.

1. **Facteurs politiques**

OMS et PNUE (op cit) stipulent que, seule l’action ou l’intervention de l’administration permet d’offrir des moyens tels que l’eau sous canalisation, le chaînage et l’assainissement, l’enlèvement des ordures ménagères, l’électricité, les soins de santé, les secours d’urgences et l’éducation.

Les auteurs continuent par ce terme, un degré de salubrité de l’environnement même rudimentaire ne peut pas être réalisé sans que les pouvoirs publics consacrent des investissements aux infrastructures et aux serves souhaitables dans toutes les zones d’habitation.

La même source indique une politique sanitaire complète, telle qu’elle est proposée par la déclaration d’alma-Ata, implique que les autorités politiques locales aient une bonne connaissance des problèmes de santé et de leur évolution dans le temps. Le gouvernement doit fournir l’appui politique, administratif et financier.

Des comités de développement instables, du fait de fréquents changements de ses membres, se traduisent par ruptures des activités, là où les comités de développement du village sont inactifs, les activités s’arrêtent là. (FISE/ 1997).

1. **Facteurs économiques**

La survie des foyers les plus pauvres exige fréquemment que le père et la mère travaillent tous deux au dehors et il résulte que les nourrissons et les jeunes enfants doivent être laissés à d’autres enfants plus âgés. (OMS-PNUE, op cit).

Les auteurs ajoutent que, chez les groupes à bas revenus, on compte une forte proportion des foyers dirigés par une femme dont le rôle comme principale source de revenus ne lui laisse pas le temps de s’occuper des enfants.

Les mêmes sources indiquent que, ce sont les femmes qui sont responsables au premier chef des soins aux nourrissons et qui s’occupent des enfants, outre les travaux ménagers ; elles doivent aussi un emploi salaire. Ce sont elles qui sont les plus touchées par les besoins et les privations de la famille.

En prenant donc à compte ces différents facteurs énumérés ci-haut, les planificateurs de la santé publique pousseraient la population à adhérer à la politique de lutte contre les problèmes de santé en assument leur part de responsabilité.

La santé d’une population dépend d’un ensemble de facteurs biologiques, démographiques, écologiques, culturels, sanitaires, sociaux, politiques, économiques, … qu’on appelle ‘’déterminants de la santé’’. Quel est leur poids respectif ? Impossible de le mesurer, mais ce qui est clair, c’est que le savoir médical reste impuissant face à beaucoup de ces facteurs.

Les facteurs collectifs sont bien plus déterminants que les particularités individuelles. Il suffit de voir les inégalités de santé en groupes sociaux. Quels que soient les pays observés et les indicateurs utilisés, les pauvres sont plus malades et meurent plus jeunes que les « riches ». Ces écarts ne font que croître et ils existent tout au long de l’échelle sociale, même entre les cadres supérieurs et moyens d’une entreprise par exemple.

Ces constats sont les bases de la promotion de la santé et des démarches communautaires, même si l’approche communautaire seule n’est pas une fin en soi ; elle n’est pas non plus automatiquement marquée idéologiquement du sceau du développement et des progrès. Mais c’est une finalité, un principe et un idéal qui détermine les besoins, les objectifs, la qualité de soins qu’il faut donner et les limites comme mode d’intervention en appliquant la solidarité et le dialogue dans un système de santé

**2.2. Importance de la participation communautaire dans le contexte de SSP**

AMULI JIWE (2013), dans son livre intitulé santé communautaire : Principes et Approches, il présente que la participation communautaire revêt des importances multiples :

* Soutien du public aux services sanitaires et connexes
* Mobilisation des ressources financières lorsque la communauté apporte les ressources humaines et matérielles ;
* La participation revêt une valeur intrinsèque pour la communauté quand celle-ci a joué un rôle actif dans le processus gestionnaire (analyse de situation, planification, mise en œuvre, suivi et évaluation)
* Joue le rôle catalyseur pour de nouveaux efforts de développement ;
* favorise le sens de responsabilité à l’égard du projet (la communauté le considérant comme sien) ;
* La participation garantit le besoin réel et donc favorise l’utilisation de services fournis ;
* Permet l’utilisation des connaissances et compétences locales.
* Permet à la communauté de mieux comprendre la nature des contraintes qui l’empêchent de se développer (population conscientisée).
* la participation communautaire réveille un sentiment d’appartenance à une communauté ou à un groupe.

**2.3. Structures de la participation communautaire.**

2.3.1**. Relais Communautaire**

Un relais communautaire (RC ou RECO) est une personne volontaire s’occupant des problèmes de santé d’une Rue, avenue ou village donné.

Il est l’intermédiaire entre sa rue, son avenue ou son village et la cellule d’animation communautaire.

2. 2.2**. CAC** (cellule d’animation communautaire)

L’ensemble de 3 ou 4 RC constitue une CAC pour la résolution commune des problèmes de santé d’un groupe des rues ou des villages.

2.3.3. **Le comite de développement**

1. Son rôle

* Etudier les problèmes relatifs au développement de la communauté.
* Chercher des solutions pratiques à ces problèmes et faire appliquer les solutions par la population.
* Co gestionnaire
* Animateur pour la santé

1. Ses fonctions

* Assurer le dialogue avec le CS, concernant les problèmes en relation avec la santé ;
* Gérer, avec l’équipe du CS et le propriétaire, les ressources et les activités du CS ;
* Participer à l’animation de la population pour la santé

1. Sa création

* La constitution du Comité de développement est un processus dynamique et à long terme, qui demande un minimum de contact avec la population concernée (3 à 6 mois environs).
* Le premier Comité de Santé peut être provisoire
* Le nombre des membres du CODEV varie : il est bon de prévoir une vingtaine de membres pour que le groupe reste suffisamment représentatif malgré les absents.

1. Critères de choix :

* Appartenir à l’aire de santé
* Etre crédible et bénéficier de la confiance de la population
* faire montre d’un sens de responsabilité et de stabilité sociale
* Etre volontaire et accepter le bénévolat.

Les réunions du CODEV seront ouvertes aux personnes intéressées qui désirent y assister le CODEV se choisira un président qui n’est un membre de l’équipe du CS. L’appartenance au CODEV ne procurera à ses membres ni gratuité aux soins, ni autres avantages financiers. Des solutions locales sont à rechercher pour stimuler la motivation du CODEV.

1. Son fonctionnement

Le CODEV peut fonctionner en commissions, par exemple :

1. Commission finance, Commission NAC, Commission CLAP, Commission DECO/ onchocercose, Commission Médicament, Commission DBC, Commission accoucheuse traditionnelle, Commission eau et assainissement, Commission RAC Commission CAD, Commission CDV.

2.3.4**. Le comité communal de développement (cocodev)**

Il est constitué de Président des différents **CODEV**

Il se réuni une fois le mois, comprend en son sein les représentants des autres secteurs clés de la vie courante de la population :

* Education
* Environnement
* Agriculture
* Administration du territoire

**2.4. Etapes de la mise en œuvre des activités de la participation**

**Communautaire**

1. **Définition des besoins**

Premier contact

Avant la décision d’implanter le CS dans une aire donnée, l’Infirmier Titulaire du futur CS contacte les autorités locales et leur parle du programme de la Zone de Santé. Il préparer avec eux les séances de sensibilisation de la population.

Au cours des contacts de sensibilisation

* L’infirmier Titulaire explique à la population les objectifs poursuivis par son équipe dans le cadre des SSP
* Il suscite la constitution d’un groupe d’interlocuteurs avec lesquels il poursuivra le dialogue
* Partant des problèmes concrets exposés par la population, il suscite l’expression des besoins de la communauté et détermine avec elle les priorités. Une fois les priorités définies, les interlocuteurs explorent les possibilités des solutions et ébauchent un plan de programme.

1. **Susciter une relation de partenaire entre le service de santé et la communauté**
   1. Amorcer la collaboration autour d’une action concrète

Au départ, les membres de l’équipe du CS et la communauté (que nous considérons ici comme étant synonyme de « population prise en charge ») ne se connaissent pas ou peu. Une enquête faite dans ces conditions sur les besoins ressentis par la communauté risque d’être faussée ; les personnes interrogées risquent de répondre ce que l’enquêteur souhaite entendre ou de répondre ce qui peut apporter le plus prestige, etc … Ce qui compte au départ c’est de travailler ensemble à un objectif commun ; ce travail en commun sera la base de la confiance nécessaire à toute relation valable.

Dans le choix de l’action à entreprendre, considérez les caractéristiques suivantes :

1. elle doit être entreprise de commun accord avec la communauté

2. elle doit apporter des bénéfices évidents pour la communauté

3. elle doit être concrète et avoir des résultats tangibles

4. elle ne doit pas bouleverser l’organisation sociale existante

5. Elle ne doit pas exiger d’efforts trop importants de la part de la communauté

6. le service de santé doit être capable de tenir ses engagements pour mener à bien l’action.

**Exemple :** Ainsi certains comités se sont-ils formés pour construire leur Centre de Santé ; d’autres se sont constitués pour améliorer l’assainissement des villages ; d’autres encore se sont constitués pour lancer une campagne de vaccination anti rougeoleuse, etc.

2.2.. Constituer le Comité

Pour aboutir à des résultats escomptés, il faut une participation active de la population aux différentes activités de développement sanitaire. Sans cette participation, tous les efforts risquent d’être voués à l’échec. Le premier rôle, non négligeable, que la population est appelée à jouer est la création (constitution) d’un Comité de développement (CODEV) représentatif de différentes couches de la communauté.

La constitution du CODEV est un processus dynamique et à long terme, qui demande un minimum de contact avec la population concernée. Le type des membres choisi ou à choisir et la crédibilité du Comité de Santé vis-à-vis de la population dépendront, à plus forte raison, de la manière dont les membres ont été sélectionnés.

Les membres devront toujours être choisis par la communauté qu’ils appelés à représenter. L’organisation (BCZS, Eglise, ONG, Agence) jouera alors le rôle de faciliter la sélection mais les décisions finales doivent provenir de la collectivité elle-même. La sélection des membres du COSA devra être sous la responsabilité du Bureau Central de la Zone de Santé (BCZS) en collaboration avec l’équipe du Centre de Santé. la procédure est simple et est représentée ci-dessous :

**1ère ETAPE :** L’équipe conjointe du BCZS-CS passe village par village (de l’aire de santé concernée) pour y rencontrer la population suivant un calendrier préétabli communiqué aux intéressés. Les heures de la matinée ou celles du soir sont les lieux indiqués pour rencontrer tout le monde aux villages.

**2ème ETAPE :** Réunir toute la population du village (femmes, hommes, enfants, jeunes et vieux) pour l’entretenir sur les points suivants :

* Importance du CODEV
* Rôles et attributions du CODEV

**3ème ETAPE :** Fixer, de commun accord avec la population, les critères de sélection à observer, c'est-à-dire, les conditions que dit tout un chacun sans distinction de sexe, d’âge, d’instruction ou de religion, ethnie, … pour être élu membre du COSA. Les critères de sélection ci-après doivent guider les équipes chargées de l’encadrement des CODEV:

* La sobriété (ne pas être un ivrogne)
* Appartenir à l’aire de santé concernée
* Etre crédible et bénéficier de la confiance de la population
* Faire montre de sens de stabilité sociale et de responsabilité (respectueux et responsable)
* Etre volontaire, donc bénévole, cela veut être voué à défendre les intérêts des autres et surtout de plus démunis ;
* Etre disposé à répondre aux différentes réunions du COSA
* Etre ouvert au progrès

N.B. : Cette liste n’est pas exhaustive et pourra être par chaque BCZS en fonction des réalités du terrain. Toutefois, il faut éviter des critères qui risquent d’exclure certaines catégories de la population tels que niveau d’instruction, appartenance à la confession religieuse qui gère le CS, et bien d’autres encore.

* La présence des femmes au CODEV est recommandée et devra être encouragée à tout prix lors de la tournée de sélection.

**4ème ETAPE :** Après la fixation des critères, l’équipe invite la population à procéder au vote sous sa supervision. Par ailleurs, les personnes influentes et les autorités tant coutumières que religieuses devront laisser l’occasion à l’occasion de s’exprimer Librement.

**5ème ETAPE :** Les membres choisis à travers tous les villages de l’aire d’action du CS sont par la suite invités au CS au cours d’une assemblée générale à l’issue de laquelle le CODEV définitif est constitué. Les postes à pourvoir lors de ces assises sont :

* Le président
* Le vice-président
* Le secrétaire et son adjoint
* Le trésorier et son adjoint
* Les membres élus par la population de leurs villages respectifs deviennent automatiquement les conseillers du Comité de Santé.

N.B. : Les chefs coutumiers (localités, groupements, collectivité) ne sont pas membres effectifs du CODEV, mais plutôt des membres d’honneur (de droit)

**6ème ETAPE :** Emettre, au cours de cette assemblée, de suggestions sur les modalités de fonctionnement du CODEV. Ces modalités doivent être fixées par tous les participants. Les modalités ci-dessous doivent être observées au niveau du BCZS et des CS

**3. Les activités.**

* Cogestion de programme de santé
* Eduquer les communautés
* Assister la communauté à la mise en œuvre
* Superviser les activités de la participationcommunautaire

**IV.** LA PLANIFICATION DES ACTIVITES DE SANTE DANS LA COMMUNAUTE POUR LA RESOLUTION DES PROBLEMES PRIORITAIRES

**Deux clés de la planification :**

1. Des ressources limitées :

* Les ressources sont toujours limitées par rapport aux activités que l’on voudrait mener.
* Définition des priorités et du coût d’opportunité.

2. Choix nécessaire :

* Différentes alternatives sont possibles pour atteindre un même objectif.
* Un choix doit donc être réalisé : S’il n’y a pas d’alternatives à un problème, le choix ne se pose pas et donc la nécessité de planifier n’existe plus.

Le programme est un processus ayant pour but d’identifier les problèmes sanitaires prioritaires qui préoccupent au plus haut la population d’une communauté, de fixer les objectifs et en déterminer les stratégies pour résoudre ces problèmes. C’est un processus continu d’identification des problèmes prioritaires et de fixation des objectifs en vue de les résoudre avec les ressources nécessaires.

La programmation se compose des étapes suivantes :

1. Collecte de données

2. Analyse de la situation et préparation du programme.

1. **Collecte des données**

La collecte des données repose sur deux principes fondamentaux : les données doivent être destinées à un usage déterminé, ce qui implique qu’elles sont sélectives et leur collecte doit être peu coûteuse. Les données requises pour le programme sont :

* 1. Données et prévisions démographiques

Il faut connaître, au minimum, la structure par âge de la population, sa répartition entre zones rurales et zones urbaines et les taux bruts de mortalité et de natalité (ainsi que les taux de fécondité par âge si possible) et se procurer toutes les statistiques d’Etat civil disponibles.

S’il n’existe aucun recensement national de la population, on doit rassembler le plus grand nombre possible de données démographiques représentatives qu’on explorera.

La collecte des données démographiques est destinée à permettre d’établir une série de prévision aussi objectives que possible sur la population (et sa composition), ceci non seulement pour aider à fixer les objectifs sanitaires mais aussi pour mettre au point une stratégie.

S’il existe déjà des prévisions démographiques officielles, il y aura évidemment lieu de s’en servir au lieu d’en élaborer des nouvelles.

D’autres statistiques de l’Etat civil servant de base aux prévisions telles que taux de mortalité infantile et la composition de la population par âge, sexe et situation matrimoniale devront être recueillies même s’il existe déjà des préventions démographiques officielles.

* 1. Données socio-culturelles

La situation socio-culturelle implique les habitudes sociales et culturelles des groupes de population de la collectivité, leur mode de pensée et leur attitude vis-à-vis de grands événements de la vie (naissance, mariage, décès) ainsi que les habitudes alimentaires et les diverses religions pratiquées par la communauté.

* 1. Données historiques et géographiques

Les données historiques et géographiques peuvent être révélatrices de la genèse d’un problème de santé, elles peuvent fournir des explications sur la cause d’un problème. Il s’agit de l’histoire de la communauté, le relief, le climat, la saison, la faune, la flore, l’hydrographie…

* 1. Données économiques

A cet égard, des prévisions sur le produit national ou le produit intérieur brut constituent un minimum déjà disponible pour la plupart des communautés. A défaut, il suffit de calculer les augmentations de recettes et de dépenses prévues dans le secteur public.

Les données économiques de ce genre peuvent servir à de nombreuses fins mais elles permettent surtout :

1. d’assigner des limites à l’accroissement potentiel du budget sanitaire
2. de tenir compte des effets probables de la politique générale de développement, ce qui peut influer sur la fixation des priorités sanitaires, la fixation des objectifs sanitaire et l’élaboration de stratégies jugées réalisables pour l’atténuation des problèmes de santé prioritaires.
   1. Données sur l’état de santé

Dans ce domaine, il est nécessaire d’obtenir au minimum une image suffisamment fidèle de la mortalité dans la communauté par âge, sexe et lieu de résidence ainsi que d’après le plus grand nombre possible d’autres caractères qualitatifs sociaux et économiques. A eux seuls, les registres de services sanitaires sont insuffisants pour faire dresser un tableau de la morbidité. Ils devront donc être complétés tan au sein du système sanitaire qu’en dehors de celui-ci.

* 1. Services de santé et hygiène du milieu

Il est nécessaire d’établir un tableau synoptique des établissements sanitaires de diverses catégories en le classant par principaux et par grandes divisions administratives.

On devra aussi présenter un tableau similaire ou les grandes catégories du personnel de santé et u autre pour les services de santé et des services d’hygiène du milieu doivent être accompagnés d’une estimation de la mesure dans laquelle la population des zones rurales et urbaines est couverte par ses services ou fait usage.

1. **Analyse de la situation et préparation des programmes**
   1. Identification des problèmes prioritaires

L’analyse de la situation devra nous conduire à l’identification des problèmes prioritaires et leurs indicateurs.

Ex : Le paludisme sévit la population à 60%, en d’autres termes avant l’intervention sanitaire 60% de la population souffre du paludisme.

**Critères de détermination des priorités**

Les différents problèmes retenus après analyse de la situation peuvent être soumis à la bactérie des certains critères pour en déterminer les problèmes prioritaires.

Les principaux critères utilisés sont : la gravité du problème, l’ampleur du problème, la perception du problème par la population et la vulnérabilité du problème. La gravité du problème : la gravité d’un problème implique la sévérité que le problème présente sur les individus, le danger pour les individus, les communautés ; est-ce que le problème menace la vie ? Est-il une cause importante de souffrance ? Une menace de la réduction de la population, capacité de la productivité ?

Ex : Un problème de mortalité élevée ou menant à une mortalité élevée est une menace certaine à la vie et peut être considérée comme très grave.

L’ampleur du problème : comprenons ici la fréquence du problème, le nombre de personnes de différent âge et de différents sexes que les problèmes affectés.

Ex : Un problème qui sévit une petite minorité de personnes d’une tranche d’âge bien déterminée présente une ampleur moindre d’un problème qui touche plusieurs personnes de deux sexes.

La perception du problème par la population :

En résumé, c’est l’opinion de la population sur le problème, comment la population considère le problème, est-il sérieux aux yeux de la population où il est seulement considéré comme un fait normal, nécessite-t-il une solution urgente ou pas. La population se plaint-elle du problème ?

Ex : Un problème qui alarme plus la population est plus cotée sur ce point qu’un problème que la majorité de la population considère comme un fait normal.

La vulnérabilité du problème : Elle implique la possibilité de trouver une solution au problème par l’éducation pour la santé. Si un problème n’est pas possible de trouver une solution par l’éducation pour la santé, pour des raisons technologiques et autres facteurs, il sera moins coté que celui contre lequel une action se justifie possible.

* 1. Identification des causes des problèmes

On se forcera dans la mesure du possible de chercher les causes des problèmes identifiés.

* 1. Fixation des objectifs

Les objectifs seront exprimés en certains cas en termes d’effets sanitaires ou socio-économiques mesurables tandis que dans d’autres cas il s’agira de rendement ou de service fournis.

Les indicateurs des problèmes serviront de variables dans l’objectif à atteindre.

Ex : réduire la prévalence du paludisme de 60% à 10% en 2.000

* 1. Définition des stratégies sanitaires

Pour chaque stratégie sanitaire, il faudra présenter un exposé ou figurer un résumé de l’approche technique proposée, le détail des techniques et un aperçu de leurs modes d’application.

* 1. Conversion des stratégies en activités

Après l’analyse des contraintes, les stratégies qui ne présentent pas des contraintes (politiques, financière, socio-culturelles) majeures seront décomposées en activités. Cela permettre de déterminer les ressources nécessaires sans aucune omission.

* 1. Détermination des ressources

Les ressources nécessaires pour la réalisation des projets ou du programme seront de quatre ordres :

* ressources humaines
* ressources financières
* ressources matérielles
* ressources temps

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Plan | Programme | Projet |
| Document écrit contenant PPOSARE / PPORARE | Ensemble de priorités visant le même but | Ensemble d’activités avec le même but |

Deux écoles de planification :

* PPOSARE = Problème – Priorités – Objectifs : général ; intermédiaires – stratégies – spécifiques

Activités – Ressources – Evaluation et suivi.

* PPORARE = Problème – Priorités – Objectif général (pas d’objectifs spécifiques) – Résultats – Activités – Ressources – Evaluation et suivi.

# CHAPITRE VII: MISE EN PLACE D’UNE MUTUELLE DE SANTE

**I. Définition :**

Une mutuelle de santé est une association volontaire des personnes ,à but non lucratif dont le fonctionnement repose sur la solidarité entre les adhérents. Elle mene en leur faveur et en celle de leur famille une action de prévoyance ;d’entraide et de solidarité dans le domaine des risques sociaux sur la base des decisions de ces membres et aux moyens de leurs cotisations .

II. Principes de base d’une mutuelle de santé **:**

Une mutuelle de santé met en jeu un instrument financier, l’assurance et repose sur des principes tels que :

* **La solidarité**  : elle a une double implication :
* Chaque adhérent paie une cotisation, independamment de son risque social et personnel de tomber malade et cette cotisation est identique à tous les membres.
* Chaque adhérent beneficie des memes services pour un meme montant de cotisation.
* **Le fonctionnement democratique et participatif** : chacun est libre d’adhérer à une mutuelle, sans discrimination.Tous les adhérents ont les memes droits et devoirs ;ils participent directementou indirectement à la prise des decisions et au contrôle du fonctionnement .
* **La non lucrativité** : La mutuelle ne poursuit pas une realisation des profits.Cependant les principes de bonne gestion ne sont pas négliger : il faut bien equilibrer les comptes et degager des excedents afin de constituer desv reserves.
* **L’autonomie et la liberté dans le respect des lois : la mutuelle est une organisation libre qui doit prendre des decisions sans demander l’aval des autorités publiques ou des groupes d’interet.**
* **La responsabilité** : tous les membres de la mutuelle doivent se sentir responsable vis-à-vis de leur santé et celle des autres dans l’utilisation des ressources de la mutuelle et dans des decisions qu’ils prennent.
* **La dynamique d’un mouvement social** : les adherents d’une mutuelle sont des individus engagés dans le processus de developpement individuel et collectif.

# **III.Exemple de financement des soins de sante par approche mutuelle de sante cas de la mesp.**

**1. Présentation de la Mesp**

La MESP est une mutuelle de santé des enseignants du ministère de l’enseignement primaire secondaire et Technique. Sise sur avenue Nzongoloto 14 au quartier des cliniques dans la commune de la Gombe.

La MESP compte actuellement (Statistiques 2020) 211agents dont 137 à Kinshasa, 47 à Lubumbashi, 31 à Mbandaka, 1point focal à Kisangani et 1point focal à Tshikapa.

**2. Mission et Rôle**

Elle assure la prise en charge des prestations médicales en faveur de ses membres et portant garantie du paiement ou du remboursement des frais y afférentes en vertu du conventionnement établi auprès des formations sanitaires agréées par l’état par la méthode de tiers payant ou en les assurant directement ses propres établissements de soins.

**3. Organes de la MESP**

* Assemblée Générale
* Conseil d’Administration
* Secrétariat Administratif
* Commission de contrôle.

**4. Documents officiels**

La mutuelle de santé des enseignants de l’enseignement primaire, secondaire et Technique fonctionne en s’appuyant d’un arrêté Ministériel numéro 042/CAB/MIN/ JGS et DH /2015 du 13Novembre 2015 accordant la personnalité juridique à l’ASBL non conventionnelle dénommée Mutuelle de santé des enseignants de l’enseignement Primaire, secondaire et Technique en signe la MESP.

Egalement par la loi numéro 17/002 du 08 Février 2017 déterminant les principes fondamentaux relatifs à la mutualité.

**5. Réalisation**

* Déjà depuis le 31decembre 2019, La Mutuelle de santé des enseignants du Ministère de l’enseignement primaire secondaire et technique compte aujourd’hui 122.547 bénéficiaires dans les trois provinces opérationnelles dont nous citons les provinces de Kinshasa, Mbandaka et Katanga.
* 547 personnes sont effectivement couvertes par la MESP dont 103.486 à Kinshasa, 14.151 dans le haut Katanga et 4910 dans la province de l’équateur.
* Au niveau de trois entités provinciales de la MESP, il a été observé un cumul de 225.333 épisodes des maladies en 2019 (Taux de fréquentation de services de santé par les affiliés) la province de Kinshasa compte 195.862, la province de du haut Katanga en compte 23.447 et 6.024 à Mbandaka.

### Tableau d’accès aux services de santé par niveau de PEC en entité Provinciale

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Villes | Populations | Lignes | Attendus aux soins | Réalité  Episodes maladies payées | Taux d’utilisation des services |
| Kinshasa | 103.486 | L1 | 82.789 | 149.875 | 1,81% |
| L2 | 16.558 | 11.509 | 70% |
| L3 et  Externalisation | 828 | 34.478 | 4,165% |
| Lubumbashi | 14.151 | L1 | 11.321 | 20.498 | 1,81% |
| L2 | 2.264 | 1.049 | 46% |
| L3 et Ext. | 113 | 1.900 | 1,678% |
| Mbandaka | 4.910 | L1 | 3.928 | 5.156 | 1, 31% |
| L2 | 786 | 472 | 60% |
| L3 et Ext. | 39 | 396 | 1.008% |

* L1 : Soins Primaires
* L2 : Centres hospitaliers
* L3 : Grands des hôpitaux
* Externalisation : Centres spécialisés.

Source : La MESP(2020).

**6. Prise en charge médicale à la MESP**

En conformité avec la politique en matière des soins de santé primaires en vigueur en République Démocratique du Congo, la prise en charge médicale à la MESP/Asbl est assurée selon le circuit des soins ci-après :

**1ere ligne** : le Centre de Santé, prend en charge la consultation prénatale(CPN), la consultation préscolaire(CPS), la consultation curative, la petite chirurgie, les accouchements simples (eutocique) en ce, compris les examens de laboratoire de routine et les médicaments essentiels.

**2eme ligne** : l’Hôpital Général de Référence, prend en charge les cas de chirurgie moyenne et majeure, la césarienne et tous les cas que les centres de santé, eu  égard à leur plateau technique, ne peuvent pas prendre correctement en charge.

**3ème ligne** : la formation sanitaire spécialisée prend  en charge les soins  qui ne peuvent être pris  en charge au niveau de la 2ème ligne eu égard à leur complexité et/ou leur gravité. Leur prise en charge requiert l’intervention des médecins spécialistes.

En cas de maladie, le bénéficiaire est tenu de se rendre au centre de santé auprès de laquelle sa  famille est affectée. Le vagabondage médical est interdit.

Le passage d’un niveau de prise en charge à un autre nécessite la délivrance d’un billet de transfert par la formation sanitaire qui a reçu l’affilié malade. Ce billet de transfert doit être avisé par un médecin conseil de la MESP/Asbl avant la prise en charge par le niveau de transfert.

Sauf cas d’urgence avérée, tout affilié qui contrevient au respect de ce circuit des soins prend à sa propre charge les frais qu’il expose et que la mesp/asbl ne rembourse pas.

La MESP asbl ne couvre pas le  transfert sanitaire à l’étranger et ne prend pas en charge les frais exposés par ses affiliés lors d’un séjour médical à l’étranger .La prise en charge médicale est réalisée à trois niveaux. Le bénéficiaire, en cas de maladie, doit d’abord se présenter dans le centre de santé auprès duquel sa famille a été affectée.

Le cas qui ne peut pas ou ne peut plus être pris en charge par le centre santé, est référé, par le centre de santé, auprès d’un hôpital général de référence (HGR). Si, le cas concerné ne peut être traité à l’hôpital général de référence, il est transféré dans un hôpital spécialisé (HS).

Aucun malade ne peut, de lui-même, se rendre, directement dans un HGR ou un HS sans qu’il y ait été transféré. Le bénéficiaire est pris en charge uniquement dans les structures sanitaires avec lesquels la MESP a signé une convention médicale.

**7. Droits Et Devoirs de l’enseignant affilié à la MESP**

**1. Droits de l’affilié de la MESP Asbl:**

* A une carte de membre ;
* Aux soins de santé dans les différents centres de santé et autres formations sanitaires conventionnées avec la MESP Asbl suivant un paquet de soins préalablement convenu ;
* A des produits pharmaceutiques génériques accordés par les formations sanitaires conventionnées ;
* D’être reçu en toute dignité dans les formations sanitaires où il se rend ainsi que toutes ses personnes à charge ;
* De bénéficier du suivi par un Médecin Conseil de la MESP Asbl du traitement reçu.

**NB : Le transfert d’une ville à une autre dans la province ou dans le pays n’est pas autorisé.**

**2. les devoirs de  L’affilié:**

* Se munir de sa carte de membre de la MESP Asbl à chaque fois qu’il se rend au centre de santé ou autre formation sanitaire conventionnée pour s’y faire soigner ;
* En cas d’urgence et à défaut de cette carte de membre, se munir de sa carte de service ;
* Veiller à l’usage correcte de la carte de membre ;
* Respecter les étapes de la prise en charge dans le circuit des soins (1ère, 2ème, 3ème ligne). Voir l’article 9 infra.
* Recourir au service du Médecin Conseil de la MESP Asbl en cas de problème dans les soins.

**3. Sanctions en cas de fraude ou d’utilisation abusive des soins**

Est considéré comme fraude tout acte de mauvaise foi avéré accompli en contrevenant aux statuts  et au règlement intérieur de la MESP.

Il s’agit également d’un comportement   tendant  à se prévaloir d’un droit qui n’est pas dû.

Dans le cas d’espèce, la fraude au sein de la MESP asbl est donc :

1. Tout acte accompli en vue de porter atteinte délibérément aux droits et intérêts d’autrui (MESP asbl ou autres affiliés).
2. L’action de tromper dans les différentes étapes de l’identification et de la prise en charge de l’affilié,
3. Tout acte accompli en violation des conventions signées avec les prestataires.

Est considérée comme sanction toute mesure répressive infligée par l’autorité compétente  à la suite d’un acte frauduleux commis en violation des différentes étapes de l’identification, de la prise en charge ainsi que dans l’exécution des conventions signées avec les prestataires.

La Mutuelle évalue tout préjudice subi et toute implication  financière que comporte le traitement d’un cas de fraude pour pouvoir déterminer la sanction à infliger.

Cfr. Art. 43 du R.I de la MESP asbl.

## **Modèle de gestion efficiente de la Mutuelle de sante : la création d’une mutuelle.**

**1. Outils pour définir le système de micro-assurance santé.**

Le bureau international du travail(2005) dans un document intitulé Guide pour l’étude de faisabilité de systèmes de micro-assurance santé présente des outils essentiels qui permettent de définir le système de micro-assurance santé et il signale que ces outils sont vraiment pertinents pour un manager et son équipe de direction pour la mise en place d’une micro assurance santé. Ils s’agissent de :

1. Le choix de la population cible
2. La présélection des services à prendre en compte dans les différentes formules de couvertures
3. Choix des prestataires de soins de santé partenaires
4. Le choix du tiers payant : pour quels services ? et pour quels prestataires de soins ?
5. Le choix des formules de couverture et calcul des cotisations correspondantes
6. Préparation des négociations ou accords avec les différentes organisations partenaires (prestataires de soins et autres).
7. Choix de l’organisation du système
8. Choix des modalités de fonctionnement du système
9. Elaboration du budget prévisionnel
10. La préparation de la mise en place du système de micro-assurance santé.

**1.Choix de la population cible**

**Exemple de tableau comparatif**

Ce tableau permet de faciliter le choix entre plusieurs populations cibles pré identifiées et définies sur une base géographique, socioprofessionnelle ou socio-économique. Il comprend les valeurs des données collectées et les indicateurs calculés dans le cadre de l’objectif 1qui est celui de préparer le choix de la population cible. Pour les critères démographiques, les informations et les indicateurs sont issus de l’objectif.

Dans cet exemple, le comité de pilotage cherche à sélectionner un village parmi les trois qu’il a identifiés (A, B, C) ont chacun un centre de santé ; les habitants des trois villages fréquentent par ailleurs le même hôpital de référence.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Village A** | **Village B** | **Village C** |
| **Critères démographiques.** |  |  |  |
| Nombre d’habitants |  |  |  |
| Répartition par tranche d’âge |  |  |  |
| Nombre moyen par personne par famille |  |  |  |
| **Critères d’exclusion de l’accès aux principaux services de santé.** |
| Taux d’exclusion totale |  |  |  |
| Taux d’exclusion temporaire |  |  |  |
| Taux d’exclusion partielle |  |  |  |
| **Critères de qualité objective des formations sanitaires.** |  |  |  |
| Conformité de l’état des bâtiments, de l’équipement et de la qualification du personnel soignant. |  |  |  |
| Couverture effective. |  |  |  |
| Disponibilité en médicaments. |  |  |  |
| Plages horaires d’ouverture. |  |  |  |
| Existence d’un système de garde en dehors des horaires d’ouverture. |  |  |  |
| Durée moyenne d’attente |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Taux de fréquentation de chaque centre de santé |  |  |  |
| Taux de fréquentation de l’hôpital de référence. |  |  |  |
| **Critères économiques et sociaux**. |  |  |  |
| Activités génératrices de revenus monétaires. |  |  |  |
| Niveaux de revenus. |  |  |  |
| Niveau d’éducation et d’alphabétisation. |  |  |  |
| Formes d’organisations de la population. |  |  |  |
| Information sur les principales organisations de la société civile. |  |  |  |
| **Critères des pratiques d’entraide** |  |  |  |
| Existence de systèmes d’entraide en cas de maladie |  |  |  |
| Caractéristiques des systèmes d’entraide. |  |  |  |

**Source : STEP / BIT : Guide pour l’étude de faisabilité de systèmes des micro- assurances santé 2005.**

### 7.2. Présélection des services à prendre en compte dans les différentes formules de couvertures.

Il est question ici, de présenter aux clients et aux adhérents de la mutuelle, clairement la liste des services de santé habituellement couverts.

**Les soins de santé de base**.

Les soins de santé de base sont les soins courants, dispensés le plus souvent dans les postes de santé ou les centres de santé. Ils comportent :

* Les soins préventifs et promotionnels qui comprennent les consultations pré et post-natales, le suivi des nourrissons sains, les vaccinations, la planification familiale, l’éducation à la santé, l’assainissement. Un système de micro-assurance santé a tout intérêt à couvrir les soins préventifs afin de limiter la survenue des cas des maladies. Ainsi la prise en charge des consultations prénatales vise à prévenir les accouchements dystociques ;
* les soins curatifs qui comprennent essentiellement les consultations, les soins infirmiers, la fourniture des médicaments et quelques analyses de laboratoire. Parfois on y adjoint la mise en observation (petite hospitalisation qui a lieu dans des centres de santé) ou les accouchements assistés ;
* la prise en charge des maladies chroniques (diabète, hypertension artérielle, infection par le VIH, maladies cardiaques, hémophilie etc…) et des soins à domicile éventuellement ;
* la prise en charge des enfants souffrant de malnutrition et leur récupération nutritionnelle à partir des aliments locaux.

**Les soins hospitaliers**

Les soins hospitaliers comprennent tant l’hébergement à l’hôpital que les actes médicaux, chirurgicaux, techniques et les médicaments consommés au cours de l’hospitalisation**.**

* **Les soins spécialisés ;** les soins les soins spécialisés comprennent les consultations des médecins spécialistes (gynécologues, pédiatres, chirurgiens etc…) ainsi que les actes médicaux techniques, tels que la radiologie, et la biologie clinique qui sont effectués soit à l’occasion d’une hospitalisation, soit lors d’une consultation externe.
* **Les soins et prothèses dentaires ;**

Les soins et prothèses dentaires, dispensés par des cabinets privés, constituent le plus un service à part. Certains systèmes de micro –assurance santé prennent en charge les soins dentaires (traitement des caries principalement), et parfois les prothèses.

* **La lunetterie** certains systèmes de micro assurance santé prennent en charge les lunettes à conditions qu’elles fassent l’objet d’une prescription médicale qu’un ophtalmologiste, souvent il est aussi important de spécifier par exemple que la prise en charge se limite qu’aux verres, les montures n’étant pas prise en charge. Les prix des montures peuvent être très divers, si bien que lorsqu’elles sont couvertes, les montures sont souvent remboursées sur base d’un forfait
* **Les médicaments et autres consommables médicaux ;**

En ce qui concerne les médicaments, il est important de déterminer la liste de ceux qui seront pris en charge par le système, ou de limiter la liste des médicaments couverts à celle des médicaments essentiels établi par le ministère de la santé publique via le programme national d’approvisionnement en médicament essentiel. Etant donné la différence de prix entre les médicaments de marque (spécialités) et les génériques, il est conseillé de ne rembourser que ces derniers ou lorsque aucun générique n’est disponible, les spécialités correspondantes sur la base des prix des génériques.

L’idéal est que les médicaments soient délivrés par des formations sanitaires déterminées comme par exemple uniquement les structures publiques ou centres pharmacies privées bien identifiées.

Il est également conseillé de ne prendre en charge que des médicaments ayant fait l’objet d’une prescription médicale (ordonnance).

Les consommables médicaux comprennent le petit matériel comme les sondes, les perfusions, les seringues, les pansements etc…que les patients doivent se procurer avant de pouvoir bénéficier des soins ou pour pouvoir poursuivre le traitement à domicile.

L’achat des consommables médicaux peut constituer une barrière financière gênant l’accès aux soins de santé. C’est pourquoi certains systèmes les prennent en charge. Là encore il est important de dresser une liste précise des consommables ouverts.

**Le transport des malades.**

Outre la prise en charge des soins de santé des systèmes de micro assurance santé peut prendre en charge les évacuations des malades d’un échelon à l’autre de la pyramide sanitaire.

**La couverture des gros et des petits risques**

**Les gros risques :**

Ils regroupent les risques liés aux maladies graves et, plus globalement, aux atteintes qui nécessitent des dépensent des soins importantes : hospitalisation, interventions chirurgicales, accouchements dystociques et autres actes de spécialité. La probabilité de la survenue de ces évènements est très faible. L’effort financier qu’ils demandent est en revanche très difficile à fournir pour la quasi-totalité des familles. Peu d’individus sont en effet en mesure de financer eux –mêmes et intégralement une intervention lourde, surtout si elle nécessite de recourir à des prestations des soins élargies.

**Les petits risques**

Les petits risques concernent les cas plus bénins qui nécessitent des dépenses de soins moindres mais dont la fréquence est nettement plus élevée que les gros risques. Ces petits risques sont notamment inclus dans cette catégorie qui nécessitent les soins infirmiers et les consultations ambulatoires.

**L’assurance est particulièrement adaptée aux gros risques**

Les petits risques, comme la consultation ou l’achat de médicaments, sont des risques presque certains. Dans une année, il n’est pas rare de devoir aller au moins une fois consulter un médecin ou acheter des médicaments. Par conséquent, l’assurance qui consiste à mettre en commun es cotisations pour couvrir les dépenses des seules personnes ayant recours aux soins, n’est pas beaucoup plus efficace qu’un système d’épargne ou chacun met de l’argent de côté en prévision de dépenses de santé aussi certaines. La cotisation que chaque individu a à payer dans le cadre d’un système de micro assurance est à peu près équivalente aux dépenses de santé que l’individu aurait effectuée s’il n’avait pas été assuré.

L’inverse les risques (comme l’utilisation de soins de santé secondaires et tertiaires) sont liés à des évènements dont la probabilité de survenue est faible mais dont le traitement est très couteux. Avec un grand nombre d’adhérents, qui paie chacun une petite cotisation, on peut couvrir les dépenses des personnes touchées par ces risques. L’assurance permet d’apporter une réponse efficace en répartissant les risques sur un nombre important d’individus. La cotisation que chaque individu a à payer est faible au regard des dépenses qu’il aurait dû effectuer lors de la survenue du risque s’il n’avait pas assuré. Cependant, pour pouvoir prendre en charge le gros risque, la taille de la population couverte doit être suffisamment importante sous peine de mettre en péril la viabilité du système.

### IV.7.3 Choix des prestataires des soins partenaires.

Dans l’organisation, la mise en œuvre et fonctionnement d »une mutuelle de santé il importe de sélectionner selon les critères internes de l’organisation et externes acceptables et utilisables par tous. Une bonne sélection des prestataires des soins ramène à la mutuelle une certaine crédibilité et la renommée acquise permet aux autres membres de la communauté d’y adhérer. Lorsque les membres y adhèrent massivement il y’a possibilité de mieux faire.

**Voici l’exemple d’un tableau présentant les critères de choix des prestataires.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Prestataire A | Prestataire B |
| **Monographie par prestataire** |  |  |
| Echelon de la pyramide sanitaire |  |  |
| Nature (prestataire public, privé ou mise en place dans le cadre d’un programme spécial) |  |  |
| Localité |  |  |
| Types de soins dispensés |  |  |
| Tarifs pour les services suivants : |  |  |
| **Qualité objective des formations sanitaires** |  |  |
| Conformité de l’état des bâtiments, de l’équipement, de la qualification du personnel soignant. |  |  |
| Couverture effective |  |  |
| Disponibilité en Médicaments |  |  |
| Plages horaires d’ouverture |  |  |
| Existence d’un système de garde en dehors des horaires d’ouverture |  |  |
| Durée moyenne d’attente |  |  |
| Surcharge au niveau d’un service |  |  |
| Taux d’occupation moyen des lits |  |  |
| Rationalisation des schémas thérapeutiques |  |  |
| SYNTHESE QUALITE OBJECTIVE |  |  |
|  |  |  |
| **Qualité perçue des formations sanitaires** |  |  |
|  |  |  |
| Qualité de l’accueil |  |  |
| Personnel soignant: compétences, capacité d’écoute et de compassion, existante de personnel soignant féminin |  |  |
| Ensemble du personnel soignant : honnêteté, confidentialité |  |  |
| Durée Moyenne d’attente |  |  |
| Plages horaires d’ouverture |  |  |
| Présence effective du personnel pendant les heures d’ouverture |  |  |
| Personnel en nombre suffisant |  |  |
| Disponibilité en Médicaments |  |  |
| **Fréquentation :** Taux de fréquentation. |  |  |

### IV.7.4 Choix du tiers payant : pour quels services ? Pour quels

### Prestataires de soins ?

Dans une formation médicale, les soins de santé ou mes actes médicaux ne sont pas fournis ou administrés par n’importe qui. Le choix judicieux des bons prestataires à des actes ou soins appropriés ou spécifiques apporte la satisfaction des consommateurs des sévices précités et la valeur de la formation médicale accentue.

Le tableau ici-bas, présent, permet d’identifier et de sélectionner les services de santé pour lesquels le tiers payant est prioritaire. Il comprend les valeurs des données complétées et les indicateurs calculés dans le cadre de la préparation du choix des modalités de prise en charge : Paiement direct ou tiers payant

# **Schémas illustratifs des différentes modalités de PEC.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Critères** | **Nom du service (liste non exhaustive)** | | | | | | |
| **Consultation** | **Médicaments** | **Laboratoire** | **CPN et CPON** | **Accouchements**  **Simple ou eutociques** | **Accouchement dystocique** | **…** |
| Cout (indiquer -, + ou++ selon le niveau de cout) | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Urgence (Indiquer-, +ou++ selon le niveau d’urgence ou d’imprévu des cas traités) | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Besoins exprimés par la population | | | | | | |  |
| Pour-cent de personnes jugeant les tiers payant prioritaire pour ce service. |  |  |  |  |  |  |  |

### IV.7.5 Choix des formules de couverture et calcul des cotisations Correspondantes :

### 7.5.1 Liste des co-paiements

**Le ticket modérateur**

Lorsque le système de micro-assurance santé prend seulement en charge un pourcentage des dépenses, le complément à la charge de l’adhérant s’appelle ticket modérateur. Ce système de ticket modérateur permet de modérer la consommation de soins de santé de l’individu (dans la mesure où celui-ci a quelque chose à payer, il est tenté de limiter sa consommation).

Exemple de garantie avec ticket modérateur : la garantie « Hospitalisation »est de 80 pourcent des dépenses engagées et le ticket modérateur de 20 pourcent. Ainsi, si les dépenses sont de 10.000FC, la mutuelle paie 8000fc et le bénéficiaire ou l’adhérant doit débourser 2000fc.

**Le plafond ou le forfait**

Le plafond ou forfait consiste à prendre en charge le 100 % des dépenses, dans la limite d’un forfait monétaire par cas, par séance, par jour ou par an.

Exemple : la garantie « consultation » est de 100 % des dépenses engagées limitées à 600fc par consultation et la garantie frais de séjour à l’hôpital est 100% des dépenses engagées limitées à 150fc par journée d’hospitalisation. La garantie optique est de 100% des dépenses engagées limitées à 3000fc par an et par personne.

Application numérique pour la garantie  « consultation » : si le tarif de la consultation est de 500fc inferieur à 600fc, le système prend en charge 100% des dépenses soit 500fc et l’adhérant ne débourse rien.si le tarif de la consultation est de 800fc supérieur à 600fc, le système prend en charge le forfait, soit 600fc et l’adhérant doit débourser la différence entre le tarif de la consultation et le forfait soit 200fc.

**La limitation en nombre de jours, de cas ou de séances**

La limitation en nombre consiste à restreindre la prise en charge à un nombre maximal de jours, de cas, ou des séances par personne et par an.

Exemple de garanties avec une limitation en nombre : la garantie consultation « pré-natale » est de 100% des dépenses engagées dans la limite de 3 consultations prénatales par femme enceinte et par an. La garantie » frais de séjour » à l’hôpital est de 80% des dépenses engagées limitées à douze jours d’hospitalisation par personne et par an.

Application numérique pour garantie « consultation prénatale »si la patiente consomme deux consultations prénatales, le système prend en charge 100% des dépenses et l’adhérant ne débourse rien. Si la patiente consomme 4 consultations prénatales, le système prend en charge 100% des dépenses pour les 3 premières, en revanche le quatrième est à charge de l’adhérent.

**La franchise monétaire à chaque utilisation, la franchise monétaire annuelle et la franchise en nombre.**

**La franchise monétaire à chaque utilisation :**

La franchise monétaire à chaque utilisation consiste à prendre en charge 100% des dépenses moins un montant, exprimé en unités monétaires et appelé franchise, qui reste toujours à la charge de l’adhérent et qui n’est pas proportionnel aux dépenses réellement effectuées. Ce type de Co paiement ne favorise pas l’accessibilité aux soins.

Exemple de la franchise monétaire : « la garantie chirurgie » est de 100% des dépenses engagées coutent un montant de 2000fc.Application numérique : si les frais de chirurgie sont de 1500fc et celui-ci inférieur à 2000fc, le système ne prend rien en charge et l’adhérent doit débourser 1500fc.si les frais de chirurgie est de 3000fc, on fait 3000fc-2000fc = 1000fc donc le système prend en charge 1000fc et le reste donc 2000fc c’est à la charge de l’adhérent.

* 1. **Préparation des négociations ou accords avec des différentes organisations partenaires (Prestataires des soins et autres)**

La grille prestataire des soins est un outil d’aide à la décision qui permet de préciser les différents termes de l’accord avec les prestataires des soins. Elle comprend les valeurs des données collectées et les indicateurs calculés. Cet accord peut porter sur le prix, sur les normes de qualité, sur la mise en place de protocoles thérapeutiques, sur de paiement des services de santé (à l’acte ou forfaitaire).Il peut s’agir d’un accord de tiers payant, les procédures de contrôle à respecter, les règles liées à la facturation et au paiement

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom de la Formation Sanitaire :………………………………………………………………………………………………………………. | | | | | | |
| Adresse :……………………………………………………………………………TEL : ……………………………………………………………… | | | | | | |
| Nom de la personne rencontrée dans le cadre de la préparation des accords :………………………………………… | | | | | | |
| Tarif des services de santé (que le système de santé envisage de couvrir) | | | | | | |
| **Nom du service** | **Tarif officiel** | **Tarif négocié par autres systèmes** | **Surtarifications**  **(estimation)** | **1ère proposition de Tarif**  **Date :……..** | **Seconde proposition de tarif**  **Date :………** | **Tarif négocié.**  **Date :……..** |
| Consultation |  |  |  |  |  |  |
| Médicament |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |
| Normes de qualité | | | | | | |
|  | **Niveau de qualité objective** | **Niveau de qualité perçue** | **Problèmes**  **de dysfonctionnement** | **Pistes d’amélioration** | **Objectif de qualité à l’horizon**  **Date:……..** | **Mesures d’accompagnement envisagées** |
| Durée d’attente pour avoir un rendez-vous |  |  |  |  |  |  |
| Présence effective du personnel de santé |  |  |  |  |  |  |
| Niveau de disponibilité en médicament |  |  |  |  |  |  |
| … (liste non exhaustive) |  |  |  |  |  |  |
| Protocoles thérapeutiques | | | | | | |
| Pathologie ou soins | Protocole actuel | Problèmes identifiés | Améliorations envisagées | Mesures d’accompagnement envisagées | | |
|  |  |  |  |  | | |
|  |  |  |  |  | | |
|  |  |  |  |  | | |
| Mode de paiement | | | | | | |
| Nom du service couvert | | Mode de tarification actuel | | Mode de paiement envisagé | | |
|  | |  | |  | | |
|  | |  | |  | | |
| … | |  | |  | | |
| Mécanisme de tiers payant | | | | | | |
| Services concernés : | | | | | | |
| Contrôles à effectués avant les soins : | | | | | | |
| Procédure à suivre après les soins : | | | | | | |
| Fréquence souhaitée pour le paiement globale (Facturation récapitulative)   * Tous les 15jours * chaque mois * chaque trimestre | | | | | | |

## 4.7 Choix de l’organisation du système

**Exemple de tableau de définition des organes et acteurs**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Fonction de décision** | | |
| **Qui assure les fonctions de décisions (nom du ou des organes)** | 1**.** | |
| 2**.** | |
|  | Organe 1 : Nom:………. | Organe 2 : Nom :……… |
| Qui peut faire partie de l’organe ? |  |  |
| Comment sont désignés les élus des membres ? |  |  |
| Quelles sont les attributions de l’organe ? |  |  |
| Acteurs envisagés (interne, externe, bénévoles, salariés…) |  |  |
| **Fonction d’exécution** | | |
| Qui assure les fonctions exécutives ?  (Nom de l’organe) | |  |
| L’organe comporte-t-il plusieurs subdivisions ? lesquelles ? | |  |
| Qui peut faire partie de l’organe ? | |  |
| Comment sont désignés les élus des membres ? | |  |
| Quelles sont les attributions/fonctions de l’organe ? De chaque subdivision ? | |  |
| Acteurs envisagés (interne/externe/bénévoles/salariés ou indemnisés). | |  |
| **Fonction de contrôle** | | |
| Qui assure les fonctions de contrôle ?  (Nom de l’organe) | |  |
| Qui peut faire partie de l’organe ? | |  |
| Comment sont désignés les élus des membres ? | |  |
| Quelles sont les attributions/fonctions de l’organe ? De chaque subdivision ? | |  |
| Acteurs envisagés (interne/externe/bénévoles/salariés ou indemnisés). | |  |

## 

## **8 : Choix de modalité de fonctionnement de système**

**Saisonnalité des revenus et de la disposition à payer.**

Il est impérieux de faire connaitre aux prestataires de soins, aux administratifs cliniciens et tout autre personnel travaillant dans des formations médicales surtout en ce qui concerne le paiement des prestations par la mutuelle ; selon le dialogue eu et la convention faite, que la mutuelle fonctionne comme une unité indépendante et autonome donc elle également, a un circuit concernant le paiement des prestations. D’une façon claire le comité de pilotage recense les différentes opérations nécessaires au fonctionnement et à la gestion du système de la micro assurance santé (mutuelle de santé) en s’interrogeant à chaque fois sur qui fait quoi et comment. Le tableau de rôle est construit de la manière suivante :

1. **On liste tous les acteurs impliqués**, des adhérents aux prestataires en passant par les organes du système de micro assurance santé (si ces derniers ne sont pas encore clairement identifiés, le tableau de rôles permettra de les définir) et on reporte tous ces acteurs dans la première ligne du tableau.
2. **On liste toutes les opérations de gestion dans un ordre chronologique** (adhésion, paiement des cotisations, etc…) et on reporte ces opérations dans la colonne de gauche du tableau.
3. **On décompose chaque opération en une ou plusieurs actions.** On détermine le responsable de chaque action en répondant à la question Qui fait Quoi ?
4. **On place chaque action dans la colonne correspondant à l’acteur identifié**.
5. **Lorsqu’une action est attribuée à un acteur, on identifie le ou les supports de gestion** (documents, registres, outils informatiques, etc…) qui seront utilisés.

Le tableau ci- bas élucide clairement le circuit des soins jusqu’au paiement des prestations par la mutuelle de santé.

**LA MUTUELLE DE SANTE : CIRCUIT CLARIFIE DES SOINS.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Adhérents** | **Section locale** | **Responsable de section** | **Bureau** | **Conseils d’administration** | **Prestataires de soins** |
| Adhésion | Demande d’adhésion | admission | Inscription |  |  |  |
|  | Paiement du droit d’adhésion et de cotisation |  | Registre d’adhésion |  |  |  |
|  |  |  | Encaissement (opération mensuelle) |  | Réunion mensuelle |  |
|  |  |  | Registre de cotisations de la section | Encaissement des droits d’adhésion et des cotisations des sections locales |  |  |
|  |  |  |  | Registre d’adhésion de la mutuelle |  |  |
| Paiement de cotisation |  | Délivrance de la carte d’adhérent | Validation (opération mensuelle) | Registre de cotisations de la mutuelle |  |  |
|  | Carte d’adhérant |  |  | Documents comptables |  |  |
|  |  |  |  | Tableaux de suivi |  |  |
|  | Période d’observation |  |  |  |  |  |
| Recours aux soins | Carte d’adhérent |  | Collecte des attestations de soins |  |  | Soins  Attestations de soins  Facture mensuelle |
|  |  | Contrôle des droits aux prestataires |  | Décaissement | Réunion mensuelle contrôle attestations /Factures  Autorisation de paiement | Facture mensuelle |
| Paiement des prestataires des soins |  |  |  | Registre de prestations ; Documents comptables et tableaux de suivi  Contrôle et suivi des enregistrements  Rapport annuel à l’A.G. |  | Paiement |

En synthèse, ce tableau de circuit de soins veut simplement nous enseigner comment se présente les différentes lignes en ce qui concerne l’offre de soins de santé.

Si aujourd’hui il y a trop des réclamations par les bénéficiaires de soins de santé en évoquant les notions de la gestion inadéquate, la politisation de la mutuelle, les soins de santé non globaux, non intégrés, non continus et de mauvaises qualités,… C’est parce que d’une part ils ne comprennent pas les principes de fonctionnement d’une mutuelle de santé et les exigences y afférentes. De l’autre part, parce que la mutuelle ne fait pas un grand effort de réunir ces derniers et leurs expliqué et répondre aux demandes qui sont les leur en insistant sur le circuit de soins qui est claire :

Lorsque on est enseignant, pour cette mutuelle comme on parle du partenariat public-privé, ici, les retenues se font à la source. Lorsque l’on est malade, on doit commencer par obtenir la carte de membre et l’obtention est gratuite pour la première fois, dans cette carte il y a votre nom, matricule et formation sanitaire ou vous bénéficierez des soins. Si vous êtes marié(e), vous avez droit à prendre sous votre charge, juste 3 enfants quelques soient le nombre de votre progéniture, moyennant la présentation au service x, les documents qui atteste votre degré de parenté avec les personnes prises en charge.

Lorsque vous ou un de vous est malade, vous devrez d’abord faire un effort muni de votre carte de membre, venir à la formation sanitaire ou vous êtes aligné et delà, comme vous êtes venu dans une structure qui est aussi autonome, qui travaille en partenariat avec votre mutuelle, le personnel de santé de cette formation set humain, peut-être il est aussi occupé, vous devriez présentez votre carte à la réception, puis vous serez appelez, pour le prélèvement des signes vitaux, vous passerez chez le délégué de la MESP qui ne serait pas forcément un professionnel de santé pour une brève interrogatoire, et c’est lui qui va vous orienter vers le service spécialisé, c’est à dire soit à la consultation médical, puis la suite soit il verra que si votre cas nécessite un transfert ou des soins plus appropriés et ou le cas de remboursement.

La problématique des médicaments, est un constat qui fait des drames, il convient de signaler, que les médicaments que les formations médicales vous donnent, sont relatifs aux conventions assignées pour chaque cas et par mois selon la somme que chaque personne ne devrait pas dépassé.

Pour les soins de santé, les professionnels de santé doivent à leurs tours donner des soins relationnels de bonne qualité aux membres de la MESP car lorsqu’ils sont en bonne santé ils enseignent bien nos enfants. Concernant la paie des prestations, les formations sanitaires devraient vraiment comprendre que c’est un circuit, il y a un moment que la mutuelle passe à la récolte des prestations, contrôle, calcule et pour en fin payé les prestations. La mutuelle doit vraiment faire un grand effort pour l’actualisation de son système pour que la paie des prestations se fasse vite pour motivé le personnel et professionnel de santé à donner le meilleur de lui et la performance de son travail qui aboutit à la satisfaction des besoins de santé des membres. Voilà le rôle de la politique publique du contrôle de l’effectivité et efficacité de ces actions et modèle de travail.

**4.8 : Choix de modalité de fonctionnement de système**

Saisonnalité des revenus et de la disposition à payer

Il est impérieux de faire connaitre aux prestataires de soins, aux administratifs cliniciens et tout autre personnel travaillant dans des formations médicales surtout en ce qui concerne le paiement des prestations par la mutuelle ; selon le dialogue eu et la convention faite, que la mutuelle fonctionne comme une unité indépendante et autonome donc elle également, a un circuit concernant le paiement des prestations. D’une façon claire le comité de pilotage recense les différentes opérations nécessaires au fonctionnement et à la gestion du système de la micro assurance santé (mutuelle de santé) en s’interrogeant à chaque fois sur qui fait quoi et comment. Le tableau de rôle est construit de la manière suivante :

1. On liste tous les acteurs impliqués, des adhérents aux prestataires en passant par les organes du système de micro assurance santé (si ces derniers ne sont pas encore clairement identifiés, le tableau de rôles permettra de les définir) et on reporte tous ces acteurs dans la première ligne du tableau.
2. On liste toutes les opérations de gestion dans un ordre chronologique (adhésion, paiement des cotisations, etc…) et on reporte ces opérations dans la colonne de gauche du tableau.
3. On décompose chaque opération en une ou plusieurs actions.

On détermine le responsable de chaque action en répondant à la question Qui fait Quoi ?

1. On place chaque action dans la colonne correspondant à l’acteur identifié.
2. Lorsqu’une action est attribuée à un acteur, on identifie le ou les supports de gestion (documents, registres, outils informatiques, etc…) qui seront utilisés.

Le tableau ci- bas élucide clairement le circuit des soins jusqu’au paiement des prestations par la mutuelle de santé.

**4.9. Elaboration de budget prévisionnel.**

L’élaboration du budget prévisionnel est une opération délicate qui nécessite une prévision correcte des dépenses et des recettes. Cette prévision se base sur un certain nombre d’hypothèses (sur le nombre d’adhérents et des personnes couvertes, sur la consommation médicales, etc…). Par mesure de prudence, on conseille d’inclure un poste **imprévu** permettant de faire face à des dépenses plus élevées que prévu ou à des recettes inférieures aux prévisions.

* **Le recensement et l’évaluation des recettes :**

Les recettes proviennent :

* Des cotisations qui peuvent être forfaitaire ou liées aux revenus des adhérents, qui peuvent être familiales ou individuelles, dépendantes ou non des caractéristiques des personnes couvertes ;
* Des droits d’adhésions ;
* Des dons et legs : libéralités ou subventions de l’Etat ou intervenants extérieurs comme des programmes de coopération, des organisations non gouvernementales pour le développement, etc…, cédés à titre gracieux au système de micro-assurance santé. Les dons et legs peuvent être en nature ou en espèces.
* Des recettes provenant d’activités payantes. Ainsi, le service de transport en urgence ou les séances d’informations santé peuvent également intéresser les non-adhérents et à ce titre constituent une source distincte de recettes lorsqu’ils sont rémunérés ;
* D’autres recettes : intérêts sur des placements financiers, prestations de services facturées à des utilisateurs externes comme la location de salles ou de matériel, activités génératrices des recettes comme des taxis, soirées culturelles etc...

### CONCLUSION

La santé dans la communauté est un aspect qui permet aux membres des différentes communautés de se mettre ensemble et étudier les problèmes qui sont les leurs et rechercher les pistes de solutions a courts termes , a moyens termes et à long termes pour l’amélioration des conditions de vie de la communauté et lorsque cette dernière est en bon état de santé il travaille et produit des consommables pour développer l’économie personnelle, communautaireet à l’ échelle internationale.

En six chapitres, nous avons voulu bous présenter la pertinence de la santé dans une communauté tel que nous renseigne le titre de l’ouvrage de le management en santé communautaire en épinglant les défis majeurs des systèmes de santé des pays en voies de développement.

### REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

* 1. **OUVRAGES**

A. DUSART,M.L. BLATEYRON ET N.BUJOC (1995): vie sociale et professionnelle, éd, Foucher Page 98-103. Accompagner le développement de l’enfant de 0 à 6 ans.

1. ADAMS, 1.S. 1965. «Inequity in social exchange». Advances in Experimental Social Psychology, volume 62, pp. 335-343.

Adnot Philippe, Conseil général AUBE (2012) Guide pour observer et

1. AKTOUF, O. 1987. Méthodologie des sciences sociales et approche qualitative des organisations. Québec: Les Presses de l'Université du Québec, 231 p.

AMULI JIWE ET NGOMA MADEMVO, Santé communautaire : Principes et Approches, éd. Médiaspaul 2014 , Page 56-68

1. ANGERS, M., 2000. Initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines, 3e édition, Montréal: CEC. Approches, éd. Médiaspaul 2014 ,Page 56-68
2. Awazi J.D. (2019) Apports des professionnels en santé communautaire dans la conception et la mise en œuvre du plan stratégique de la couverture sanitaire universelle dans le système de santé en Rdc, communication 1er congrès national, CNPSC/RDC, Kinshasa

BIT-STEP, guide pour l’étude de faisabilité de systèmes de micro assurance santé, éd ; STEP. Stratégies et techniques contre l’exclusion sociale et la pauvreté ; 2005 entièrement revue

1. BORMAN W.c. et S.J. MOTOWIDLO. 1997. «Task performance and contextual performance: the meaning for personnel selection research». Human performance,volume 10, numéro 2, pp. 99-109.
2. BOUCHARD, Stéphane. 1998. «Introduction et rappel des notions de base». Dans Recherche psychosociale: pour harmoniser recherche et pratique, sous la direction de S. Bouchard et C. Cyr. pp. 1-18. Sainte-Foy: Les Presses de l'Université du Québec.

Bouvenot G. , Les essais cliniques, Ed.liège,2007,page 25.

Bruggs et phelps, Les fondements de l’économie de la Santé, IBES, Bruxelles,1992 entièrement revue

1. CAMPBELL, l.P. 1990. «Modeling the performance prediction problem in the industrial and organization psychology». Dans Handbook of Industrial and Organizational Psychology, sous la direction de M. D. Dunnette et L. M. Hough. pp. 687-732. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, Inc.

Carles Rogers (2012), cité par KAMBANJI P. La Rélation d’aide, en Pédiatrie et chez les adolescents. Ed. PUF.

1. CASCIO,W.F. (1991). «Virtual workplace: Implications for organizational behavio». Dans Trends in organizational behavior. Volume 6, sous la direction de c.I. Cooper et D.M. Rousseau. pp. 1-14. New York: John Wiley.

**Cathérine A Farrel**, (2013) La prise en charge du patient d’âge pédiatrique, victime d’un traumatisme crânien aigu pour Des soins de courte durée.

Charles O. JONES Les politiques publiques dans les pays du tiers monde, Ed. Harmattan, Paris2000, P.48

1. CHASSERIO, S. et M.-J. LEGAULT. 2005. «Dans la nouvelle économie, la conciliation entre la vie privée et la vie professionnelle passe par ... l'augmentation des heures de travail! ». Recherches sociodémographiques, volume 46, numéro 1, pp. 119-142.
2. CHEN X.J. 2001. «The latest progress of the performance model». Journal of Psychological Science, volume 24, numéro 6, pp.737-740.
3. CNPSC/R.D. Congo (2014) Résolutions de l’atelier sur le profil d’utilisation d’un prosaco santé publique, épidémiologie dans le système de santé en RDC, Kinshasa communautaire

.

1. Corps national des professionnels en santé communautaire de la RD Congo : résolution de l’atelier de réflexion du 22 février 2014 sur « la santé communautaire »

Courtois C. Comprendre l’économie de la santé, Publi Union Editions, New

1. D., Grodos, R., Meloni, P., Mercenier. Le développement d’un district sanitaire: qu’est-ce qu’un district sanitaire fonctionnel ? le cas de Dolisie (Loubomo) au Congo (1999). République du Congo.
2. D., Porignon, Adéquation des systèmes de santé de district en situation critique : expérience dans la région des grands lacs africains (2003). Thèse de doctorat, Ecole de Santé Publique. Université Libre de Bruxelles
3. Dahlgren, G., 1995, European Health Policy Conference: Opportunities for the Future. Intersectoral Action for Health. Vol. 11, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe
4. DIKUYI et Coll. Administration Publique et Gestion des institutions de Santé
5. DUFFY, M.K. et J.D. SHAW. 2000. «The Salieri syndrome: Consequences of env y in groups». Small Group Research, volume 31, pp. 3-23.

éd.2011. Editions Economica.

Eloko eya matangelo, Financement des soins de santé, Ed. 2014, Page 56

Eschwege E , Bouvenot G., Doyon F., Laroux A. Essais thérapeutiques, mode d’emploi. 2é Edition, les éditions INSERME-Paris, (1994). ISBN 2-85598-5587.

Georges Edwards III et coll. : Les politiques publiques, Elaboration et mise en œuvre, Paris, Tendances Actuelles,1981 P.73

Green et Kreuter (1991) cité par Amuli jiwe 2015,Dans Santé

1. Henri OBERDORFF, Les institutions Administratives,6é Edition Sirey 2010,Paris 14.
2. HERZBERG F., B. MAUSNER et B. SNYDERMAN. 1959. The motivation to work, New York: Wiley.

J. Ives-REGINSTER et READ BAIN : (2017) :Principes généraux de santé Publique et d’économie de santé, Ed. PUF page 62-75.

1. Jean LUFULUABO et Pascal LUTUMBA , Planification et Organisation Sanitaire, Ed. Feu Torrent 2019.
2. K., A., Pangu, La santé pour tous d’ici l’an 2000 : c’est possible. Expérience de planification et d’implantation des Centres de santé dans la Zone de Santé de Kasongo au Zaïre (1998). Thèse de doctorat, Ecole de Santé Publique. Université Libre de Bruxelles.
3. KANFER, R. 1990. «Motivation theory and industrial and organizational
4. Le Bossé Y. (2016) soutenir sans prescrire : aperçu synoptique de l’approche centrée sur le développement du pouvoir d’agir des personnes et des collectivités (DPA-PC), Ed. ARDIS, Québec.

M. BASLE Les pratiques de l’évaluation française des contrats de plans Etat-région, Evaluation au cours de l’avenir, CNE, Rapport annuel, Paris, 1999 P.95

MANZAMBI K. Laboratoire de santé Publique, Ed. DEBOECK, 2014 p15.

1. MASLOW, A. 1954. Motivation and Personality, New York: Harper & Row.
2. Massé J., Hervey A.C., Goyette S., Acapko G. et Roy B. (2020) Santé Communautaire : un paradigme pour penser et agir autrement en santé, Issue 1, 12 Ed. Aporia.

MATUKALA N.T., Economie de santé, Ed, Bruxelles 2013 p 45.

1. Matukala T. (2019) Les attributs d’un intervenant en santé communautaire, communication 1er congrès national, CNPSC/RDC, Kinshasa
2. Mc CLELLAND D. C. 1965. «Toward a Theory of Motive Acquisition», American Psychologist, volume 20, pp. 321-333.
3. Mc CLELLAND, D. C. 1961. The achieving society, New York: Van Nostrand Reinhold.
4. Mc GREGOR D. 1960. The human side of enterprise, New York: McGraw-Hill.
5. Mc GREGOR D. 1960. The human side of enterprise, New York: McGraw-Hill.
6. Mc SHANE, S.L. et C. BENABOU 2008. Comportement organisationnel.
7. Mc SHANE, S.L. et C. BENABOU 2008. Comportement organisationnel.
8. McCLELLAND D. C. 1965. «Toward a Theory of Motive Acquisition», American Psychologist, volume 20, pp. 321-333.
9. McCLELLAND, D. C. 1961. The achieving society, New York: Van Nostrand Reinhold.

MENY Y. ET THOENIG JC., Politiques Publiques, Thémis, PUF, Paris, 1989, P.112.

MENY Y. ET THOENIG JC., Politiques Publiques, Thémis, PUF, Paris, 1989, P.112.

MENY Ives et THOENING Jean Claude Op.Cit 2010.

MERCENIER. les fondements de l’économie de la santé Publi union édition new York 1995

1. Minisanté (2016), Manuel des procédures d’organisation et fonctionnement des structures et approches communautaires, Secrétariat général, kinshasa.
2. Minisanté (2016), Stratégies de développement de la participation communautaire en RDC, Secrétariat général, Kinshasa
3. Ministère de santé publique (2010) Plan de développement des ressources humaines en santé 2011-2012, Kinshasa, RDC
4. MORIN, E. et C. AUBÉ. 2007. Psychologie et management, 2e édition, Montréal: Chenelière Éducation.
5. MOTOWIDLO, S. 1. et 1.R. VAN SCOTTER. 1994. «Evidence that task performance should be distinguished from contextual performance». Journal of Applied Psychology, volume 79, 475-480.
6. MOTOWIDLO, S. J., W.C. BORMAN et M.J. SCHIMT 1997. «A theory of individual differences in task and contextual performance». Human Performance , volume 10, pp. 71-83.
7. Mukandu et Mangbala (2019) Ethique et déontologie en santé communautaire, communication 1er congrès national, CNPSC/RDC, Kinshasa

MUKOKA NSENDA F ; Crises des Politiques et de gouvernance au Congo des années 1960.Analyse sociale, Hommage à MABIKAKALANDA, Vol .II n 01 Janvier 2002 P.5

MUKOKA NSENDA Modèle du nouveau management public face aux réalités étatiques de l’Afrique.in Congo-Afrique n0359, Kinshasa 2001, Page536.

1. Organisation Mondiale de la Santé (1986), charte d’Ottawa pour la promotion de la santé, première conférence internationale pour la promotion de la santé, Ottawa.

PHILIPPE COTHLER : Management Stratégique et les P du Marketing Mix., éd ;PUF, 2007,p 24

1. Plourde A. (2016), la Santé Communautaire à la lumière du modèle de la clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles, les presses des universités de Laval, et de Québec.
2. Poignant R. (2003), Evaluation au module de santé publique, modulo tests, D.E. Infirmier,Ed. ESTEM.

psychology»,Dans Handbook of lndustrial and Organizational Psychology, sous la direction de M.D. Dunnette et L.M. Hough. pp.75-170. Rand McNally, Chicago, IL.

1. ROBBINS, S. 1993. Essential of organizational behavior. Englewood Cliffs, NJ. Prentice Hall.
2. ROBBINS, S. et T. JUDGE 2006. Comportment’s organizational, New Jersey: Pearson Education.
3. ROUSSEL, P., M. DALMAS et N. OUBRA YRIE-ROUSSEL. 2009. «Les modèles intégrateurs de la motivation au travail». Dans Comportement Organisationnel, Vo!.3: Théories des Organisations, Motivation au travail, Engagement Organisationnel, sous la direction de J. Rojot, P. Roussel et C. Vandenberghe. pp. 235-249. Bruxelles: De Boeck, Chapitre 6.
4. ROUSSEL, P. 1996. Rémunération, motivation et satisfaction au travail. Paris:
5. Santé communautaire haute école libre de Bruxelles ([www.helb\_prigorine.be](http://www.helb_prigorine.be))Association des médecins spécialistes en santé communautaire du Québec/CANADA ([www.amsscq.org](http://www.amsscq.org))
6. SCHERMERHORN, J. R., J.G. HUNT. RÉNÉ OSBORN et C. DE BILL Y 2010 Comportement humain et organisation, 4e édition, Montréal: ERPI.
7. Segall, M., 1983, “Planning and politics of resource allocation for primary health care: Promotion of meaningful national policy”. Social Science & Medicine 17(24): 1947-1960
8. Shombo G. et Mvudila M. (2016) Innovation du texte de serment des PROSACO, Kinshasa, RDC

Van Lerberghe W, 2001.Pharmaco économiques, 2001 et 2008, éd. New York entièrement revue

1. VANDENBERGHE C., G. LANDRY G. et AJ. PANACCIO 2009. «L'engagement organisationnel ». Dans Comportement organisationnel. Théories des organisations, motivation au travail, engagement organisationnel, sous la direction de J. Rojot, P. Roussel et C. Vandenberghe. pp. 275-305. Bruxelles, De Boeck.

VROOM, V. H. 1964. Work and Motivation, New York: John Wiley

York, 1995. ISBN 2-85790-102-X.

**II. THESES, ARTICLES, TEXTES  ET RAPPORTS SCIENTIFIQUES**

1. Banque Mondiale (2001) Santé et Pauvreté en République Démocratique du

Congo : analyse et cadre stratégique de lutte contre la pauvreté. Banque Mondiale, Washington.

Ecole de Santé Publique de Kinshasa, Projet MOMENTUM 2020, P16

1. Ecole de Santé Publique. Université de Kinshasa (2003). Enquête CAP ménage

sur la situation sanitaire des Zones de Santé appuyées par la Banque Mondiale à travers BCECO dans le cadre du PMURR. Rapport final. Kinshasa, République Démocratique du Congo

1. Godé ATSHWEL OKEL, Management Public approfondi, ed. Inédit, 2020.

Le rapport la Banque Mondiale, Dépenses et finances Publiques en RDC éd.2013

2017

1. Ministère de la Santé (1998) Etat des lieux du Secteur de la Santé (ELS) Ministère

de la Santé, Kinshasa, République Démocratique du Congo

1. Ministère de la Santé (1999) Plan Directeur de Développement Sanitaire

(PDDS).Ministère de la Santé, Kinshasa, République Démocratique du Congo

Ministère de la Santé (2001) Politique Nationale de Santé. Ministère de la Santé

Kinshasa, République Démocratique du Congo

1. Ministère de la Santé (2005). Rapport de la Table Ronde de la santé, Kinshasa,

République Démocratique du Congo.

1. Ministère du Plan et de la Reconstruction Nationale (1995). Enquête nationale sur

la santé des enfants et des femmes, Kinshasa, République Démocratique du Congo

1. Ministère du Plan et de la Reconstruction Nationale (2001). Enquête nationale sur

la santé des enfants et des femmes (MICS2), Kinshasa, République Démocratique du Congo

Organisation Mondiale de la Santé, Rapport sur la santé dans le monde.2000

pour un système de santé plus performant. OMS Génève 2000.ISBN 9242561983.

1. Organisation Mondiale de la Santé 2005. Rapport sur la santé dans le monde.

Organisation Mondiale de la Santé, Genève.

1. Organisation Mondiale de la Santé. La santé et les Objectifs du Millénaire pour le

Développement (OMD). Organisation Mondiale de la Santé, Genève.

Organisation Mondiale de la Santé; Rapport sur la santé dans le monde 2000.

Pour un système de santé plus performant. OMS Génève2000.ISBN92-4-2561983.

1. ROUSSEL, P. 1994. Mesure de l'efficacité des rémunérations sur la motivation et

la satisfaction au travail, Thèse de Doctorat en Sciences de Gestion, Université des ciences Sociales de Toulouse.

1. ROUSSEL, P. 1996. Rémunération, motivation et satisfaction au travail. Paris:

Editions Economica.

1. SCHERMERHORN, J. R., J.G. HUNT. RÉNÉ OSBORN et C. DE BILL Y 2010

Comportement humain et organisation, 4e édition, Montréal: ERPI.

1. VANDENBERGHE C., G. LANDRY G. et AJ. PANACCIO 2009.

«L'engagement organisationnel ». Dans Comportement organisationnel. Théories des organisations, motivation au travail, engagement organisationnel, sous la direction de J. Rojot, P. Roussel et C. Vandenberghe. pp. 275-305. Bruxelles, De Boeck.

1. SENKER N.B. 2022. Financement des soins de santé par approche mutuelle de

santé: avis des enseignants d’EPST-RDCongo sur la MESP. 13 pages éd. Turquies, IJASSASS.

1. VROOM, V. H. 1964. Work and Motivation, New York: John Wiley.

KIYOMBO MBELA GUILLAUME, (2015) hygiène et gestion environnementale,

page 24-31.

KOKO Lydie et Al.2023. Profil d’un professionnel de santé communautaire, Kinshasa, Rdc, Inedit.

Le rapport la Banque Mondiale, Dépenses et finances Publiques en RDC éd.2013

2017.

Minisanté, RDC 2017, Rapport sur le financement des soins de santé, éd. 2016

Entièrement revue

IIème Partie Pratique:

**LA SANTE DE LA COMMUNAUTE :**

**PROBLEMES DE SANTE VECUS DANS**

**DES PAYS EN VOIES DE DEVELOPPMENT**

**Et Besoins en santé exprimés par les communautés.**

Cette Deuxième partie, pratique, intitulée **la santé de la communauté** avec emphase sur les problèmes de santé vécus dans des pays en développement et les besoins en santé exprimés par la communauté. En cette deuxième partie, il a été question d’explicité les résultats des articles scientifiques que nous avions écrits et publiés qui exigent vraiment la collaboration des autorités compétentes du pays pour pallier à ces problèmes de santé dont les éléments essentiels se résument par des thèmes dont nous citons

* Les facteurs associés à la consommation du tabac chez les jeunes de la zone de sante de Ngaba, Kinshasa/Rdc,
* Les indices de la pauvreté dans la commune urbano-rurale de mont ngafula, ville province de Kinshasa RD Congo : Vécu, problèmes et perspectives, la survie des ménages et exposition à la poussière:
* Facteurs associes au développement des affections respiratoires et cutanées chez les casseurs des pierres de la Carrigrès, Kinsuka pécheurs, Kinshasa RD Congo,
* Les risques socio-économique, sanitaire et démographique liés au refus des tests prénuptiaux par les jeunes de la commune de Ngaba, ville province de Kinshasa, capitale de la RD Congo,

#### La gestion des rumeurs sur les implants dans des zones de sante de la ville province de Kinshasa RD Congo, les mesures d’application pour la réussite de la mise en œuvre des activités de la couverture santé universelle en RD Congo,

#### La Motivation : une source efficace pour améliorer la performance d’une organisation, cas de la société F. compta et en fin le financement des soins par approche mutuelle de sante : avis des enseignants d’Epst-rd Congo sur la qualité de services de la MESP.

### FACTEURS ASSOCIES ALA CONSOMMATION DU TABAC CHEZ LES JEUNES DE LA ZONE DE SANTE DE NGABA, KINSHASA/RDC.

**Factors associated with tobacco consumption among young people in the ngaba health zone,Kinshasaz DRC**

**SENKER NDIMBA Bob**

**Doctorant, Université de Kinshasa**

ABSTRATS

Our main objective was to analyses the factors influencing the young people of ZS NGABA ,precisely those of AS mukulua, to tobacco consumption during the period from December to febuary2022 and that the entourage, stress, curiosity and certain socio demographic characteristics such as age; gender, level, of education. Thus, the survey method, the guided method, the guided interview and the non-probability or occasional sampling enabled us to describe the socio-demographic and economic parameters of the respondents, to collect the opinions of the respondents on tobacco consumption, .

The total number of the target population is10383inhabitants and the simple size was 384 subjects after calculation. The type of study was descriptive cross-sectional with and analytical aim. Data processing was performed in excel or data were entered, coded, cleaned and exported to SPSS 20.0 for analysis. We arrived at the following results: 96% of respondents got information about tobacco through the entourage, 321 or 83,6% of respondents said they had smoked dot 107 or 33,3% of respondents said they had smoked because friends smoke followed by 94 or 29,3% who smoke for the pleasure and taste of tobacco while 23 or 7,2%underlined other reasons. the first hypothesis of our study is confirmed. The results found show that the environment, curiosity and stress influence tobacco consumption among our respondents.

**Keywords: Factors associated, tobacco, consumption , young people, ngaba health zone,**

## Faculté de sciences de la santé, Université Pédagogique Nationale, B.P 8815Kinshasa Ngaliema, République Démocratique du Congo.

Corresponding author:Senkerbob@gmail.com

I.INTRODUCTION

Le tabagisme est un problème réel de santé publique, un problème mondial qui exige des solutions mondiales [OMS, 2018]. La consommation du tabac est considérée comme un des grands problèmes sociaux de notre époque. Le tabac est majoritairement associé à des représentations négatives, [PNLT, 2017]. Dans la commune de NGABA, ville province de Kinshasa, le tabac régulier (consommation du tabac au cours de 30 derniers jours avant l’enquête) est décrit sous différents types : 23,9 % des priseurs réguliers, 16,7 % des fumeurs réguliers de cigarette, 3,4 % des usagers réguliers chiquant le tabac et 0,3 % de fumeurs réguliers de pipe, [PNLT, 2019]. [L’OMS, 2022] témoigne que deux tiers des buralistes soit 64% vendent du tabac aux mineurs en France, un constat accablant et que [DERVAUX A.,X. LEQUELILE, 2007] dans un article scientifique intitulé Tabac et schizophrénie : Aspects épidémiologiques et cliniques affirment que les le tabac nuit gravement à la santé et est un facteur explicatif du développement des troubles neurologiques puis ces fumeurs développent la dépendance à la nicotine. Il est donc urgent d’analyser les conséquences du tabagisme sur la santé respiratoire des citadins de Kinshasa. A la lumière de ce qui précède, notre préoccupation s’articule autour de la question de savoir quels sont les facteurs influençant les jeunes à la consommation du tabac  « Cas de cigarette » à NGABA  et s’il existe –t-il une relation significative entre les caractéristiques sociodémographiques des enquêtés et la consommation du tabac.

# II. MATERIEL ET METHODE

**Site d’étude**

Cette étude a eu lieu dans la Zone de santé de Ngaba, située dans la ville de Kinshasa en RDC et qui a une population de 254.947 habitants. La zone de santé de Ngaba est située entre à 17°22’43’’de longitude Est, à 3°21’05’’ de latitude Sud et à 324 m d’altitude. Elle a une superficie de 4 km²

Limites de la ZS (limites naturelles) :

* Au nord, l’avenue KIKWIT qui la sépare de la zone de santé de LIMETE.
* A l’est et au sud, respectivement la rivière YOLO et l’avenue BY PASS qui la sépare de la zone de santé de LEMBA.
* A l’ouest, l’avenue de l’UNIVERSITE qui la sépare de la zone de santé de MAKALA.

Densité de la population dans la ZS (habitants/km²) : 50172 habitants/km2.

**Climat**

Son climat est celui de toute la partie sud de la RDC à savoir un climat tropical chaud et humide comprenant une saison de pluies qui dure environ 9 mois, C’est-à-dire de septembre à mai ainsi qu’ une saison sèche qui dure environ 3 mois soit de juin à août.

**Relief, végétation et hydrographie**

Son relief est dominé par une large plaine limité par une colline au sud avec un sol de type marécageux. L’on note la présence de plusieurs petits cours d’eau dont la rivière YOLO qui constitue sa frontière orientale.

La Figure 1 représente la carte géographique de la Zone de santé de Ngaba ,[ RAPPORT ANNUEL DE LA ZS DE NGABA, 2019].

|  |
| --- |
| Figure 1 : Carte géographique de la zone de santé de Ngaba |

**Echantillonnage**

Une étude descriptive a été réalisée dans la zone de santé de Ngaba du 02 Décembre au 02 Février 2022. Un échantillon de convenance des jeunes fumeurs était sélectionné à l’aire de santé MUKULUA et au total 384 jeunes ont été sélectionnés, visités et interviewés dans la Zone de santé de Ngaba tenant compte des critères de sélection.

**Méthodes et collectes des données**

Pour notre étude nous avons choisi la méthode d’enquête, la technique d’interview guidée et le questionnaire nous a servi comme instrument de collecte des données. Avant la recherche en soi, une pré-enquête a été menée auprès de 15 jeunes de ladite aire de santé pour déterminer la faisabilité du questionnaire. Alors, le dernier volet a eu lieu après celui-ci qui nous a permis de bien réajuster notre instrument sur base des réponses des participants, à l’enquête pilote. Avant de procéder à l’entretient, pour l’étude proprement dite, nous avions expliqués aux enquêtés, l’importance ou le bien-fondé de l’étude, leurs assurant la confidentialité et l’anonymat sur toute forme, néanmoins, la participation à l’étude était volontaire et non sous pression. Signalons que la traduction était faite pour éviter toute confusion de compréhension en langue adoptée par chaque enquêté. Lors de l’entretien, une interview face à face avec les jeunes a été réalisée pour investiguer les caractéristiques sociodémographiques économiques et culturelles. A la fin de chacune de journée qu’a durée notre enquête, une vérification systématique des fiches s’effectuait pour s’assurer du remplissage correct. En cas de biais, l’enquêteur était obligé de reprendre l’interview faite.

**Analyses statistiques**

Le traitement des données a été fait à l’aide du logiciel Excel où les données ont été saisies, nettoyées, codifiées et exportées en SPSS 20.0 pour l’analyse. Le recours à l’analyse descriptive en utilisant les tableaux de fréquences et de pourcentage a été fait.

# III. RESULTATS

Dans ce point, il est question de présenter les résultats obtenus et faire un bref commentaire de ces résultats.

**ANALYSE BI-VARIEE**

**Tableau I. Répartition d’enquêtes selon les raisons principales de fumer et l’âge.**

| **Age** | Pour quelle raison principale fumez-vous? | | | | | **Total** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Le plaisir et goût du tabac | La volonté d'atténuer les sensations négatives | Parce que les amis fument | A cause de stress | Autres raisons |
| 15-19 | 93 | 0 | 0 | 0 | 0 | 93 |
| 100,0% | ,0% | ,0% | ,0% | ,0% | 100,0% |
| 20-24 | 1 | 26 | 32 | 0 | 0 | 59 |
| 1,7% | 44,1% | 54,2% | ,0% | ,0% | 100,0% |
| 25-29 | 0 | 0 | 74 | 35 | 0 | 109 |
| ,0% | ,0% | 67,9% | 32,1% | ,0% | 100,0% |
| 30 et plus | 0 | 0 | 1 | 36 | 23 | 60 |
| ,0% | ,0% | 1,7% | 60,0% | 38,3% | 100,0% |
| Total | 94 | 26 | 107 | 71 | 23 | 321 |
| 29,3% | 8,1% | 33,3% | 22,1% | 7,2% | 100,0% |
|  | | | | | | |

Les données de ce tableau démontrent que sur 321 enquêtes soit 100 % 94 soit 29,3% fument pour les raisons de plaisir et goût du tabac dont 93 soit 100 % ont 15 à 19 ans suivi de 1 soit 1,7 % a 20 à 24 ans , 26 soit 8,1 % fument juste pour la raison d’atténuer les sensations négatives dont 26 soit 44,1 % sont de 20 à 24 ans ; 107 soit 33, 3 % fument parce que les amis fument dont 32 soit 54,2 % ont 20 à 24 ans suivi de74 soit 67,9 % d’entre eux ont 25 à 29 ans. Il s’observe une différence très significative entre les raisons principales qui poussent nos enquêtés à fumer dans les différentes tranche

**Tableau II. Répartition d’enquêtés selon qu’ils ont déjà fumé et leur profession**

|  | **Avez-vous déjà fumé ?** | | **Total** |  | **Ddl** | **p-value** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Profession** | **OUI** | **NON** |
| Sans profession | 122 | 0 | 122 | 2,156 | 5 | 0,000 |
| 100,0% | ,0% | 100,0% |
| Fonctionnaire d'Etat | 13 | 0 | 13 |
| 100,0% | ,0% | 100,0% |
| Travailleur d'une entreprise | 26 | 0 | 26 |
| 100,0% | ,0% | 100,0% |
| Vendeur détaillant | 160 | 27 | 187 |
| 85,6% | 14,4% | 100,0% |
| Commercent | 0 | 20 | 20 |
| ,0% | 100,0% | 100,0% |
| Autres | 0 | 16 | 16 |
| ,0% | 100,0% | 100,0% |
| Total | 321 | 63 | 384 |
| 83,6% | 16,4% | 100,0% |

Les données de ce tableau démontrent que sur 321 soit 83,6 % fument dont 160 soit 85,6 % sont des vendeurs détaillants suivi de 122 soit 100 % sont sans profession par contre sur 63 soit 16,4 % qui ont dit non au tabac c’est-à-dire qui ne fument pas 27 soit 14,4 % sont toujours des vendeurs détaillants. Il ressort de ce tableau que la relation entre avoir fumer la cigarette et profession est très significative. Donc la profession a une très grande influence pour la consommation du tabac.

**Tableau III. Répartition des Enquêtés selon qu’ils fument et la profession**

|  | **Avez-vous déjà fumé ?** | | **Total** | **X2** |  | **ddl** | **p-value** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Profession** | **OUI** | **NON** |
| Sans profession | 122 | 0 | 122 | 2,156 | 5 | 0,000 |
| 100,0% | ,0% | 100,0% |
| Fonctionnaire d'Etat | 13 | 0 | 13 |
| 100,0% | ,0% | 100,0% |
| Travailleur d'une entreprise | 26 | 0 | 26 |
| 100,0% | ,0% | 100,0% |
| Vendeur détaillant | 160 | 27 | 187 |
| 85,6% | 14,4% | 100,0% |
| Commercent | 0 | 20 | 20 |
| ,0% | 100,0% | 100,0% |
| Autres | 0 | 16 | 16 |
| ,0% | 100,0% | 100,0% |
| Total | 321 | 63 | 384 |
| 83,6% | 16,4% | 100,0% |

Les données de ce tableau démontrent que sur 321 soit 83,6 % fument dont 160 soit 85,6 % sont des vendeurs détaillants suivi de 122 soit 100 % sont sans profession par contre sur 63 soit 16,4 % qui ont dit non au tabac c’est-à-dire qui ne fument pas 27 soit 14,4 % sont toujours des vendeurs détaillants. Il ressort de ce tableau que la relation entre avoir fumer la cigarette et profession est très significative. Donc la profession a une très grande influence pour la consommation du tabac.

**Tableau IV. Répartition d’enquêtés selon qu’ils ont déjà fumé et leur état civil.**

|  | **Avoir fumé** | | **Total** |  | **Ddl** | **p-value** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Etat-civil** | **OUI** | **NON** |
| Célibataire | 198 | 0 | 198 | 1,879 | 3 | 0,000 |
| 100,0% | ,0% | 100,0% |
| Marie | 31 | 0 | 31 |
| 100,0% | ,0% | 100,0% |
| Union libre | 92 | 38 | 130 |
| 70,8% | 29,2% | 100,0% |
| Autres | 0 | 25 | 25 |
| ,0% | 100,0% | 100,0% |
| Total | 321 | 63 | 384 |
| 83,6% | 16,4% | 100,0% |

L’analyse de ce tableau indique que sur 384 soit 100 % de nos enquêtes 321 soit 83,6 % ont dit oui c’est à dire qu’ils ont déjà fumé ; il y ressort 198 soit 100 % sont célibataires suivi de 92 soit 70,8 % vivent en union libre et 31 soit 100 % sont des mariés. Par contre sur 63 soit 16,4 % de nos enquêtes qui ne fument pas, il s’observe 38 soit 29, 2 % qui vivent en union libre. L’état civil a une très grande influence sur la consommation du tabac ; Donc la relation entre l’état civil et avoir fumé la cigarette est très significative.

**IV. DISCUSSION**

Apres l’évaluation et la comparaison des caractéristiques sociodémographiques de nos enquêtés, notre entendement était que Les facteurs influençant les jeunes à la consommation du tabac dans l’AS MUKULUA seraient son entourage, le stress, la curiosité et certaines caractéristiques sociodémographiques comme, l’âge ; le sexe le niveau d’instruction ;…. donc, une relation significative s’observerait entre ces dernières et la consommation du tabac par les enquêtés.

**Tableau I.** Les données de ce tableau démontrent que sur 321 enquêtes soit 100 % ; 94 soit 29,3% fument pour les raisons de plaisir et goût du tabac dont 93 soit 100 % ont 15 à 19 ans suivi de 1 soit 1,7 % a 20 à 24 ans , 26 soit 8,1 % fument juste pour la raison d’atténuer les sensations négatives dont 26 soit 44,1 % sont de 20 à 24 ans ;107 soit 33, 3 % fument parce que les amis fument dont 32 soit 54,2 % ont 20 à 24 ans suivi de74 soit 67,9 % d’entre eux ont 25 à 29 ans . Il s’observe une différence très significative entre les raisons principales qui poussent nos enquêtés à fumer dans les différentes tranche d’âge. Dans son étude,[ BETTINA BORISCH, 2007], sur le tabagisme chez les jeunes, il a trouvé que l’âge moyen de fumeurs était plus les jeunes de moins de 18ans ; il convient de signaler que notre étude a confirmé celle de BETTINA. D’autres parts, concernant les effets du tabagisme sur la psychopathologie de la schizophrénie, les études sont contradictoires à savoir si la cessation du tabac entraine une détérioration des symptômes de la schizophrénie, tant positifs que négatifs. Certaines d’entre elles ont démontrées une aggravation des symptômes positifs à courts termes à l’arrêt du tabagisme, alors que d’autres n’ont pu mettre en évidence les changements significatifs de la symptomatologie [GOLF et Coll.,1992, ZIEDONIES et Coll, 1994,All et Coll, 1995 ;HAMMERA et Coll. ;DALLAK et MEADOR-WOODRUFF,1996]

**Tableau II.** Les données de ce tableau démontrent que sur 321 soit 83,6 % fument dont 160 soit 85,6 % sont des vendeurs détaillants suivi de 122 soit 100 % sont sans profession par contre sur 63 soit 16,4 % qui ont dit non au tabac c’est- à- dire qui ne fument pas 27 soit 14,4 % sont toujours des vendeurs détaillants. Il ressort de ce tableau que la relation entre avoir fumer la cigarette et profession est très significative. Donc la profession a une très grande influence pour la consommation du tabac. Les résultats de notre étude confirment ceux de [OMS, 2017] dans un ouvrage intitulé savoir pour sauver qui a trouvé 80 % des débrouillards qui fument.

**Tableau III.** L’analyse de ce tableau indique que sur 384 soit 100 % de nos enquêtes 321 soit 83,6 % ont dit oui c’est à dire qu’ils ont déjà fumé ; il y ressort 198 soit 100 % sont célibataires suivi de 92 soit 70,8 % vivent en union libre et 31 soit 100 % sont des mariés. Par contre sur 63 soit 16,4 % de nos enquêtes qui ne fument pas, il s’observe 38 soit 29, 2 % qui vivent en union libre. L’état civil a une très grande influence sur la consommation du tabac ; Donc la relation entre l’état civil et avoir fumé la cigarette est très significative. Cette étude affirme également celle de [PNLT, 2018] sur la lutte contre la cigarette et tabac qui avait trouvé que 76% des fumeurs étaient mariés. Dans son article scientifique sur le tabagisme et la schizophrénie : impact sur la maladie et son traitement au Montréal,[Nancy LEGARE 2007] dit que fumeurs développent plus une dépendance à la nicotine. Ces résultats diffèrent de nos résultats, car les uns fument 15 cigarettes par jours, elle affirme que la nicotine et certaines composantes de la fumée du tabac peuvent également augmenter l’action de la dopamine en inhibant la monoamine oxydase de type Enzyme responsable de sa dégradation. Une diminution de près de 40% de l’activité de cette enzyme a été notée dans le cerveau des schizophrènes fumeurs

**Tableau IV.** Les données de ce tableau nous expliquent que 321 soit 83,6 % de nos enquêtés ont déjà fumé dont 101 soit 100 % ont 15 à 19 ans et 121 soit 100 % ont 25 à 29 ans et 36 soit 36,4 % ont 30 ans et plus par contre 63 soit 16,4 % de nos enquêtés qui ont dit non se retrouvent tous entre 30 ans et plus. Il convient de signaler que l’âge a une très grande influence sur la consommation de la cigarette. Donc la relation entre l’âge et la consommation du tabac est très significative. Notre étude confirme celle de de [L’OMS, 2022] qui témoigne que deux tiers des buraliste s soit 64%vendent du tabac aux mineurs en France, un constat accablant et que [DERVAUX A.,X. LEQUELILE, 2007] dans un article scientifique intitulé Tabac et schizophrénie :Aspects épidémiologiques et cliniques affirment que les le tabac nuit gravement à la santé et est un facteur explicatif du développement des troubles neurologiques.

III. CONCLUSION

La fumée du tabac est un cocktail de produits toxiques. Elle représente un aéro-contaminant presque parfait. Elle se compose d'une phase gazeuse et d'une phase formée de particules très fines, pénétrant dans les alvéoles pulmonaires et dans toute la circulation du corps [GUELFI J op.cit,1984].

Nous voici à terme de cette étude intitulé « Facteurs associés à la consommation du tabac par les jeunes de la zone de santé de NGABA », étude menée précisément dans l’aire de santé MUKULUA chez les jeunes de 15à 30 ans**.**

Notre objectif majeur était d’analyser les facteurs influençant les jeunes de la ZS NGABA, précisément ceux de l’AS MUKULUA à la consommation du tabac au cours de l’année 2019.

Et que l’entourage, le stress, la curiosité et certaines caractéristiques sociodémographiques comme, l’âge ; le sexe le niveau d’instruction ;…. expliqueraient la consommation du tabac par les jeunes de l’AS MUKULUA d’où, une relation significative s’observerait entre ces caractéristiques et ladite pratique par les enquêtés.

Ainsi, la méthode d’enquête, l’interview guidée et l’échantillonnage non probabiliste ou occasionnel nous ont permis de décrire les paramètres sociodémographiques et économiques des enquêtés, de recueillir les avis des enquêtés sur la consommation du tabac, et avons cherché à comprendre la relation existant entre les paramètres ci-haut énumérés.

La population de notre étude était constituée de tous les jeunes de 15 à 30 ans habitant la zone de santé de NGABA précisément ceux de l’aire de santé de MUKULUA. L’effectif total de la population cible est de 9383 habitants.et la taille de l’échantillon était de 384 sujets après calcule. Le type d’étude était transversale descriptive a visée analytique. Le traitement des données a été effectuées en Excel ou les données ont été saisies, codifiées, nettoyées et exportées en SPSS 20, 0 pour l’analyse.

Nous avons abouti aux résultats suivants :96 % d’enquêtés ont eu l’information sur le tabac au travers l’entourage, 321 soit83,6 % des enquêtés ont souligné avoir fumé dot 107 soit 33, 3% des enquêtés ont souligné avoir fumé parce que les amis fument suivi de 94 soit 29, 3% qui fument pour le plaisir et goût du tabac tandis que 23 soit 7,2% ont souligné autres raisons .la première hypothèse de notre étude est confirmée.

Les résultats trouvés montrent que l’entourage, la curiosité et le stress influencent la consommation du tabac chez nos enquêtés.

Quant à la deuxième hypothèse, elle est de même confirmée car tous les résultats des analyses bi variées montrent une parfaite relation entre les caractéristiques sociodémographiques de nos enquêtés et la consommation du tabac. C’est -à- dire qu’il y a une relation très significative dans tous les tableaux bi- variés.

De ce fait, nous espérons que ce résultat n’est pas absolu, raison pour laquelle les brèches sont grandes et ouvertes à tout ce lui qui pense comme nous aborder un sujet si important comme celui-ci tant dans le même ordre d’idée que sous un autre devis.

I.  **RESUME**

Notre objectif majeur était d’analyser les facteurs influençant les jeunes de la ZS NGABA, précisément ceux de l’AS MUKULUA à la consommation du tabac au cours de la période allant du mois de Décembre 2021 au mois de Février 2022.Et que l’entourage, le stress, la curiosité et certaines caractéristiques sociodémographiques comme, l’âge ; le sexe,  le niveau d’instruction; Expliqueraient la consommation du tabac par les jeunes de l’AS MUKULUA d’où, une relation significative s’observerait entre ces caractéristiques et ladite pratique par les enquêtés.

Ainsi, la méthode d’enquête, l’interview guidée et l’échantillonnage non probabiliste ou occasionnel nous ont permis de décrire les paramètres sociodémographiques et économiques des enquêtés, de recueillir les avis des enquêtés sur la consommation du tabac, et avons cherché à comprendre la relation existant entre les paramètres ci-haut énumérés. La population de notre étude était constituée de tous les jeunes de 15 à 30 ans habitant la zone de santé de NGABA précisément ceux de l’aire de santé de MUKULUA. L’effectif total de la population cible est de 10.383 habitants et la taille de l’échantillon était de 384 sujets après calcule. Le type d’étude était transversale descriptive a visée analytique. Le traitement des données a été effectuées en Excel ou les données ont été saisies, codifiées, nettoyées et exportées en SPSS 20, 0 pour l’analyse. Nous avons abouti aux résultats suivants : 96 % d’enquêtés ont eu l’information sur le tabac au travers l’entourage, 321 soit 83,6 % des enquêtés ont souligné avoir fumé , 107 soit 33, 3% des enquêtés ont souligné avoir fumé parce que les amis fument suivi de 94 soit 29, 3% qui fument pour le plaisir et goût du tabac tandis que 23 soit 7,2% ont souligné autres raisons . la première hypothèse de notre étude est confirmée. Les résultats trouvés montrent que l’entourage, la curiosité et le stress influencent la consommation du tabac chez nos enquêtés.

Quant à la deuxième hypothèse, elle est de même confirmée car tous les résultats des analyses bi variées, ces résultats montrent une parfaite relation entre les caractéristiques sociodémographiques de nos enquêtés et la consommation du tabac. C’est -à- dire qu’il Ya une relation très significative dans tous les tableaux bi-variés. De ce fait, nous espérons que ce résultat n’est pas absolu, raison pour laquelle les brèches sont grandes et ouvertes à tout ce lui qui pense comme nous aborder un sujet si important comme celui-ci tant dans le même ordre d’idée que sous un autre devis.

**Keywords: Factors associated, tobacco, consumption , young people, ngaba health zone,**

BIBLIOGRAPHIE

1. AMULI JP. [2011], Méthodologie de la recherche scientifique en soins et santé, MédiasPaul, page 298.
2. BETTINA BORISCH [2007], Tabagisme chez les jeunes, page 88.
3. BERLIVET D.L.[2010]Article scientifique, le Médecin, et la santé, Paris,P4.
4. CATHERINE HILL [2003]., Tabac en France les trios chiffres, Ed. Entièrement revue.
5. DERVAUX A., X. LEQUELILE,[2007]Tabac et schizophrénie :Aspects épidémiologiques et cliniques, Art.Scient, Down ACADEMIA,Paris,P6 .
6. DIDIER POL, [2001], Petite histoire naturelle des drogues psychotropes, page 107.
7. DICTIONNAIRE UNIVERSEL, [1987]
8. DIALLO SECK BAMA. [2001]., Etude du risque parodontal à propos de 600 patients, Thèse de Doctorat, Dakar, Ed. Entièrement revue
9. GENTILINI Marc, [1993] , Médecine tropicale, by Flammarion, 5ème édition, page 987.
10. LEMANE JF. [1990], Le Tabagisme, Paris, page 218
11. LAROUSSE, [1995].
12. LAROUSSE MEDICAL, [2003], 9ème édition, Page 1010-1013
13. MILLET et AL [2005], tabagisme en milieu tropical, ed. Paris, page 389
14. MONIQUE LALONDE, [2004], Prévention du tabagisme chez les jeunes, page 55.
15. LEGARE N.[2007] ; Tabagisme et schizophrénie : impact sur la maladie et son traitement,art.Sc.,Drogues, santé et societé,Montréal, Page 4.
16. OMS,[2005] Convention cadre pour la lutte anti-tabac, Ed. entièrement revue
17. OMS Afrique, [2012]. Données sur le tabagisme dans la région africaine, Ed. entièrement revue.
18. OMS, [2014].Campagnes monobases de santé publiques, Ed. Entièrement revue
19. RIGOBERT MBUYU MUTEBA, [2008]. Tabagisme en milieu scolaire en République Démocratique du Congo,
20. RAPPORT INEPS [2014],[www.tabac-info-service.fr](http://www.tabac-info-service.fr)
21. RAPPORT DE L’ENQUETE DU TABAGISME CHEZ LES JEUNES [2007], [www.infos.enseignants.org/dossier/117\_01.php](http://www.infos.enseignants.org/dossier/117_01.php)
22. [www.doctissimo.fr/htm/dossiers/tabac/articles/1316-tabac-grossesse-haut-risque/htm](http://www.doctissimo.fr/htm/dossiers/tabac/articles/1316-tabac-grossesse-haut-risque/htm)
23. RAPPORT PARLEMENTAIRE JAPONAIS [2014],[www.eurekasante.fr](http://www.eurekasante.fr)
24. SAMBA COR SARR. , [2007]., L’enquête sur le tabac chez les adolescents en milieu scolaire du Sénégal.
25. VISTICOT et MORIN, [2011], méthodologie de recherche scientifique, Bruxelles, page 183.

### II. INDICES DE LA PAUVRETE DANS LA COMUNE URBANO-RURALE DE MONT NGAFULA, VILLE PROVINCE DE KINSHASA RDCONGO : VECU, PROBLEMES ET PERSPECTIVES.

RESUME

La République Démocratique du Congo est l’un de cinq nations les plus pauvres du monde. En 2021, près de 64% de la population du pays vivent le seuil de la pauvreté et dépensent moins de 2,15 dollars par jour. Il n'est un secret pour personne que la République Démocratique du Congo regorge, au niveau du sol et du sous-sol, une richesse incommensurable qui étonne plus d'un observateur. La convoitise au niveau international ayant conduit à la déclaration de la forêt de la RDC comme étant un patrimoine mondial par les organismes internationaux, en est une preuve irréfutable. A cela s'ajoute une multitude d'intellectuels produits par les universités, aussi bien publiques que privées, chaque année. En principe, ces opportunités combinées devraient constituer une base importante pour son développement intégral. Malheureusement, tous les secteurs sont dans un étant de dégringolade sans précédent. Cette situation paradoxale nous interpellé comme cela doit être le cas pour tout intellectuel averti. Pour ne pas divaguer dans tous les sens, nous avons focalisé notre réflexion sur le secteur social : de l'éducation jusqu'à la santé en passant par l'emploi, le constat reste déplorable.

Mots clés : indices de la pauvreté, mont Ngafula, vécu, problèmes et perspectives.

**I.INTRODUCTION**

Chaque personne vit la pauvreté de sa façon, et plusieurs définitions sont données au sujet de vécu de la pauvreté par la population de la commune urbano-rurale de Mont Ngafula.

**Facettes de la pauvreté**

L’accent dans ce point est mis sur la manière dont la pauvreté affecte personnellement les individus et les ménages. A travers cette étude sur la pauvreté, menées dans la commune urbano-rurale de mont Ngafula, la population de ladite commune, a donné différentes définitions du concept pauvreté» selon sa propre façon de vivre cet état et selon qu’elle se trouve dans tel ou tel autre groupe social et milieu de vie. En dépit de la diversité des personnes qu’elle affecte, la pauvreté dans la vie quotidienne a plusieurs facettes regroupées, d’après les données de l’analyse, en quatre aspects principaux. Il s’agit de : (1) besoins vitaux fondamentaux non satisfaits; (2) la détérioration du travail productif; (3) manque de paix et de sécurité; et (4) une culture d’impunité qui renforce la corruption, l’injustice, et l’exclusion.

* Besoins fondamentaux de la vie non satisfaits

C’est la première série d’expériences que les gens identifient et dont ils discutent lorsqu’ils parlent de la pauvreté. Avoir assez à manger, un habillement adéquat, un logement, et la capacité de consulter un médecin lorsqu’on est malade, sont là des besoins primordiaux d’existence. L’incapacité à satisfaire ces besoins est, dans certains cas, liée au revenu faible ou infrastructures insuffisantes. ; Dans d’autres cas, elle est liée au manque d’accès aux infrastructures qui fournissent les services de base.

L’incapacité de manger convenablement, L’incapacité d’avoir un logement décent et salubre, de se faire soigner, et d’avoir des habits décents, l’incapacité d’aller voir un médecin ou incapacité de se faire soigner est aussi un Problème grave, Le fait d’être incapable de s’habiller décemment. “

L’incapacité de faire instruire ses enfants est un signe de pauvreté. Le non-accès à l’eau potable est signalé, Le non-accès à l’énergie électrique, La pauvreté c’est le manque d’un capital ou le manque d’accès à un crédit pour démarrer une activité productive, Le manque de paix et de sécurité, Le manque de Paix et la récurrence de la violence est un thème très répandu et crucial. Dans tout le pays, la plupart des personnes souffrent du manque de sécurité, avec un impact négatif sur le bien-être de la population, notamment sur le plan psychologique.

L’insécurité s’est transformée en violence lorsque la guerre avait commencé en 1994 aux frontières de l’Est du pays. Depuis lors, le manque de sécurité s’est étendu bien au-delà des limites de la guerre physique. Deux définitions de la pauvreté, données particulièrement dans les provinces de l’Est, tournent autour des thèmes d’insécurité et de violence, Une culture de l’impunité, la délinquance règne dans le quartier (phénomène bana bolafa, armée rouge, mukomboso) ». Un autre rapporte : « Le Quartier Plateau universitaire a toujours été un milieu d’insécurité. Surnommé Tchad, il connaît des meurtres, des viols, de banditisme, etc. »

* **Des groupes plus vulnérables**

Différents groupes sociaux sont particulièrement vulnérables face à la pauvreté, à divers degrés, plus spécialement ceux qui doivent faire face à la discrimination à plusieurs niveaux et/ou à l’exclusion.(Les femmes en général sont vulnérables à cause de leur statut social secondaire dans la société congolaise, Il en est de même pour les orphelins et les personnes vivant avec le VIH/SIDA à cause de l’exclusion sociale ou des préjugés qui les éloignent de l’accès aux ressources économiques), Pour les enfants, la pauvreté c’est le fait de manquer des parents, Pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA (PVV), la pauvreté c’est le fait d’être rejeté par la société.

La mauvaise gestion des affaires de l'Etat depuis l'indépendance de la République Démocratique du Congo par ses propres filles et fils a plongé le pays dans un chao, sans précédent, caractérisé par une régression patente dans tous les secteurs de la vie de l'homme. Faut-il se souvenir que dans un passé très récent, lors des festivités de fin d'année, nous avons observé certains fonctionnaires de l'Etat bénéficier d'une gratification constituée de quelques cartons de poulets repartis entre eux à raison d'une pièce de poulet pour quatre ménages. Quelle insulte contre tout un peuple ? Dans le même ordre d'idée, on assiste aux scènes pitoyables dans lesquelles les os, tirés de la chair de viande dont on sert les chiens sous d'autres cieux, se vendent et s'achètent, sans gêne, pour la consommation humaine dans les différents marchés à Kinshasa. Pire encore, l'émiettement en plusieurs parties d'une boite de tomate de 70 grammes vendues et achetées par plus d'un ménage dans les marchés de Kinshasa; la liste n'est pas exhaustive, [Jean-Claude OMOKODI NDATE,2019]. Pendant que la classe oligarchique ou la minorité au pouvoir se trouve dans le processus d'accumulation égocentriste des richesses, la majorité des Congolais, par contre, navigue dans le sens inverse. Il se dessine donc une division claire des classes sociales dont parlait Karl Marx dans son livre Contribution à la critique de l'économie politique. Ce qu'un autre penseur, Norbert Yambayamba, pour ne pas le citer, appelle:« les ilôts d'abondance dans un océan de misère ».

En réalité, la quasi-totalité des signaux sont au rouge dans les domaines de la santé, de l'éducation, du logement, de l'emploi, d'accès à l'eau potable, de l'économie, des finances... à travers le pays. Ce qui fait qu'environ septante millions des congolais sont plongés dans une pauvreté indescriptible. Toutes ces évidences constituant une sorte d'asphyxie sont confirmées par plusieurs rapports et déclarations des ONG et autres organismes tant nationaux qu'internationaux. Par ailleurs, il est à noter que cette situation est soutenue, de pied ferme, par l'inversion des valeurs dont les gouvernés et surtout les gouvernants se rendent coupables. C'est devant cette impasse que nous avons pensé apporter notre modeste contribution, à travers la réflexion, afin d'aider le pays à sortir de ce bourbier. L'intérêt porté sur le secteur social se justifie non seulement du fait que son amélioration constitue le souci majeur de la majorité de la population, mais également revient toujours dans les promesses électorales des politiciens. C'est pourquoi, il s'avère indispensable d'en dresser un état de lieu suivi des propositions concrètes à mettre à la disposition du nouveau pouvoir pour le bien-être collectif.

Au vu de ce qui précède, nous nous sommes posé la question de savoir quels sont les indices de la pauvreté dans la population de la commune urbano-rurale de Mont Ngafula ? Nous sommes partie d’une hypothèse selon laquelle, les indices de la pauvreté dans la commune de Mont Ngafula se résumeraient par les besoins non satisfait de la communauté dans le domaine de l'éducation jusqu'à la santé en passant par l'emploi et le constat reste déplorable. Le but de cette étude est d’identifié les indices de la pauvreté vecu dans la commune urbano-rurale de Mont Ngafula.

**II. MATERIELS ET METHODES**

Selon Madeleine Grawitz, la méthode est définie comme « un ensemble d'opérations intellectuelles par lesquelles une discipline cherche à atteindre les vérités qu'elle poursuit, démontre et vérifie » (PNUD, Rapport sur l'Indice du Développement Humain, 2010, p.15). Il existe, par ailleurs plusieurs méthodes mais, pour ce travail, nous avons choisi combinaison méthodologique, dont la méthode fonctionnelle pour nous permettre de comprendre comment le problème sous examen rongent nos communautés actuellement et de proposer les pistes de solution correspondantes et la méthode d’enquête nous a servi pour la collecte des données alors Les techniques d'observation et documentaire sont les principales utilisées dans le processus de la réalisation de cette étude.

**III. RESULTATS**

Le social est un domaine qui couvre plusieurs dimensions. Cependant, dans cet article, sans prévaloir l'importance de certaines dimensions sur d'autres, à titre indicatif, la réflexion est focalisée sur l'éducation, la santé et l'emploi. Les cris de détresse quasi-quotidiens lancés par la population traduisant les difficultés rencontrées dans les trois domaines précités, interpelle plus d'une personne. C'est pour cette raison qu'il a été jugé impérieux d'en faire un clin d'œil dans le cadre de cette publication.

Le Réseau National des ONG des Droits de l'Homme de la RDC (RENADHOC), dans son message à la nation, enfonce le clou dans le même sens quand il rappelle au gouvernement de la République ses obligations en ces termes : « le gouvernement de la République doit assumer pleinement ses responsabilités en mettant au centre de ses actions les droits économiques, sociaux et culturels cie nos populations qui restent toujours bafoués : il n'y a toujours pas d'enseignement gratuit su niveau primaire ; les soins médicaux demeurent inaccessibles pour la grande majorité des Congolais, moins de dix pourcent des citoyens ont un emploi rémunéré régulier, la faim et la malnutrition sont toujours omniprésentes et l'habitat demeurent délabré ou/et insalubre» (Réseau National des Organisations de Droits de /'Homme au Congo (RENADHOC), message à la nation congolaise à l'occasion de la commémoration du 64è anniversaire de la déclaration universelle des droits de l'homme, Kinshasa le 10/12/2012, inédit). La même thèse est également confirmée dans le rapport sur l'indice du développent humain (IDH) du Programme des Nations Unies pour le Développement où la RDC est classée 186eme sur 187 pays les plus pauvres du monde. Bien qu'au mois de décembre 2015 le même organisme reconnaît que la RDC a gagné 11 places, par ailleurs, de manière pragmatique, le train de vie de la population reste très alarmant. Donc le premier Objectif du Millénaire pour le Développement à savoir la réduction de la pauvreté est très loin d'être atteint au cours de la même année. Pour en savoir plus, décortiquons ensemble certaines réalités des secteurs annoncés plus haut.

**Dans le secteur de l'éducation**

Le milieu éducatif (l'enseignement primaire, secondaire et supérieur) conçu pour façonner les citoyens dans les différents domaines pour le développement national, depuis un certain temps, est également contaminé par la dégringolade morale qui ronge la société congolaise. Ainsi, plusieurs concepts utilisés ne traduisent que le degré d'ancrage de la corruption dans ce secteur. Il s'agit notamment de : « Points Sexuellement Transmissibles », « branchement », « couloir », « sous de table », « enfant d'abord » (http://www.afriqueredaction.com}. Ceux-ci sont des pratiques humiliantes qui consistent soit à troquer les points en contre partie du sexe, soient à favoriser les étudiants politiquement influents ou ayant des liens familiaux avec les enseignants, soit encore à commercer carrément les points. L'existence de ce phénomène est confirmée au cours d'une plénière fictive tenue le 30 Mars 2015 à la salle de congrès de l'Assemblée Nationale à Kinshasa, en présence d'Aubin Minaku, alors le Président de la chambre basse du parlement, où les étudiantes venues des différents instituts supérieurs et universités ont dénoncé les harcèlements sexuels auxquels elles sont victimes de la part du corps enseignant. Ce qui rend, si les dispositions nécessaires ne sont pas prises pour y mettre fin, hypothétique l'avenir de toute une nation dans la mesure où l'éducation, dans le vrai sens du terme, est un facteur indispensable dans le processus de développement, (www.scooprdc.net)

Dans le même ordre d'idée, on observe certaines personnes, dont le parcours scolaire n'est jamais couronné par un diplôme d'Etat, inscrites régulièrement à l'Université, à la grande stupéfaction des habitants de leurs quartiers respectifs. Lorsqu'on pose la question de savoir comment ces gens ont-ils obtenu lesdits titres pour être inscrits à l'université, la plupart répondent en disant « toza na RDC » qui signifie « nous sommes en RDC » une façon d'insinuer que nous sommes dans pays où tout est possible. Cela résulte, sans doute, de la légèreté observée dans le travail des inspecteurs de l'enseignement primaire et secondaire en complicité avec leur hiérarchie. On reste dans le même chapitre pour signaler le comportement observé dans le chef de certains parents qui, avant de faire inscrire leurs enfants dans une école quelconque, se préoccupent plus, en lieu et place de la qualité de l'enseignement y dispensée, des résultats réalisés antérieurement aux examens d'Etat (on se demande si l'école a obtenu 100%). Et ce, malgré le niveau intellectuel incertain des récipiendaires. Avec une telle logique, quelle est la qualité des gestionnaires de demain peut-on attendre de ces établissements d'enseignement ?

Bien qu'à ce jour, le secteur de l'éducation bénéficie d'une part du budget national d'une hauteur de 16 %, son développement continue à patauger. Au regard des conséquences, le désintéressement de la jeunesse à s'engager dans les bonnes études jugées non prometteuses. Il en résulte que, pour la plupart des cas, les diplômes délivrés par un bon nombre d'institutions d'enseignement, ont une valeur qui ne reflète nullement le niveau intellectuel de leurs titulaires. Il n'y a donc l'ombre d'aucun doute que l'on rencontre dans notre société des intellectuels, même licenciés, non spécialistes. Par exemple, un licencié en droit non juriste, un licencié en sociologie non sociologue, un licencié en agronomie non agronome, etc. il s'agit des personnes inscrites à l'université et qui passent, d'une promotion à une autre, jusqu'à la fin de leurs parcours, en utilisant des moyens malhonnêtes, mais arrivent tout de même à bénéficier des diplômes sans avoir intériorisé les matières dont elles sont censées être spécialistes.

Toujours dans ce point nous notons la prolifération des universités et établissements d'études primaires, secondaires et universitaires privés dont les motivations premières d'un bon nombre d'entre eux n'ont rien avoir avec le social, mais plutôt le commerce. Le rapport de l'enquête de l'ONG SOPROP sur les droits sociaux de base en RDC, confirme cette thèse lorsqu'il met en évidence certaines pratiques qui se passent dans les écoles notamment l'achat obligatoire d'uniformes à l'école, la prostitution, la corruption, la non prise en compte de la demande de dérogation par les parents, etc. D'où les étudiants et élèves utilisent plus les antivaleurs en lieu et place de fournir les efforts pour réussir par voie normale. Il existe même ce qu'on appelle des laboratoires où on organise le plagiat des rapports de stages, des travaux de fin de cycle et des mémoires au profit des élèves et des étudiants. Ce qui ne fait qu'encourager la paresse intellectuelle de ces derniers. On a rendu l'impossible possible, il suffit d'avoir les billets de banque, toutes les solutions envisagées, même immorales ou illicites, sont faisables. Et donc, la fécondité intellectuelle qu'on attend du monde scientifique devient illusoire. (Solidarité pour la Promotion Sociale et la Paix (SOPROP), Rapport sur les droits sociaux de base en RDC, 2014, p.49-50).

**Dans le secteur de l'emploi**

L'emploi a le plus tragiquement subi les conséquences des difficultés de l'Etat caractérisées par la mauvaise gestion des entreprises publiques et la mauvaise politique de partenariat et d'incitation aux investissements. « En 2000, l'emploi représentait une proportion de 2% de la population totale, 4% de la population active et 8% de la population active masculine. Contre respectivement 8%, 18% et 35% en 1958. La crise socio politique des années 1990 et les conflits n'ont fait que précipiter cette tendance négative au point que la crise de l'emploi et de formation professionnelle constitue une des causes majeures d'une situation sociale extrêmement difficile. (République Démocratique du Congo, Document de Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté (DSCRP), Ministère du plan, 2006, P.5à. La conséquence est l'exacerbation du chômage, l'accroissement de la vulnérabilité des populations et l'aggravation de la pauvreté». (Déclaration Universelle des Droits de l'Homme, article 23).

Bien que la Déclaration Universelle des droits de l'Homme renchéri par la constitution de la République Démocratique du Congo fait du travail un droit et un devoir sacrés. Les recrutements dans quelques emplois créés, à travers les différents programmes de l'Etat financés sur fonds propre ou par les bailleurs de fonds, s'opèrent sur base des critères clientélistes où les sélectionnés aux différents postes sont connus avant même la publication des offres d'emploi dont la pratique n'est assurée que pour des raisons de formalisme. Le cas le plus récent connu de tous, c'est la présence des personnes recrutées irrégulièrement dans la magistrature de la RDC selon le Ministre d'Etat en charge de la justice qui déclare : « Nous allons chasser de la magistrature, tous ceux qui sont entrés par effraction (...) c'est la raison pour laquelle la population crie sur le mal jugé et, en réalité, c'est parce que dans le recrutement de ces magistrats, la rigueur absolue n'a pas été respectée » (Constitution de la République Démocratique du Congo, article 36).

Les investisseurs qui créent les entreprises dans le cadre de leurs business offrent quelques opportunités d'embauché. Par ailleurs, ceux qui trouvent les emplois dans ces organisations font également l'objet d'une exploitation systématique de la part de leurs patrons.

Malheureusement, les Ministres qui se succèdent au ministère du travail ainsi que les inspecteurs du même ministère censés protéger les travailleurs congolais, tant dans le secteur public que privé, affichent un regard indifférent frisant la complicité face aux souffrances de leurs propres frères qui, en réalité, sont mal traités en ce qui concerne les conditions du travail et surtout la rémunération. En effet, comme dit plus haut, on trouve dans la ville de Kinshasa et partout ailleurs à travers le pays l'existence de la division des classes sociales (les bourgeois et les prolétaires).

Cependant au-delà de toutes ces considérations générales, il convient de relever quelques particularités pathologiques liées à la situation de la femme. C'est donc le cas, par exemple de la promotion Canapé. Elle est un phénomène qui combat systématiquement la promotion de la femme dans la mesure où non seulement ça n'encourage pas celle-ci à rechercher la méritocratie, mais également terni son image du fait que son accession à tel ou tel autre poste est réputée se faire, très souvent, en échange avec son sexe. En effet, il s'est installé dans notre société les mauvaises habitudes selon lesquelles les hommes qui ont la décision pour embaucher les gens dans leurs entreprises posent des conditions discrètes, souvent, n'ayant aucun lien direct avec la compétence recherchée pour occuper le poste à pourvoir. Et cela dépend selon qu'on est femme ou homme. Dans le cas de ce dernier, les exigences sont en nature ou en numéraire.

Pour tenir le coût de la vie, face à la rareté d'emploi, la majorité des Congolais s'est lancée essentiellement dans la débrouillardise. Les études initiées dans le cadre du DSCRP indiquent que « 80% de notre population survivent à la limite de la dignité humaine avec moins de 0.20 $ américains par jour ». C'est ainsi que dans les quartiers populaires, on observe qu'environ quatre ménages sur cinq ont quelques choses à vendre devant la parcelle. Toutes les rues sont transformées en marchés. Ceci contribue profondément à l'insalubrité constatée dans les grandes villes. Cependant, la gestion de cette situation, par le pouvoir public, étonne plus d'un observateur d'autant plus qu'on laisse de côté les causes qui se trouvent être le manque d'emploi, on s'attaque aux conséquences. En effet, la répression caractérisée par la destruction systématique des étalages et marchandises de paisibles citoyens constitue le mode de gestion de cette situation par les gouvernants. Ce qui biaise la démarche parce que tant qu'il n'y aura pas d'emploi, ce problème persistera. Le principe étant, les mêmes causes produisent les mêmes effets.

**Dans le secteur de la santé**

Le domaine de la santé s'étend sur un champ d'application très large. Cependant dans le cadre de cette réflexion l'attention a été plus focalisé sur la santé publique, l'accès aux soins de santé et aux infrastructures sanitaires. La santé publique demeure une équation à plusieurs inconnues dans notre société. Une étude menée par B.SENKER NDIMBA en 2022 en cours sur le financement des soins de santé par approche mutuelle de santé, il a trouvé que l’accessibilité aux soins de santé primaires par la communauté pose toujours de sérieux problèmes. Alors que MATSHIDISO MOETI , directrice régionale de l’OMS pour l’Afrique dans sa revue intitulée stratégies de coopération avec le pays, la RDC stipule, les principaux défis que doit relever le système de santé en RDC sont : une capacité optimale de gestion de l’ensemble de système de santé dans le contexte de la décentralisation ; un système de financement des soins de santé permettant l’équité d’accès ; un système de santé à même de répondre aux besoins des populations après plusieurs années de crise (conflits armées et catastrophes naturelles) ; la réduction de l’excès de la morbidité et mortalité et une meilleure coordination de la réponse humanitaire. Pour l’ équipe cadre de l’institut de médecine tropicale ,Anvers Belgique, tous de la coopération technique Belge en République Démocratique du Congo, via Ministère de la santé publique dans leur rapport de mission de faisabilité de la mise en œuvre de mutuelles de santé en République Démocratique du Congo, en octobre 2017,explique que le développement de la micro assurance santé au Congo est encore loin d’être une réalité (…). Cette conclusion bien que choquante mais, c’est une réalité car elle affirme exactement ce que nous aussi, avons trouver sur terrain, que les mutuelles de santé dans notre pays sont encore loin d’être réellement des vraies mutuelles de santé et fonctionnant normalement c’est-à-dire sur des bases et principes de fonctionnement d’une mutuelle de santé, même au sujet de la définition de circuit de soins de santé de la maison jusqu’à la formation médicale, des explications diverses et erronées voir même, comprenons, ces résultats affirment que les affiliés d’une mutuelle ne connaissent pas le circuit pour lequel ils devraient comprendre pour accéder aux soins de santé primaires . Ces résultats confirment également ceux du BIT-STEP, [2005] qui stipulent dans un document intitulé guide pour l’étude de faisabilité de systèmes de micro assurance santé, Stratégies et techniques contre l’exclusion sociale et la pauvreté  guide de faisabilité et de mise en place d’une mutuelle de santé que beaucoup des mutuelles pèchent juste dans la sélection des membres, des formations sanitaires ; pour le partenariat, des services à couvrir et les principes de bases de fonctionnement d’une mutuelle de santé.

Il en est ainsi de la problématique de la gestion des installations hygiéniques, fosses septiques, eaux usées et des ordures ménagères qui étalent le degré d'incivisme de la population. En effet, il est un fait que cette population vit dans un environnement d'une insalubrité démontrée. Le constat est tout à fait catastrophique lorsqu'on fait un petit tour dans les installations hygiéniques dans certains milieux tels que les cabinets de certains ministères (les installations non fréquentées par le ministre et ses invités dits de marque). Il en est de même dans les aéroports, ports, stades, écoles, universités, marchés, églises, etc.

Chez les particuliers, nous observons que certaines personnes n'hésitent pas à vider leurs fosses septiques en canalisant la matière fécale dans les caniveaux publics ou même sur la chaussée. Ils profitent souvent des ruissellements des eaux de pluie. D'où la question de savoir si les services d'hygiène existent encore dans l'administration publique.

La situation ci-haut décrite crée un environnement pollué susceptible d'être à la base de plusieurs maladies. Entre temps, le revenu de la majorité de la population ne lui permet pas d'assurer ses soins médicaux avec efficience, comme l'affirme Paul Ehota en ces termes :« Et pourtant, le coût de soins médicaux n'est pas à la portée de toutes les bourses à cause du faible pouvoir d'achat de la population dont plus de la moitié vit en dessous du seuil de la pauvreté »(Ehota Mulenda Paul., cité par Jean Claude OMOKODI NDATE , « Emergence de la responsabilité sociale des entreprises en RDC : Etat de lieux, enjeux et perspectives » In Mouvement et enjeux, sociaux, n° 81, Novembre-Décembre, Kinshasa, 2013, p.200). Certes, on assiste à la construction des bâtiments dont certains sont destinés à abriter les hôpitaux ultramodernes. Malheureusement ce sont des réalisations faites au profit de la classe bourgeoise. Lorsqu'on considère les propos de l'ex Ministre de la santé du gouvernement central Félix Kabange Numbi dans son allocution prononcée lors de la cérémonie inaugurale de l'Hôpital du Cinquantenaire selon lesquels « les frais de consultations médicales s'élèvent à 20000 francs congolais soit, sur base du taux de change à cette date, 21.17 dollars américains pour la médecine générale et 25000 Franc Congolais soit 27.1 dollars américains pour le médecine spécialisée » (Propos de Félix KABANGE NUMBI, Ministre de la santé lors de la cérémonie inaugurale de l'Hôpitai du Cinquantenaire à Kinshasa le samedi 22/03/2014.) sans prendre en compte les frais des examens médicaux, encore moins le traitement et l'hospitalisation. Au regard de cette réalité, il y a lieu de se poser la question sur les véritables destinataires de ces réalisations. Alors qu'il n'est qu'un secret de polichinelle que soixante-quinze dollars américains représentent le salaire mensuel d'un huissier. Considérons même l'hypothèse selon laquelle ce fonctionnaire aurait une famille de cinq personnes, lui-même compris. Pouvons-nous conclure honnêtement, sur base des chiffres présentés ci-haut, que cette catégorie de personnes, du reste majoritaire, aura accès à ces hôpitaux dont la construction est prétendument faite en son nom ? C'est clair que non. Cette réponse s'appuie sur les affirmations de Monsieur Alain Atundu Liyongo qui, plus tôt, avait déjà affirmé que « l'hôpital du cinquantenaire était construit pour les dirigeants ». (Propos d'Alain Atundu Liyongo (actuel porte-parole de la majorité présidentielle et Président de la Convention pour la Démocratie et la République), sur RFI lors de l'émission Débat Africain à Kinshasa le 24 Avril 2011).

En outre le foisonnement des institutions hospitalières privées pose de sérieux problèmes liés à la qualité de soins y administré. Pour la plupart des cas, les patients se plaignent du caractère inadapté et impropre des matériels ainsi que la qualification douteuse du personnel soignant. A cette situation, il faut ajouter la gestion irresponsable des ordures et autres déchets produits dans ces centres médicaux qui exposent non seulement les patients y internés, mais aussi les populations environnantes aux diverses maladies : d'où, au lieu d'être des cadres de distribution de soins, ils se transforment en véritable vecteurs des maladies.

D'après plusieurs rapports des organisations humanitaires dont UNICEF, l'eau potable est toujours une denrée rare pour environ de 71% des congolais vivant en ville comme dans la campagne.

Les cas sur lesquels il faut insister aussi, c'est le mauvais comportement du personnel soignant en occurrence les infirmiers et les médecins. Certains d'entre ces derniers trahissent à longueur de journée leur serment d'Hippocrate en exigeant aux patients, en plus de ce qu'on paie officiellement à la caisse de l'institution hospitalière, une somme d'argent pour leurs comptes personnels. A défaut de le faire, les patients s'exposent à une prise en charge médicale superficielle parce que, selon la logique, ils sont qualifiés de « Kilo ou maboko makasi » qui signifie « avare ».Au regard de ce qui précède, on peut conclure, sans courir le risque d'être contredit, que le serment d'Hippocrate prêté par ces corps soignants en RDC n'est, en réalité, que le serment d'hypocrisie. Voilà qui justifie le cas de certains malades négligés et abandonnés à leur triste sort dans nos hôpitaux. A cet égard, il y a lieu de se demander le sort qui pourrait être infligé à un patient totalement démuni. Une telle liste des problèmes de santé, du reste non exhaustive, ne fait que réduire l'espérance de vie de la population qui est déjà confrontée à beaucoup d'autres problèmes d'ordre social, politique, économique, etc.

Bref, les problèmes sanitaires observés dans commune urbano-rurale de Mont Ngafula sont groupés comme suit :

**1. Les problèmes liés au leadership et à la gouvernance**

* Faible leadership (faible vision et faible esprit de direction)
* Mauvaise gouvernance ; détournement des biens communautaires et corruption

1. **Problèmes liés aux prestations de services et de soins**

* Faible couverture sanitaire ;
* Faible qualité des soins et services offerts ;
* Faible résilience des structures de santé face aux urgences sanitaires ;
* Faible accès aux soins, inégalités d’accès aux services, Faible demande des communautés suite à la mauvaise qualité des services,…

1. **Problèmes liés aux ressources humaines**

* Répartition déséquilibrée et inéquitable du personnel : Pléthore en milieu urbain et déficit en milieu rural ;
* Rémunération modique ;
* Faible qualité due au déficit de formation et d’éthique professionnelle : personnel démotivé.
* Tendance au déplacement de la campagne en ville et de la ville vers l’étranger.

1. **Problèmes liés à des infrastructures et équipements de base.**

* Peu d’infrastructures hospitalières modernes répondent aux normes
* Infrastructures publiques mal entretenues et vétustes ;
* Equipements vétustes, inappropriés et inadaptés ;
* Les infrastructures en partenariat avec la mutuelle très mal entretenues et mal propres voir même l’hygiène défectueuse ;
* Les services de maintenance sous-équipés, incompétents, voire inexistants ;

1. **Problèmes liés à l’accès aux médicaments.**

* Faible capacité de production des médicaments pour la consommation locale, la production africaine représentant 3% du marché mondial.
* 80 à 90% des médicaments importés échappent au contrôle sévère et sérieux du programme national d’approvisionnement en médicament essentiel et l’office congolais de contrôle.
* Faible disponibilité des médicaments de bonne qualité ayant une bonne concentration minimale inhibitrice de la souche microbienne ;
* Faible disponibilité et accessibilité de la population aux médicaments en relation avec le cout-avantage.
* Faible application de la règlementation ;
* Circulation importante de faux médicaments et périmés délivrés aux patients et à la population étant donné que la population a une difficulté de lire les écrits (Poids, date de fabrication et de péremption, les indications et contrindications,…) sur l’emballage et déficit d’inspection ;

1. **Problèmes liés au système d’information sanitaire :**

* Système d’information sanitaire, mal équipé peu efficace et lacunaire ;
* Informations sanitaires insuffisantes, peu fiables de qualité variable et mal harmonisées.

**Pistes de solution**

II serait vain de faire des critiques tous azimuts, si celles-ci ne sont pas suivies des pistes de solutions susceptibles de faire avancer la situation. C'est ce à quoi, nous avons focalisé la présente partie du travail.

**a. Sur le plan de pauvreté de la population**

1. Le gouvernement de la république, le parlement et le Président de la république doivent, à travers le budget, supprimer les injustices sociales en recouvrant et redistribuant équitablement les richesses nationales notamment avec la réduction sensible de la tension salariales et autres écarts profonds des avantages entre le personnel politique et administratif pour éviter non seulement des frustrations de la majorité de la population, mais également que chacun se serve en sa manière;

2. Le gouvernement, à travers le ministère des affaires sociales et solidarité nationale, doit mettre en place un programme de lutte contre la pauvreté qui finance et accompagne les Activités Génératrices de Revenus (AGR) des groupes les plus vulnérables tels que les déplacés, les veuves, les filles-mères, les refoulés afin de relever tant soit peu leurs pouvoirs économiques ;

**b. Sur le plan de l'éducation**

3. Le gouvernement, à travers le ministère de l'Enseignement Primaire et Secondaire, doit : Appliquer de manière effective sur l'ensemble de la République l'article 43 de la constitution du 18 février 2006 telle que modifiée à jour pour rendre effectivement l'enseignement primaire obligatoire et gratuit dans les établissements publics; La cours constitutionnelle doit annuler 'article 177 alinéa 2 de la loi-cadre n°14/004 du 11 février 2014 de l'enseignement national à cause de son caractère contraire à l'article 43 de la constitution ; Revoir les programmes de branches telles que l'orthographe, l'écriture, la lecture, la calligraphie au niveau de l'enseignement primaire afin d'en améliorer la qualité ;

4. La société civile doit multiplier les échanges, conférence débat et autres stratégies susceptibles d'amener les communautés estudiantines et le corps enseignant à s'abstenir des phénomènes « Points Sexuellement Transmissibles », « branchement », « couloir », « sous de table », « enfant d'abord » et à les dénoncer auprès de leurs hiérarchies respectives et des instances judiciaires compétentes pour des sanctions exemplaires;

5. Afin d'éveiller le sentiment patriotique dans le chef de la jeunesse, le gouvernement, à travers les ministères de l'Enseignement Primaire, Secondaire et l'Enseignement supérieur et universitaire, doit faire du cours d'éducation civique et moral un cours à pondération très élevée (pondération 10) dans les écoles primaires, secondaires et universitaires.

**c. Sur le plan de l'emploi**

6. Le gouvernement est invité à prévoir dans son budget des fonds pour la mise à la retraite de tous les agents de l'Etat éligibles, même de façon progressive, et leur remplacement par les jeunes afin non seulement de contribuer à la résolution de l'épineux problème de chômage, mais également de rajeunir l'administration publique; Le gouvernement à travers le ministère de l'industrie est invité à répertorier et réhabiliter les usines et les unités de ravitaillement qui, à travers les provinces, fonctionnaient depuis l'époque coloniale et pendant la deuxième ;

7. Le gouvernement, à travers le ministère de l'industrie, est invité à répertorier et réhabiliter les usines et les unités de ravitaillement qui, à travers les provinces, fonctionnaient depuis l'époque coloniale et pendant la deuxième république. Exemple l : PLZ dans la province du grand Equateur (plantation de palmiers et usine de raffinage de l'huile de palme). Exemple2 : COFONCO plantation de coton et usine de fabrication de tissu, de fil de coudre, huile de coton, tourteau pour le bétail, etc. ces activités favoriseront la production des richesses et création d'emplois :

8. Le gouvernement (le ministère du travail et de la prévoyance sociale), le parlement et le Président de la république, doivent mettre en place des mécanismes efficaces pouvant amener les investisseurs et autres créateurs d'emplois tant nationaux qu'étrangers, à payer un salaire minimal interprofessionnel de croissance (SMIC) d'une équivalence d'au moins 300 dollars américains et les autres avantages par mois au dernier agent;

9. Le gouvernement doit renforcer la transparence, et même possibilité de faire recours à toute personne qui se sent lésée, dans les procédures de recrutement des agents de l'Etat afin que la RDC ait une administration répondant à la logique « l'homme qu'il faut à la place qu'il faut ».

**d. Sur le plan de la santé**

Le gouvernement de la république, à travers le ministère de la santé, doit :

10. Redynamiser le service d'hygiène et la police y rattachée, au niveau de l'administration publique afin de veiller objectivement sur les cas de déviation et infliger les amendes conséquentes susceptibles de dissuader tous les malveillants;

11. Supprimer tous les petits centres dits de santé installés à travers la cité sans normes requises, sans personnel qualifié ni expérimenté afin d'épargner la population de nombreux risques macabres auxquels elle est exposée;

12. Mettre en place des stratégies efficaces afin favoriser l'accès d'un plus grand nombre aux soins médicaux ; par exemple, en : Subventionnant les hôpitaux de l'Etat et privés agrées ; Suscitant la mise en place des mutuelles de santé dans tous les ministères et services de l'Etat, au besoin, dans les organisations privées. Il sera question de dupliquer l'expérience du ministère de l'enseignement primaire et secondaire (déjà opérationnelle) en mettant des garde-fous de façon que lesdites structures répondent effectivement à leur mission initiale ;

13. Renforçant la sécurité sociale (Caisse Nationale de Sécurité Sociale) où l'on prend en charge les soins de santé des travailleurs pendant et après les services rendus de façon que la simple production de la carte de service (ayants droit des fonctionnaires) donne droit à l'accès aux soins de santé efficaces.

14. Mettre en place un système d'information susceptible de faire dénicher tous les médecins et infirmiers qui trahissent leur serment d'Hippocrate en se rendant coupables des cas de trafic dans l'exercice de leur travail. Par exemple, en mettant en place un numéro vert par lequel on peut dénoncer les malveillants pour des sanctions exemplaires tant au niveau de leur corporation qu'au niveau des instances judiciaires;

15. Renforcer le financement de santé :

* Renforcer le financement de la santé basé sur l’impôt général et l’impôt sur les revenus, créer des mécanismes de financement viables,
* Les gouvernements doivent être innovants pour générer les revenus sur des sources internes et améliorer la mobilisation de ressources fiscales, notamment la mise en place des mécanismes de financements innovants (taxes sur l’alcool,)
* Relancer la sécurité sociale et les mutuelles de santé.
* Il faut aussi poser un problème de bon usage de ces ressources : l’efficience allocative (où l’on met les ressources) et l’efficience technique (comment on utilise ces ressources).

16. Renforcer le leadership et améliorer la gouvernance.

* L’amélioration des systèmes de santé en Afrique comme en RDC n’est pas seulement question d’augmenter les ressources financières, c’est aussi preuve de leadership et de bonne gouvernance dans la gestion des programmes de santé,
* Les pays africains et en particulier la République démocratique du Congo doivent réellement afficher dans le domaine de santé le leadership qui leur fait défaut actuellement. Les leaders sanitaires congolais doivent revenir aux principes basiques de santé publique établis en se focalisant sur les priorités de santé en particulier la protection maternelle et infantile et la santé des familles qui, étant donné que les familles acceptent de financer leur propre état de santé dans un esprit d’auto-responsabilité et d’auto-détermination.
* Elle doit revoir les stratégies actuelles et les recadrer par rapport aux priorités nationales, et mettre en place des stratégies coordonnées et inscrites dans la durée mobilisant les différents acteurs nationaux et étrangers, publiques et privés, aux différents niveaux de la pyramide sanitaire.
* Faute de leadership, le système sanitaire de notre pays la RDC continuera à être sous tutelle et à produire des rapports standards à destination des fonds internationaux, pour de données qui ne servent pas réellement à la population congolaise.
* Ceci implique la transparence dans la gestion et la distribution de ressources car, il faut le dire, la mauvaise gouvernance a un impact direct négatif sur la performance des systèmes de santé et en particulier sur les mutuelles de santé qui en sont les sous-systèmes.

17. Investir dans le personnel :

* En réalité, il est important d’accroitre les investissements en faveur du personnel : augmenter leur rémunération, prendre des mesures incitatives telles que les avantages socio-substantiels, l’accès à la promotion, plan de carrière, opportunités d’évolutions.
* Former davantage le personnel (formation de base et formation continue).

18. Investir davantage dans les infrastructures et les équipements.

* En Afrique, environ 7% des budgets de la santé sont consacrés aux infrastructures, alors que les pays africains ayant des systèmes de santé performants, consacrent plus de 30% de ces budgets aux infrastructures.
* Il faut reconnaitre que depuis plus d’une décennie environ, les choses changent ici et là ; des nouveaux hôpitaux et en construction par les chinois notamment, des équipements de soins de santé et des médicaments sont disponibles.
* Mais on constate que ces progrès se concentrent dans des capitales des pays africains ou dans des grandes villes et les services ne sont pas accessibles à la majorité de la population. Nous citons par exemple, l’hôpital du cinquantenaire de Kinshasa, dont les services ne seront pas accessible peut être chez un habitant de mont Ngafula tenant compte de coût-Avantage, efficacité, efficience et économie.
* Les efforts doivent être déployés pour rendre les services accessibles à la majorité de la population et pour investir dans d’autres provinces.

## 

19. Améliorer la prestation des services essentiels.

* Pour améliorer la prestation de services de santé, il faut améliorer les conditions de travail du personnel, investir dans les infrastructures et les équipements si toutes ces conditions sont réunies, la qualité de services et de soins ira de soi.

20. Améliorer l’accès aux médicaments essentiels et de qualité.

* Augmenter la production locale par le développement d’une industrie pharmaceutique nationale : Rationaliser la chaine d’approvisionnement en substituant les différents intermédiaires par la technologie pour faciliter la distribution des médicaments.
* La mise en place de la couverture sanitaire universelle pour donner à la majorité de la population l’occasion d’accéder aux médicaments de qualité.
* Lutter contre les faux médicaments par la création des laboratoires régionaux de contrôle de qualité, le renforcement de la coopération entre les états, la modification et l’harmonisation des cadres législatifs entre pays et la création d’une agence unique du pays du médicament ou continental du médicament.

21. Investir dans la couverture sanitaire Universelle et la nouvelle approche de système de santé :

* La couverture de santé universelle fait partir de la protection sociale ou de la sécurité sociale. Donc, lorsque les actions de la mutuelle de santé sont mieux définies et mieux planifiées, bien suivies et évaluées dans chacune de ses parties et dans chacun de ses entités et formations médicales, nous assisterons à la satisfaction des membres qui était notre objectif prioritaire.

**IV. CONCLUSION**

Le corps de ce travail prouve à suffisance que l'engouffrement du secteur social congolais, du moins dans les trois aspects étudiés, à savoir : la santé, l'éducation et l'emploi, n'est pas un mythe, mais plutôt une réalité. C'est donc une confirmation de l'hypothèse telle que proposée à l'introduction.

Comme d'aucun peut s'en rendre compte, à travers ces écrits, le déficit du civisme dans le chef des uns et des autres a provoqué des incalculables conséquences subies et déplorées par la majorité de la population. Aux grands maux, grands remèdes, dit-on, la question qui mérite d'être posée est celle de savoir ce qu'il faut faire pour sortir de cet état de détresse. Voilà pourquoi, dans la troisième partie, il a été proposé un système de solutions correspondant au système de problèmes identifié. Par ailleurs, la recherche desdites solutions doit bénéficier du concours de toutes les parties prenantes du secteur analysé. Nous espérons, sans prétendre avoir tout traité, que les pistes de solutions proposées constituent une modeste contribution sur les trois points sus évoqués ayant fait l'objet de cette étude.

**BIBLIOGRAPHIE**

de la santé, Publi Union Editions, New York,1995.ISBN 2-85790-102-X

Eloko eya matangelo, Financement des soins de santé, Ed. 2014, Page 56

3.Eschwege E , Bouvenot G., Doyon F., Laroux A. Essais thérapeutiques, mode d’emploi. 2é Edition, les éditions INSERME-Paris,1994. ISBN 2-85598-558-7.

Georges Edwards III et coll. : Les politiques publiques, Elaboration et mise en œuvre, Paris, Tendances Actuelles,1981 P.73

Green et Kreuter 1991 cité par Amuli jiwe 2015,Dans Santé communautaire :Principes et Approches

J. Ives-REGINSTER et READ BAIN : Principes généraux de santé Publique et d’économie de santé, Ed. PUF 2017page 62-75.

Jean Ives REGINSTER, Principes Généraux de Santé Publique, éd. New York 2007 entièrement revue.

Constitution de la République Démocratique du Congo de 2006. Déclaration Universelle des Droits de l'Homme.

EHOTA MULENDA Paul., 2013 ; « Emergence de la responsabilité sociale des entreprises en RDC : Etat de lieux, enjeux et perspectives » in Mouvement et enjeux sociaux.

Grawitz, M., 1977 ; Méthode des sciences sociales, Dalloz, Paris. http://www.afriqueredaction.com. http://www.forumdesas.org/spip.php? article 3777. KALINDYE, D., & BUSIMBA KASINDIRA. G., 2004 ; «

Les enfants soldats face au droit humanitaire en RDC », in Traité d'éducation au droit de l'homme en RDC.

Doctrine congolaise, Tome V Kinshasa, éd. IADHD. Loi-cadre n° 14/004 du 11 février 2014 de l'enseignement national. PNUD, 2010 ; Rapport sur l'Indice du Développement Humain, RENADHOC, 2012 ; Message à la nation congolaise, à l'occasion de la commémoration du 64è anniversaire de la déclaration universelle des droits de l'homme,

Kinshasa. République Démocratique du Congo, 2006 ; Document de Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté (DSCRP), Ministère du plan. SOPROP, 2014 ; Rapport sur les droits sociaux de base en RDC. www.scooprdc.net ;

# III. FACTEURS ASSOCIES ALA CONSOMMATION DU TABAC CHEZ LES JEUNES DE LA ZONE DE SANTE DE NGABA, KINSHASA/RDC.

# Factors associated with tobacco consumption among young people in the ngaba health zone,Kinshasa DRC

ABSTRATS

Our main objective was to analyses the factors influencing the young people of ZS NGABA ,precisely those of AS mukulua, to tobacco consumption during the period from December to febuary2022 and that the entourage, stress, curiosity and certain socio demographic characteristics such as age; gender, level, of education. Thus, the survey method, the guided method, the guided interview and the non-probability or occasional sampling enabled us to describe the socio-demographic and economic parameters of the respondents, to collect the opinions of the respondents on tobacco consumption, .

The total number of the target population is10383inhabitants and the simple size was 384 subjects after calculation. The type of study was descriptive cross-sectional with and analytical aim. Data processing was performed in excel or data were entered, coded, cleaned and exported to SPSS 20.0 for analysis. We arrived at the following results: 96% of respondents got information about tobacco through the entourage, 321 or 83,6% of respondents said they had smoked dot 107 or 33,3% of respondents said they had smoked because friends smoke followed by 94 or 29,3% who smoke for the pleasure and taste of tobacco while 23 or 7,2%underlined other reasons. the first hypothesis of our study is confirmed. The results found show that the environment, curiosity and stress influence tobacco consumption among our respondents.

**Keywords: Factors associated, tobacco, consumption , young people, ngaba health zone,**

## Faculté de sciences de la santé, Université Pédagogique Nationale, B.P 8815Kinshasa Ngaliema, République Démocratique du Congo.

Corresponding author:Senkerbob@gmail.com

**I.INTRODUCTION**

Le tabagisme est un problème réel de santé publique, un problème mondial qui exige des solutions mondiales [OMS, 2018]. La consommation du tabac est considérée comme un des grands problèmes sociaux de notre époque. Le tabac est majoritairement associé à des représentations négatives, [PNLT, 2017]. Dans la commune de NGABA, ville province de Kinshasa, le tabac régulier (consommation du tabac au cours de 30 derniers jours avant l’enquête) est décrit sous différents types : 23,9 % des priseurs réguliers, 16,7 % des fumeurs réguliers de cigarette, 3,4 % des usagers réguliers chiquant le tabac et 0,3 % de fumeurs réguliers de pipe, [PNLT, 2019]. [L’OMS, 2022] témoigne que deux tiers des buralistes soit 64% vendent du tabac aux mineurs en France, un constat accablant et que [DERVAUX A.,X. LEQUELILE, 2007] dans un article scientifique intitulé Tabac et schizophrénie : Aspects épidémiologiques et cliniques affirment que les le tabac nuit gravement à la santé et est un facteur explicatif du développement des troubles neurologiques puis ces fumeurs développent la dépendance à la nicotine. Il est donc urgent d’analyser les conséquences du tabagisme sur la santé respiratoire des citadins de Kinshasa. A la lumière de ce qui précède, notre préoccupation s’articule autour de la question de savoir quels sont les facteurs influençant les jeunes à la consommation du tabac  « Cas de cigarette » à NGABA  et s’il existe –t-il une relation significative entre les caractéristiques sociodémographiques des enquêtés et la consommation du tabac.

**II. MATERIEL ET METHODE**

**Site d’étude**

Cette étude a eu lieu dans la Zone de santé de Ngaba, située dans la ville de Kinshasa en RDC et qui a une population de 254.947 habitants. La zone de santé de Ngaba est située entre à 17°22’43’’de longitude Est, à 3°21’05’’ de latitude Sud et à 324 m d’altitude. Elle a une superficie de 4 km²

Limites de la ZS (limites naturelles) :

* Au nord, l’avenue KIKWIT qui la sépare de la zone de santé de LIMETE.
* A l’est et au sud, respectivement la rivière YOLO et l’avenue BY PASS qui la sépare de la zone de santé de LEMBA.
* A l’ouest, l’avenue de l’UNIVERSITE qui la sépare de la zone de santé de MAKALA.

Densité de la population dans la ZS (habitants/km²) : 50172 habitants/km2.

**Climat**

Son climat est celui de toute la partie sud de la RDC à savoir un climat tropical chaud et humide comprenant une saison de pluies qui dure environ 9 mois, C’est-à-dire de septembre à mai ainsi qu’ une saison sèche qui dure environ 3 mois soit de juin à août.

**Relief, végétation et hydrographie**

Son relief est dominé par une large plaine limité par une colline au sud avec un sol de type marécageux. L’on note la présence de plusieurs petits cours d’eau dont la rivière YOLO qui constitue sa frontière orientale.

La Figure 1 représente la carte géographique de la Zone de santé de Ngaba ,[ RAPPORT ANNUEL DE LA ZS DE NGABA, 2019].

|  |
| --- |
| Figure 1 : Carte géographique de la zone de santé de Ngaba |

**Echantillonnage**

Une étude descriptive a été réalisée dans la zone de santé de Ngaba du 02 Décembre au 02 Février 2022. Un échantillon de convenance des jeunes fumeurs était sélectionné à l’aire de santé MUKULUA et au total 384 jeunes ont été sélectionnés, visités et interviewés dans la Zone de santé de Ngaba tenant compte des critères de sélection.

**Méthodes et collectes des données**

Pour notre étude nous avons choisi la méthode d’enquête, la technique d’interview guidée et le questionnaire nous a servi comme instrument de collecte des données. Avant la recherche en soi, une pré-enquête a été menée auprès de 15 jeunes de ladite aire de santé pour déterminer la faisabilité du questionnaire. Alors, le dernier volet a eu lieu après celui-ci qui nous a permis de bien réajuster notre instrument sur base des réponses des participants, à l’enquête pilote. Avant de procéder à l’entretient, pour l’étude proprement dite, nous avions expliqués aux enquêtés, l’importance ou le bien-fondé de l’étude, leurs assurant la confidentialité et l’anonymat sur toute forme, néanmoins, la participation à l’étude était volontaire et non sous pression. Signalons que la traduction était faite pour éviter toute confusion de compréhension en langue adoptée par chaque enquêté. Lors de l’entretien, une interview face à face avec les jeunes a été réalisée pour investiguer les caractéristiques sociodémographiques économiques et culturelles. A la fin de chacune de journée qu’a durée notre enquête, une vérification systématique des fiches s’effectuait pour s’assurer du remplissage correct. En cas de biais, l’enquêteur était obligé de reprendre l’interview faite.

**Analyses statistiques**

Le traitement des données a été fait à l’aide du logiciel Excel où les données ont été saisies, nettoyées, codifiées et exportées en SPSS 20.0 pour l’analyse. Le recours à l’analyse descriptive en utilisant les tableaux de fréquences et de pourcentage a été fait.

**III. RESULTATS**

Dans ce point, il est question de présenter les résultats obtenus et faire un bref commentaire de ces résultats.

**ANALYSE BI-VARIEE**

**Tableau I. Répartition d’enquêtes selon les raisons principales de fumer et l’âge.**

| **Age** | Pour quelle raison principale fumez-vous? | | | | | **Total** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Le plaisir et goût du tabac | La volonté d'atténuer les sensations négatives | Parce que les amis fument | A cause de stress | Autres raisons |
| 15-19 | 93 | 0 | 0 | 0 | 0 | 93 |
| 100,0% | ,0% | ,0% | ,0% | ,0% | 100,0% |
| 20-24 | 1 | 26 | 32 | 0 | 0 | 59 |
| 1,7% | 44,1% | 54,2% | ,0% | ,0% | 100,0% |
| 25-29 | 0 | 0 | 74 | 35 | 0 | 109 |
| ,0% | ,0% | 67,9% | 32,1% | ,0% | 100,0% |
| 30 et plus | 0 | 0 | 1 | 36 | 23 | 60 |
| ,0% | ,0% | 1,7% | 60,0% | 38,3% | 100,0% |
| Total | 94 | 26 | 107 | 71 | 23 | 321 |
| 29,3% | 8,1% | 33,3% | 22,1% | 7,2% | 100,0% |
|  | | | | | | |

Les données de ce tableau démontrent que sur 321 enquêtes soit 100 % 94 soit 29,3% fument pour les raisons de plaisir et goût du tabac dont 93 soit 100 % ont 15 à 19 ans suivi de 1 soit 1,7 % a 20 à 24 ans , 26 soit 8,1 % fument juste pour la raison d’atténuer les sensations négatives dont 26 soit 44,1 % sont de 20 à 24 ans ; 107 soit 33, 3 % fument parce que les amis fument dont 32 soit 54,2 % ont 20 à 24 ans suivi de74 soit 67,9 % d’entre eux ont 25 à 29 ans. Il s’observe une différence très significative entre les raisons principales qui poussent nos enquêtés à fumer dans les différentes tranche

**Tableau II. Répartition d’enquêtés selon qu’ils ont déjà fumé et leur profession**

|  | **Avez-vous déjà fumé ?** | | **Total** |  | **Ddl** | **p-value** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Profession** | **OUI** | **NON** |
| Sans profession | 122 | 0 | 122 | 2,156 | 5 | 0,000 |
| 100,0% | ,0% | 100,0% |
| Fonctionnaire d'Etat | 13 | 0 | 13 |
| 100,0% | ,0% | 100,0% |
| Travailleur d'une entreprise | 26 | 0 | 26 |
| 100,0% | ,0% | 100,0% |
| Vendeur détaillant | 160 | 27 | 187 |
| 85,6% | 14,4% | 100,0% |
| Commercent | 0 | 20 | 20 |
| ,0% | 100,0% | 100,0% |
| Autres | 0 | 16 | 16 |
| ,0% | 100,0% | 100,0% |
| Total | 321 | 63 | 384 |
| 83,6% | 16,4% | 100,0% |

Les données de ce tableau démontrent que sur 321 soit 83,6 % fument dont 160 soit 85,6 % sont des vendeurs détaillants suivi de 122 soit 100 % sont sans profession par contre sur 63 soit 16,4 % qui ont dit non au tabac c’est-à-dire qui ne fument pas 27 soit 14,4 % sont toujours des vendeurs détaillants. Il ressort de ce tableau que la relation entre avoir fumer la cigarette et profession est très significative. Donc la profession a une très grande influence pour la consommation du tabac.

**Tableau III. Répartition des Enquêtés selon qu’ils fument et la profession**

|  | **Avez-vous déjà fumé ?** | | **Total** | **X2** |  | **ddl** | **p-value** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Profession** | **OUI** | **NON** |
| Sans profession | 122 | 0 | 122 | 2,156 | 5 | 0,000 |
| 100,0% | ,0% | 100,0% |
| Fonctionnaire d'Etat | 13 | 0 | 13 |
| 100,0% | ,0% | 100,0% |
| Travailleur d'une entreprise | 26 | 0 | 26 |
| 100,0% | ,0% | 100,0% |
| Vendeur détaillant | 160 | 27 | 187 |
| 85,6% | 14,4% | 100,0% |
| Commercent | 0 | 20 | 20 |
| ,0% | 100,0% | 100,0% |
| Autres | 0 | 16 | 16 |
| ,0% | 100,0% | 100,0% |
| Total | 321 | 63 | 384 |
| 83,6% | 16,4% | 100,0% |

Les données de ce tableau démontrent que sur 321 soit 83,6 % fument dont 160 soit 85,6 % sont des vendeurs détaillants suivi de 122 soit 100 % sont sans profession par contre sur 63 soit 16,4 % qui ont dit non au tabac c’est-à-dire qui ne fument pas 27 soit 14,4 % sont toujours des vendeurs détaillants. Il ressort de ce tableau que la relation entre avoir fumer la cigarette et profession est très significative. Donc la profession a une très grande influence pour la consommation du tabac.

**Tableau IV. Répartition d’enquêtés selon qu’ils ont déjà fumé et leur état civil.**

|  | **Avoir fumé** | | **Total** |  | **Ddl** | **p-value** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Etat-civil** | **OUI** | **NON** |
| Célibataire | 198 | 0 | 198 | 1,879 | 3 | 0,000 |
| 100,0% | ,0% | 100,0% |
| Marie | 31 | 0 | 31 |
| 100,0% | ,0% | 100,0% |
| Union libre | 92 | 38 | 130 |
| 70,8% | 29,2% | 100,0% |
| Autres | 0 | 25 | 25 |
| ,0% | 100,0% | 100,0% |
| Total | 321 | 63 | 384 |
| 83,6% | 16,4% | 100,0% |

L’analyse de ce tableau indique que sur 384 soit 100 % de nos enquêtes 321 soit 83,6 % ont dit oui c’est à dire qu’ils ont déjà fumé ; il y ressort 198 soit 100 % sont célibataires suivi de 92 soit 70,8 % vivent en union libre et 31 soit 100 % sont des mariés. Par contre sur 63 soit 16,4 % de nos enquêtes qui ne fument pas, il s’observe 38 soit 29, 2 % qui vivent en union libre. L’état civil a une très grande influence sur la consommation du tabac ; Donc la relation entre l’état civil et avoir fumé la cigarette est très significative.

**IV. DISCUSSION**

Apres l’évaluation et la comparaison des caractéristiques sociodémographiques de nos enquêtés, notre entendement était que Les facteurs influençant les jeunes à la consommation du tabac dans l’AS MUKULUA seraient son entourage, le stress, la curiosité et certaines caractéristiques sociodémographiques comme, l’âge ; le sexe le niveau d’instruction ;…. donc, une relation significative s’observerait entre ces dernières et la consommation du tabac par les enquêtés.

**Tableau I.** Les données de ce tableau démontrent que sur 321 enquêtes soit 100 % ; 94 soit 29,3% fument pour les raisons de plaisir et goût du tabac dont 93 soit 100 % ont 15 à 19 ans suivi de 1 soit 1,7 % a 20 à 24 ans , 26 soit 8,1 % fument juste pour la raison d’atténuer les sensations négatives dont 26 soit 44,1 % sont de 20 à 24 ans ;107 soit 33, 3 % fument parce que les amis fument dont 32 soit 54,2 % ont 20 à 24 ans suivi de74 soit 67,9 % d’entre eux ont 25 à 29 ans . Il s’observe une différence très significative entre les raisons principales qui poussent nos enquêtés à fumer dans les différentes tranche d’âge. Dans son étude,[ BETTINA BORISCH, 2007], sur le tabagisme chez les jeunes, il a trouvé que l’âge moyen de fumeurs était plus les jeunes de moins de 18ans ; il convient de signaler que notre étude a confirmé celle de BETTINA. D’autres parts, concernant les effets du tabagisme sur la psychopathologie de la schizophrénie, les études sont contradictoires à savoir si la cessation du tabac entraine une détérioration des symptômes de la schizophrénie, tant positifs que négatifs. Certaines d’entre elles ont démontrées une aggravation des symptômes positifs à courts termes à l’arrêt du tabagisme, alors que d’autres n’ont pu mettre en évidence les changements significatifs de la symptomatologie [GOLF et Coll.,1992, ZIEDONIES et Coll, 1994,All et Coll, 1995 ;HAMMERA et Coll. ;DALLAK et MEADOR-WOODRUFF,1996]

**Tableau II.** Les données de ce tableau démontrent que sur 321 soit 83,6 % fument dont 160 soit 85,6 % sont des vendeurs détaillants suivi de 122 soit 100 % sont sans profession par contre sur 63 soit 16,4 % qui ont dit non au tabac c’est- à- dire qui ne fument pas 27 soit 14,4 % sont toujours des vendeurs détaillants. Il ressort de ce tableau que la relation entre avoir fumer la cigarette et profession est très significative. Donc la profession a une très grande influence pour la consommation du tabac. Les résultats de notre étude confirment ceux de [OMS, 2017] dans un ouvrage intitulé savoir pour sauver qui a trouvé 80 % des débrouillards qui fument.

**Tableau III.** L’analyse de ce tableau indique que sur 384 soit 100 % de nos enquêtes 321 soit 83,6 % ont dit oui c’est à dire qu’ils ont déjà fumé ; il y ressort 198 soit 100 % sont célibataires suivi de 92 soit 70,8 % vivent en union libre et 31 soit 100 % sont des mariés. Par contre sur 63 soit 16,4 % de nos enquêtes qui ne fument pas, il s’observe 38 soit 29, 2 % qui vivent en union libre. L’état civil a une très grande influence sur la consommation du tabac ; Donc la relation entre l’état civil et avoir fumé la cigarette est très significative. Cette étude affirme également celle de [PNLT, 2018] sur la lutte contre la cigarette et tabac qui avait trouvé que 76% des fumeurs étaient mariés. Dans son article scientifique sur le tabagisme et la schizophrénie : impact sur la maladie et son traitement au Montréal,[Nancy LEGARE 2007] dit que fumeurs développent plus une dépendance à la nicotine. Ces résultats diffèrent de nos résultats, car les uns fument 15 cigarettes par jours, elle affirme que la nicotine et certaines composantes de la fumée du tabac peuvent également augmenter l’action de la dopamine en inhibant la monoamine oxydase de type Enzyme responsable de sa dégradation. Une diminution de près de 40% de l’activité de cette enzyme a été notée dans le cerveau des schizophrènes fumeurs

**Tableau IV.** Les données de ce tableau nous expliquent que 321 soit 83,6 % de nos enquêtés ont déjà fumé dont 101 soit 100 % ont 15 à 19 ans et 121 soit 100 % ont 25 à 29 ans et 36 soit 36,4 % ont 30 ans et plus par contre 63 soit 16,4 % de nos enquêtés qui ont dit non se retrouvent tous entre 30 ans et plus. Il convient de signaler que l’âge a une très grande influence sur la consommation de la cigarette. Donc la relation entre l’âge et la consommation du tabac est très significative. Notre étude confirme celle de de [L’OMS, 2022] qui témoigne que deux tiers des buraliste s soit 64%vendent du tabac aux mineurs en France, un constat accablant et que [DERVAUX A.,X. LEQUELILE, 2007] dans un article scientifique intitulé Tabac et schizophrénie :Aspects épidémiologiques et cliniques affirment que les le tabac nuit gravement à la santé et est un facteur explicatif du développement des troubles neurologiques.

**III. CONCLUSION**

La fumée du tabac est un cocktail de produits toxiques. Elle représente un aéro-contaminant presque parfait. Elle se compose d'une phase gazeuse et d'une phase formée de particules très fines, pénétrant dans les alvéoles pulmonaires et dans toute la circulation du corps [GUELFI J op.cit,1984].

Nous voici à terme de cette étude intitulé « Facteurs associés à la consommation du tabac par les jeunes de la zone de santé de NGABA », étude menée précisément dans l’aire de santé MUKULUA chez les jeunes de 15à 30 ans**.**

Notre objectif majeur était d’analyser les facteurs influençant les jeunes de la ZS NGABA, précisément ceux de l’AS MUKULUA à la consommation du tabac au cours de l’année 2019.

Et que l’entourage, le stress, la curiosité et certaines caractéristiques sociodémographiques comme, l’âge ; le sexe le niveau d’instruction ;…. expliqueraient la consommation du tabac par les jeunes de l’AS MUKULUA d’où, une relation significative s’observerait entre ces caractéristiques et ladite pratique par les enquêtés.

Ainsi, la méthode d’enquête, l’interview guidée et l’échantillonnage non probabiliste ou occasionnel nous ont permis de décrire les paramètres sociodémographiques et économiques des enquêtés, de recueillir les avis des enquêtés sur la consommation du tabac, et avons cherché à comprendre la relation existant entre les paramètres ci-haut énumérés.

La population de notre étude était constituée de tous les jeunes de 15 à 30 ans habitant la zone de santé de NGABA précisément ceux de l’aire de santé de MUKULUA. L’effectif total de la population cible est de 9383 habitants.et la taille de l’échantillon était de 384 sujets après calcule. Le type d’étude était transversale descriptive a visée analytique. Le traitement des données a été effectuées en Excel ou les données ont été saisies, codifiées, nettoyées et exportées en SPSS 20, 0 pour l’analyse.

Nous avons abouti aux résultats suivants :96 % d’enquêtés ont eu l’information sur le tabac au travers l’entourage, 321 soit83,6 % des enquêtés ont souligné avoir fumé dot 107 soit 33, 3% des enquêtés ont souligné avoir fumé parce que les amis fument suivi de 94 soit 29, 3% qui fument pour le plaisir et goût du tabac tandis que 23 soit 7,2% ont souligné autres raisons .la première hypothèse de notre étude est confirmée.

Les résultats trouvés montrent que l’entourage, la curiosité et le stress influencent la consommation du tabac chez nos enquêtés.

Quant à la deuxième hypothèse, elle est de même confirmée car tous les résultats des analyses bi variées montrent une parfaite relation entre les caractéristiques sociodémographiques de nos enquêtés et la consommation du tabac. C’est -à- dire qu’il y a une relation très significative dans tous les tableaux bi- variés.

De ce fait, nous espérons que ce résultat n’est pas absolu, raison pour laquelle les brèches sont grandes et ouvertes à tout ce lui qui pense comme nous aborder un sujet si important comme celui-ci tant dans le même ordre d’idée que sous un autre devis.

I.  **RESUME**

Notre objectif majeur était d’analyser les facteurs influençant les jeunes de la ZS NGABA, précisément ceux de l’AS MUKULUA à la consommation du tabac au cours de la période allant du mois de Décembre 2021 au mois de Février 2022.Et que l’entourage, le stress, la curiosité et certaines caractéristiques sociodémographiques comme, l’âge ; le sexe,  le niveau d’instruction ;…. Expliqueraient la consommation du tabac par les jeunes de l’AS MUKULUA d’où, une relation significative s’observerait entre ces caractéristiques et ladite pratique par les enquêtés.

Ainsi, la méthode d’enquête, l’interview guidée et l’échantillonnage non probabiliste ou occasionnel nous ont permis de décrire les paramètres sociodémographiques et économiques des enquêtés, de recueillir les avis des enquêtés sur la consommation du tabac, et avons cherché à comprendre la relation existant entre les paramètres ci-haut énumérés. La population de notre étude était constituée de tous les jeunes de 15 à 30 ans habitant la zone de santé de NGABA précisément ceux de l’aire de santé de MUKULUA. L’effectif total de la population cible est de 10.383 habitants et la taille de l’échantillon était de 384 sujets après calcule. Le type d’étude était transversale descriptive a visée analytique. Le traitement des données a été effectuées en Excel ou les données ont été saisies, codifiées, nettoyées et exportées en SPSS 20, 0 pour l’analyse. Nous avons abouti aux résultats suivants : 96 % d’enquêtés ont eu l’information sur le tabac au travers l’entourage, 321 soit 83,6 % des enquêtés ont souligné avoir fumé , 107 soit 33, 3% des enquêtés ont souligné avoir fumé parce que les amis fument suivi de 94 soit 29, 3% qui fument pour le plaisir et goût du tabac tandis que 23 soit 7,2% ont souligné autres raisons . la première hypothèse de notre étude est confirmée. Les résultats trouvés montrent que l’entourage, la curiosité et le stress influencent la consommation du tabac chez nos enquêtés.

Quant à la deuxième hypothèse, elle est de même confirmée car tous les résultats des analyses bi variées, ces résultats montrent une parfaite relation entre les caractéristiques sociodémographiques de nos enquêtés et la consommation du tabac. C’est -à- dire qu’il Ya une relation très significative dans tous les tableaux bi-variés. De ce fait, nous espérons que ce résultat n’est pas absolu, raison pour laquelle les brèches sont grandes et ouvertes à tout ce lui qui pense comme nous aborder un sujet si important comme celui-ci tant dans le même ordre d’idée que sous un autre devis.

**BIBLIOGRAPHIE**

1. AMULI JP. [2011], Méthodologie de la recherche scientifique en soins et santé, MédiasPaul, page 298.
2. BETTINA BORISCH [2007], Tabagisme chez les jeunes, page 88.
3. BERLIVET D.L.[2010]Article scientifique, le Médecin, et la santé, Paris,P4.
4. CATHERINE HILL [2003]., Tabac en France les trios chiffres, Ed. Entièrement revue.
5. DERVAUX A., X. LEQUELILE,[2007]Tabac et schizophrénie :Aspects épidémiologiques et cliniques, Art.Scient, Down ACADEMIA,Paris,P6 .
6. DIDIER POL, [2001], Petite histoire naturelle des drogues psychotropes, page 107.
7. DIALLO SECK BAMA. [2001]., Etude du risque parodontal à propos de 600 patients, Thèse de Doctorat, Dakar, Ed. Entièrement revue
8. GENTILINI Marc, [1993] , Médecine tropicale, by Flammarion, 5ème édition, page 987.
9. LEMANE JF. [1990], Le Tabagisme, Paris, page 218
10. LAROUSSE MEDICAL, [2003], 9ème édition, Page 1010-1013
11. MILLET et AL [2005], tabagisme en milieu tropical, ed. Paris, page 389
12. MONIQUE LALONDE, [2004], Prévention du tabagisme chez les jeunes, page 55.
13. LEGARE N.[2007] ; Tabagisme et schizophrénie : impact sur la maladie et son traitement,art.Sc.,Drogues, santé et societé,Montréal, Page 4.
14. OMS,[2005] Convention cadre pour la lutte anti-tabac, Ed. entièrement revue
15. OMS Afrique, [2012]. Données sur le tabagisme dans la région africaine, Ed. entièrement revue.
16. OMS, [2014].Campagnes monobases de santé publiques, Ed. Entièrement revue
17. RIGOBERT MBUYU MUTEBA, [2008]. Tabagisme en milieu scolaire en République Démocratique du Congo,
18. RAPPORT INEPS [2014],[www.tabac-info-service.fr](http://www.tabac-info-service.fr)
19. RAPPORT DE L’ENQUETE DU TABAGISME CHEZ LES JEUNES [2007], [www.infos.enseignants.org/dossier/117\_01.php](http://www.infos.enseignants.org/dossier/117_01.php)
20. [www.doctissimo.fr/htm/dossiers/tabac/articles/1316-tabac-grossesse-haut-risque/htm](http://www.doctissimo.fr/htm/dossiers/tabac/articles/1316-tabac-grossesse-haut-risque/htm)
21. RAPPORT PARLEMENTAIRE JAPONAIS [2014],[www.eurekasante.fr](http://www.eurekasante.fr)
22. SAMBA COR SARR. , [2007]., L’enquête sur le tabac chez les adolescents en milieu scolaire du Sénégal.
23. VISTICOT et MORIN, [2011], méthodologie de recherche scientifique, Bruxelles, page 183.

### IV. SURVIE DES MENAGES ET EXPOSITION A LA POUSSIERE: FACTEURS ASSOCIES AU DEVELOPPEMENT DES AFFECTIONS RESPIRATOIRES ET CUTANEES CHEZ LES CASSEURS DES PIERRES DE LA CARRIGRES, KINSUKA PECHEURS, KINSHASA RDCONGO

RESUME

Bien des ménages survivent grâce à cette carrière, la production des graviers apporte aux ménages un peu de revenus et permet aux hommes de contribuer à l’effort de lutte contre la famine. Cependant, les effets des poussières générées par cette activité sont redoutables pour la santé, surtout respiratoire. Les dépenses consécutives à la prise en charge des pathologies qui en résultent pourraient être très important ; sinon de loin supérieures au gain réalisé si l’on considère la gravité des maladies qui en résulteraient.

Mots clés : Poussières, Carrigrès, affections respiratoires,

**I. INTRODUCTION**

La pauvreté n’est pas seulement l’absence des biens matériels pour satisfaire à ses besoins mais, c’est aussi, une incapacité qu’a une personne de défendre ses droits et malgré la souffrance, elle accepte les conditions et les conséquences qui découlent de cette souffrance, (B.SENKER et Al, 2022).

A l’échelle mondiale, des centaines de millions des travailleurs sont exposés à des risques biologiques, chimiques, physiques, psychosociaux ou ergonomiques sur leurs lieux de travail ; lesquels les risques sont à l’origine des maladies et traumatismes. D’après le bureau International du travail, des conditions déplorables de santé et de sécurité au travail sont responsables chaque année dans le monde, de deux cents soixante-dix millions de victimes d’accidents des travaux et 160 000 000 des maladies liées aux activités professionnelles.

Deux millions deux cents milles en décèdent suite à ces maladies et la problématique de la mauvaise prise en charge,(KALEMBA M et Al.,2022). En 2010, à l’occasion de la journée mondiale de la santé au travail, le BIT avait dénoncé les nouveaux risques lié à l’impact de la crise économique mondiale. Il s’inquiétait également de l’augmentation du stress au travail, corollaire de la crise économique mondiale. Il ressort de ses dernières estimations qu’en plus de décès liés au travail, il se produit chaque année près de 268 millions d’accident du travail non mortel avec arrêt, sans compter les 160 millions de nouveau cas des maladies professionnelles qui sont enregistrée chaque année.

L’exposition humaine aux métaux se produit par l’intermédiaire du contact direct avec l’environnement : l’air, le sol, l’eau de la nourriture souillée. Sept millions des décès prématurés enregistrés en 2012 dans le monde étaient liée à la pollution de l’air. Ces chiffres représentent plus du double des estimations précédente et confirment que la population de l’air est désormais les principales risques environnemental pour la santé dans le monde. De centaine des millions des personnes souffrent chaque jour de maladies respiratoire chronique. Selon les estimations de l’OMS , actuellement 235 Millions des personnes sont asthmatiques, 64 Millions ont une broncho-pneumopathie chronique obstructive ,tandis que des millions d’autres souffrent de rhinite allergique et d’autres maladies respiratoire chronique qui ne sont souvent pas diagnostiquer , les principaux facteurs des risques étant le tabagisme, la pollution de l’intérieure , la pollution extérieure, les allergènes , et l’exposition à des risques professionnels tels que les gaz, des poussiers ou des produits chimiques.

L’exposition aux poussières minérales est à la base d’une variété importante de pneumonie, incluant l’asthme, la bronchite chronique, la broncho-pneumopathie chronique obstructive, l’alvéolite, et d’autres syndromes respiratoires. La recherche menée en 2013, par le centre internationale de recherche sur le cancer de l’OMS, à démontrer le rôle joué par la pollution de l’air dans la survenue de cette pathologie.

L’exploitation et l’implantation des carrières d’extraction des graviers y sont en pleine expansion. Les hommes et les enfants participent à l’économie des ménages notamment par des activités de concassage, de broyage et de vente des graviers. Cependant, les problèmes de santé respiratoire et cutanée consécutifs à ce genre d’activités artisanales ne sont pas documentés. Pourtant, les risques liés aux activités artisanales à Pompage, devraient constituer aujourd’hui l’une des grandes préoccupations dans le domaine de santé publique et d’intervention pour les décideurs politiques.

Dans la carrière Carrigrès, les hommes comme les femmes font presque le même travail. Les hommes creusent des blocs de pierre de carrière à ciel ouvert et amènent dans les sacs de ciment à la surface ou les femmes procèdent au concassage et broyage (vice versa)**.**La présente étude se préoccupe de la symptomatologie respiratoire et cutanée chez les hommes travaillant dans la carrière CARRIGRES de Kinsuka pécheur. Nous osons croire que cette étude pourra permettre de poser les jalons pour une intervention en matière de prévention. Les mauvaises conditions de travail des hommes en particulier dans la carrière (CARRIGRES) représentent un risque potentiel pour la santé humaine.

Cette étude pourrait contribuée à évaluer les conditions de travail d’hommes au cours du processus de la production artisanale des graviers ainsi que les risques sanitaire qui y sont associées. L’objectif général de l’étude est de décrire et d’analyser les conditions de travail des hommes dans la Carrière en vue de proposer des mesures susceptibles de contribuer à leurs protections.

Spécifiquement, notre étude vise à :

• Evaluer les moyens de protection utiliser lors de différente étapes qui conduisent à l’obtention des graviers et pierre plates ;

• Déterminer les symptômes respiratoires et cutanés chez les hommes qui travaillent dans la carrière.

**II. MATERIELS ET METHODOLOGIE**

**II. 1. Cadre de l’étude**

La CARRIGRES SARL est une carrière du groupe TEXAF, une société d’investissement cotée NYSE-Euronext à Bruxelles, ayant vocation à être un des principaux opérateurs économiques en République Démocratique du Congo. Carrigrès a débuté l’exploitation de la carrière de Kinsuka en 1950.Dépuis cette année, 30 millions de tonnes de grès sont sortis de ce site pour construire 90% de la ville de Kinshasa. En effet, on retrouve des différents matériaux produits par Carrigrès dans les infrastructures routières et dans la plupart des édifices des capitales. Carrigrès est maintenant une SARL, basée à Kinsuka pécheur, à quelques kilomètres de la ville qui occupe une quarantaine des travailleurs.

Il s’agit d’une étude observationnelle descriptive et transversale.

**II.2. Population et critères de sélection.**

- La population cible de l’étude est constituée des hommes casseurs des roches dans la carrière CARRIGRES depuis au moins 6 mois dans l’exercice, âgés d’au moins 18 ans et ayant donné un consentement verbal éclairé à notre étude.

Est exclus de notre étude, Toute personne travaillant dans la dite carrière et n’ayant pas atteint 6 mois dans l’exercice, ayant moins de 18 ans, n’ayant pas donné un consentement éclairé, absente pendant la période de. La présente étude couvre une période allant d’Octobre 2022 à Décembre 2023. Notre échantillonnage est exhaustif et sa taille est de 345 sujets.

**II.3 Méthode de collecte des données**

Pour la collecte des données un questionnaire préétabli en français et anonyme a servi d’outil de collecte d’informations. Ce questionnaire a été pré-testé avant le début effectif de l’enquête. Dans cette étude nous avons utilisé la méthode d’enquête et la technique d’interview.

**III. RESULTATS**

**Tableau I Répartition des enquêtés selon l’âge**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Age | Ni | % |
| 18-27 ans | 92 | 26,66 |
| 28-37ans | 121 | 35,07 |
| 38-47 ans | 68 | 19,71 |
| 48-57 ans | 31 | 8,98 |
| 58-67 ans | 25 | 7,24 |
| 68-77 ans | 5 | 1,45 |
| ≥ 78 ans | 3 | 0,87 |
| TOTAL | **345** | **100** |

Il ressort de l’analyse des résultats du tableau I que l’âge minimum des enquêtés est de 18 ans et que l’âge maximum est de 78 ans .la classe d’âges la plus représentée est celle dont l’âge est compris entre 28 et 37 ans soit 35 % Versus celle dont l’âge est compris entre 78 et plus, soit 0,87%.

**Tableau II Répartition des enquêtés selon l’équipement en possession**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Equipement en possession | Ni | % |
| Casque | 47 | 13,6% |
| Masque | 87 | 25,22 |
| Paire de Gants | 198 | 57,4 |
| Bottes | 10 | 2,90 |
| Salopette | 2 | 0,58 |
| Lunettes | 1 | 0,30 |
| Total | 345 | 100 |

Il ressort de ce tableau, les paires de gants sont les plus utilisées par les hommes soit 57,4% suivi par les caches nez avec 25,22%, les bottes 2,90% et les salopettes afin avec 0,58%,

**Tableau III. Répartition des enquêtés selon les plaintes liées au travail**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Plaintes liées au travail | Ni | % |
| Maux de tête | 299 | 86 ,7 |
| Douleurs dorsales | 10 | 2,90 |
| Blessures traumatiques, | 7 | 2 ,02 |
| Douleur au niveau du cou | 12 | 3,47 |
| Céphalée | 8 | 2,31 |
| Douleurs musculo-articulaires | 9 | 2,60 |
| Total | 345 | 100 |

L’analyse de ce tableau démontre que 299 enquêtés s’étaient plaint par rapport à leur travail d’avoir eu des maux de tête soit 86,7%, suivi des hommes qui avaient des douleurs au niveau du cou 12 soit 3,47%, Parmi eux quelques enquêtés présentaient des douleurs musculo-articulaires 9 soit 2,60% ;

**Tableau IV. Répartition des enquêtés selon les symptômes respiratoires rencontrés durant les 6 derniers mois.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Problèmes respiratoires | Ni | % |
| Dyspnée au moindre effort | 28 | 8.12 |
| Toux humide | 24 | 6,98 |
| Essoufflement au repos | 35 | 10,14 |
| Douleur au niveau de la poitrine | 78 | 22,6 |
| Toux sèche | 54 | 15,69 |
| Ecoulement nasal | 30 | 8,70 |
| Eternuement à répétition | 22 | 6,37 |
| Essoufflement après un effort | 34 | 9,85 |
| Gene respiratoire | 21 | 6,050 |
| Dyspnée au repos | 19 | 5,50 |
| Total | 345 | 100 |

Les résultats de ce tableau nous montre que 22,6%, les hommes avaient présenté les douleurs au niveau de la poitrine, 15,69% des hommes se plaignaient de la toux sèche, 8,12 se plaignaient de la dyspnée au moindre effort, 6,37% des hommes avaient des éternuements à répétition, et 6,98% d’entre eux avaient une toux humide

**Tableau V. Répartition des enquêtés selon les signes cutanés**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Signe cutanés | ni | % |
| Desquamation | 185 | 53,6 |
| Urticaire ou boutons | 55 | 16 |
| Démangeaisons | 67 | 19,4 |
| Brulures | 38 | 11 |
| Total | 345 | 100 |

Les résultats de ce tableau montrent que les hommes avaient présenté différents symptômes cutanés dont 53,6 % soit 185 hommes voyaient leur peau se desquamer, 16 % des hommes présentaient des urticaires ou boutons, 19,4% des hommes avaient des démangeaisons et enfin 11% des hommes avaient des brulures.

**Tableau VI. Répartition des enquêtés selon les symptômes oculaires**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Symptômes oculaires | Ni | % |
| Difficulté de supporter la lumière | 145 | 42 |
| Rougeur dans ou autour de l’œil | 98 | 28 ,4 |
| Sensation des corps étrangers dans l’œil | 78 | 22,6 |
| Douleur aux yeux | 24 | 7 |
| Total | 345 | 100 |

Ce tableau présent montre que 145 enquêtés soit 42% ont manifesté les difficultés de supporter la lumière, tandis que 28,4% d’entre eux avaient de rougeur dans ou autour de l’œil, 22,6 % des hommes présentaient une sensation des corps étrangers dans l’œil, 7% des hommes avaient des douleurs aux yeux.

**III. DISCUSSION**

Le travail de casseurs de pierres et transformation des graviers est pénibles et a des conséquences très négatives pour la santé de l’homme de la femme, de l’enfant, de la famille et de l’environnement.

Ainsi qu’en témoignent les résultats de notre étude le travail de transformation des roches en graviers engendre des poussières nuisibles aussi bien pour les travailleurs que pour l’environnement. Les effets de ces poussières sur la santé dépendent de la composition chimique et des propriétés physiques des roches : silice cristalline, amiante …La poussière des graviers produit une dispersion de particules fines, ce qui les rend facilement respirables .Dans la carrière, l’empoussièrement est très important au niveau de différents postes (production des roches, concassage, broyage, stockage et vente).

* **L’analyse sociodémographique**

L’âge minimum des enquêtées est de 18 ans et l’âge maximum est de 78 ans , la classe d’âge la plus représentée est celle dont l’âge est compris entre 28 et 37 ans soit 35, 07% versus celle dont l’âge est compris entre 78 et plus , soit 3 hommes (0,87%) avec un âge moyen de 36,38 ans , Abakay et al dans leurs études des séries des épidémies industrielles et les populations vulnérables avaient trouvé que 90% de la population de leur étude faisaient partie de la marge de 19à 37 ans ; donc une population très jeune et tout à fait homogène avec un âge moyen de 32,08 ans. Dans notre étude, la présence des hommes dans la carrière serait due au manque d’emploi pour eux.

* **Outils de travail**

Dans la carrière Carrigrès, la transformation des roches en graviers est encore artisanale, les hommes creusent et descendent dans les mines à ciel ouvert, transportent les roches dans les sacs de ciment bien que les machines sont aussi en plein travail, cependant cette transformation se fait manuellement à l’aide d’un marteau, ces résultats collabore ceux de Stukcler D. et Elenge M. et al(2011) qui ont trouvé que tous les enquêtés dans leur étude utilisaient des marteaux et des lampes de torche ;environ 80% d’entre eux font usage des cordes

L’utilisation des lampes torches et des cordes font intervenir la raison que la gallérie constituant le cadre de leur étude est souterraine a ciel fermé.

* **Possession d’un équipement de travail approprie**

Le port d’un équipement approprié de travail dans la carrière est d’une importance capitale, cependant, les résultats ont montré que les paires de gants sont les plus utilisées par les hommes soit 57,4% , des hommes possédaient au moins un élément d’équipement approprié au travail , Elenge M et al dans leur travail sur les accidents professionnels dans l’extraction artisanale a Luputa ont trouvé que la population dans la carrière travaillaient avec des vieux habits, et que 25,22% d’entre eux utilisaient seulement les caches nez(ELENGE M, L’évêque A, De Brower C ,2013). Cependant, le manque d’un équipement de travail approprié serait dû au manque de moyen financier pour la majorité des hommes dans la carrière.

* **Types des plaintes chez les hommes**

Pendant la période de notre étude, 299 hommes s’étaient plaint par rapport à leur travail d’avoir eu les maux de tête soit 86,7%, suivi des hommes qui avaient des douleurs au niveau du cou 12 soit 3,47%. Ekosse et al ont mené une étude comparative dans 10 milieux différents et ont trouvé les valeurs en pourcentage pour les sites 1, 4, 8 et 9 au-dessus de 50% des enquêtés masculins et féminins souffraient fréquemment des maux de tête constants et les enquêtés soufrant des douleurs autres que les maux de tête étaient inférieur à 40% pour chaque type de douleur. Quelques enquêtés présentaient des douleurs musculo-articulaires 9 soit 2,60%

Selebi-Phikwe .par contre ont trouvé 46,28% et 15,56% des enquêtés présentant respectivement des douleurs dorsales et musculaires, 19% des blessures physiques et 5,3% des dommages dus aux éboulements ont trouvé dans leur étude que 63 ,9% d’enquêtés souffraient des troubles musculo- squelettique (Elenge M et al 2013).

* **Type des symptômes respiratoires**

Les hommes dans la carrière CARRIGRES, pendant la période de notre étude avaient présenté différents Résultats dont 22,6%, les hommes avaient présenté les douleurs au niveau de la poitrine dont 54 soit 15,69% des hommes se plaignaient de la toux sèche, 8,12 se plaignaient de la dyspnée au moindre effort, 6,37% des hommes avaient des éternuements à répétition, et 6,98% d’entre eux avaient une toux humide Ces résultats collaborent avec ceux de Abakay et al avec 50,7% et 34,7% d’enquêtés qui avaient présenté respectivement les mêmes caractéristiques de la toux. Ensuite, 8,11% des hommes avaient eu un gène respiratoire et 10,14% des hommes ont eu un sifflement dans la poitrine, ces résultats sont de loin différents de ceux de Abakay avec 14,7% d’enquêtes qui se plaignaient de sifflement au niveau de la poitrine 56,24% ont eu un gène respiratoire.

* **Type des symptômes cutanés**

Les hommes avaient présenté des symptômes cutanés dont 53,6 % soit 185 hommes voyaient leur peau se desquamer, 16 % des hommes présentaient des urticaires ou boutons, 19,4% des hommes avaient des démangeaisons et enfin 11% des hommes avaient des brulures. Elenge M et al ont trouvé dans leur étude 1,7% des symptômes cutanés et les mineurs présentaient d’une façon générale la desquamation. L’étude de Alvear et al révèle un taux élevé de dermite soit 22,5% qui avoisine celui de Bichara M ET al soit 31,4% chez les travailleurs dans le secteur du bâtiment avec cause principale l’exposition à la poussière ces lésions dermatologiques ont une étiologie multifactorielle : chimique physique, mycosique et allergique ; les hommes courraient le risque de présenter des signes cutanés suite à l’exposition au soleil à longueur des journées.

**Type des symptômes oculaires**

Les hommes présentaient aussi des symptômes cutanés 42% ont manifesté les difficultés de supporter la lumière, tandis que, 28,4% d’entre eux avaient de rougeur dans ou autour de l’œil, 22,6 % des hommes présentaient une sensation des corps étrangers dans l’œil, 7% des hommes avaient des douleurs aux yeux. Elengei M et AL qui avait trouvé que les risques liés aussi traumatismes oculaires était causés par la projection des petits fragments des roches. L’apparition des symptômes oculaires seraient due à la mauvaise position de travail et au manque de port des lunettes ;

**IV. CONCLUSION**

Notre étude porte de la symptomatologie respiratoire et cutanée chez les hommes dans la carrière Carrigrès, suite aux activités de transformation des roches en graviers. Ces activités constituent certes la source de revenu pour les ménages. Elles sont cependant, à la base de plusieurs problèmes de santé si des mesures de protection ne sont pas envisagées. Les résultats de notre recherche ont montré que, 198 soit 57,4% des hommes possédaient au moins les paires de Gants mais 87 hommes soit 25,22% avaient les masques, les autres avaient leurs tenues au complet mais ils ne portaient jamais.

Les hommes présentaient différents symptômes respiratoires 22,6% des hommes se plaignaient des douleurs au niveau de la poitrine. 15,69% d’entre eux les hommes se plaignaient de toux sèche, 8,12% de dyspnée au moindre effort, 6,37% avaient des éternuements à répétition, 6,98% avaient une toux humide. Les résultats de notre étude ont également montré que 185 hommes soit 53,6% voyaient leurs peaux se desquamer, 11% de brulures, 16% des urticaires ou boutons, 19,4% des démangeaisons.

Bien des ménages survivent grâce à cette carrière, la production des graviers apporte aux ménages un peu de revenus et permet aux hommes de contribuer à l’effort de lutte contre la famine. Cependant, les effets des poussières générées par cette activité sont redoutables pour la santé, surtout respiratoire. Les dépenses consécutives à la prise en charge des pathologies qui en résultent pourraient être très important ; sinon de loin supérieures au gain réalisé si l’on considère la gravité des maladies qui en résulteraient silicose, asbestose, plaques pleurales.

**REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

BICHARA M. Laraqui C. CAUBET A (1999) Dermites de contact dans le secteur du bâtiment au Maroc Rev. Fr. Allergol 39, (1999), p. 471-475.

Bureau International du travail, Genève, (1981).

Bureau International du travail, Sécurité et Santé au travail. Genève : OIT ; BIT. (1981).

Centre International de Recherche sur le Cancer ; (1990) : Cancer, causes, occurrence and control IARC scientific publication n° 100 (Lyon)

ELENGE M, L’évêque A, De Brower C (2013): Occupational Accident in Artisanal Mining in Katanga. Int J of occupational and Environmental Health. 6 (1), 2013.

Organisation Mondiale de la Santé (2009) : Rapport sur la situation mondiale des maladies non transmissibles. Genève : OMS. 2009.

SENKER N.B. et Al., (2022) : Indices de la pauvreté chez les habitants de la zone de santé de Mont ngafula II., Article Scient. IJSSASS.

KALEMBA M. et Al,(2022) : Problèmes sanitaires des pays en voies de développement, Inédit, Kinshasa-UPN.

TSHILOMBO Tshilombo E. (2019) : Effets des poussières des gravières sur la symptomatologie respiratoire et cutanée chez les hommes broyeurs. Cas de la carrière CAGMP (coopérative, agro-minière pastorale),Art scient, Kin-RDC

### V.RISQUES SOCIO-ECONOMIQUE, SANITAIRE ET DEMOGRAPHIQUE LIES AU REFUS DES TESTS PRENUPTIAUX PAR LES JEUNES DE LA COMMUNE DE NGABA, VILLE PROVINCE DE KINSHASA, CAPITALE DE LA RDCONGO.

Bob SENKER NDIMBA1, Claude BOYOO ITAKA2, Jean Fidèle BOYOO EKANGU3,Axel MAFUEFU MAFUEFU4, Guy BUTSHE BUTSHE5, Fleury OMANDJATE MBULU PASSU6, Jean-Bedel NDUNDULA YA TSHITE7, Hugues MASALA MABOLO8, Trésor MUNGIEDI DENDA9.

Résumé

L’accessibilité et l’acceptabilité des tests prénuptiaux par les couples et jeunes en particulier, leurs évitent les risques d’avoir des grossesses non désirées, des enfants malades, le taux élevé de la mortalité maternelle et infantile, le taux élevé de demande des divorces ayant les répercussions fâcheuses sur la vie de la progéniture et réduit sensiblement la prévalence de la transmission de la maladie à VIH/SIDA dans une communauté. Une communauté bien portante active la productivité, l’économie domestique est garantie et la survie de la famille est assurée.

* + 1. **INTRODUCTION**

Il n’est pas bon que l’homme soit seul, je lui ferais un être semblable qui sera sa joie[Genèse 1,20-26] ;le mariage est un lien indissoluble en Afrique, et parmi les raisons majeurs du mariage , il y a le plaisir partagé et la reproduction[B.SENKER,2022],un enfant est une bénédiction divine pour les parents, et lorsque celui –ci vient, certains tests doivent nécessairement être faits au préalables pour prévenir les risques majeurs liés à l’incompatibilité fœto-maternelle, la drépanocytose, les cas d’infécondité et de gêne létal, qui ont des répercussions fâcheuses sur la vie du couple et compromettent à la fameuse dogme dont la tradition africaine dit que les enfants sont nos béquilles les plus sures qui nous soutiennent lorsque nous nous affaiblissons sous le poids de l’âge,[Albert NDWITE, 2018].

Il est de coutume dans la culture africaine, particulièrement congolaise que, les fiançailles des chrétiens se concluent par les examens et tests prénuptiaux autrement dit les examens médicaux. Ayant des parents et amis dans la ville province de Kinshasa, particulièrement à la zone de santé de Ngaba, étant chrétien catholique et responsable du service des fiancés LIBALA MWINDA, à la paroisse dont nous sommes, avons constaté que sur dix couples qui se sont mariés récemment, lorsque nous les demandons les résultats des examens et tests prénuptiaux, la peur, l’angoisse, le repli vers soi-même et le refus s’observent chez huit d’entre eux. Alors que la connaissance de son statut sérologique, de son groupe sanguin et autres précisions, évitent au couple les maladies psychosomatiques liées à la l’infécondité. C’est ainsi que nous nous sommes posé la question de savoir quels sont les facteurs associés à l’inobservance aux examens et tests prénuptiaux par les jeunes fiancés de la zone de santé de Ngaba. Le but de cette étude est d’identifier les facteurs associés à l’inobservance aux recommandations des examens prénuptiaux chez les fiancés de la ville province de Kinshasa, zone de santé de Ngaba et les risques socioéconomiques, sanitaire et démographique qui s’en suivent.

Mots clés : Risques, Refus, Tests et examens prénuptiaux, jeunes, zone de Santé, Ngaba,

**I.2. Généralités sur les examens et tests prénuptiaux**

**a. Définition**

C’est un examen qui consiste à évaluer l’état de santé des fiancés avant le mariage en vue de garantir une bonne procréation.

**b. Population cible**

Hommes et femmes en âge de procréer.

**c. Conditions d’une bonne reproduction**

Les conditions d’une bonne reproduction sont favorisées par plusieurs facteurs entre autres : la santé physique et mentale du conjoint ; les conditions sociales et culturelles dans lesquelles l’homme t la femme ont été élevées ; leurs antécédents des maladies infectieuses (oreillons, méningite...) ; le niveau d’instruction du conjoint. La planification à la procréation et à la maternité doit débuter dès l’enfance pour se poursuivre à l’adolescence et à l’âge adulte.

Période de 1 à 4 ans : Il faut surveiller la croissance, la nutrition, les infections et les maladies parasitaires.

Période de 5 à 15 ans : Doit permettre de trouver dans l’éducation scolaire une préparation à la vie familiale. Celle-ci portera notamment sur : la physiologie de la reproduction, l’hygiène corporelle, l’éducation sexuelle.

Période conceptuelle : (adolescence) : Il faut mettre à la disposition des jeunes des informations sur : Education sexuelle, Éducation à la santé (lutte contre les toxicomanies et les MST/IST), Préparation à la maternité et à la vie familiale (information génétique, information sur la maternité et paternité responsables).

Période du choix du conjoint ou de la conjointe : Cette période est caractérisée par l’identification des incapacités ou des conditions difficiles de procréation. Les anomalies à rechercher sont : déficit hormonal, bassin rétréci ou limité chez la femme, malformation des glandes de reproduction, absence d’un organe, utérus chez la femme, testicules chez l’homme, maladies infectieuses chroniques. Le choix intentionnel du conjoint intervient après 18 ans.

**d. Principaux examens recommandés à la consultation prénuptiale**

* + 1. Chez l’homme : Test d’Emmel, Electrophorèse d’hémoglobine, VRDL/BW, Sérologie HIV, Groupe sanguin + rhésus, Dosage hormonal (androgènes), Spermogramme, Frottis urétral, Morphologie des organes reproducteurs
    2. Chez la femme : Test d’Emmel, Electrophorèse d’hémoglobine, VRDL/BW

Sérologie HIV, Groupe sanguin + rhésus, Dosage hormonal (progestérone + œstrogènes), Frottis vaginal, Morphologie des organes reproducteurs.

* + 1. **MATERIEL ET METHODE**

**Site d’étude**

Cette étude a eu lieu dans la Zone de santé de Ngaba, située dans la ville de Kinshasa en RDC et qui a une population de 254.947 habitants. La zone de santé de Ngaba est située entre à 17°22’43’’de longitude Est, à 3°21’05’’ de latitude Sud et à 324 m d’altitude. Elle a une superficie de 4 km²

Limites de la ZS (limites naturelles) :

* Au nord, l’avenue KIKWIT qui la sépare de la zone de santé de LIMETE.
* A l’est et au sud, respectivement la rivière YOLO et l’avenue BY PASS qui la sépare de la zone de santé de LEMBA.
* A l’ouest, l’avenue de l’UNIVERSITE qui la sépare de la zone de santé de MAKALA.

Densité de la population dans la ZS (habitants/km²) : 50172 habitants/km2.

**Climat**

Son climat est celui de toute la partie sud de la RDC à savoir un climat tropical chaud et humide comprenant une saison de pluies qui dure environ 9 mois, C’est-à-dire de septembre à mai ainsi qu’ une saison sèche qui dure environ 3 mois soit de juin à août.

**Relief, végétation et hydrographie**

Son relief est dominé par une large plaine limité par une colline au sud avec un sol de type marécageux. L’on note la présence de plusieurs petits cours d’eau dont la rivière YOLO qui constitue sa frontière orientale.

La Figure 1 représente la carte géographique de la Zone de santé de Ngaba, RAPPORT ANNUEL DE LA ZS DE NGABA, [2019].

|  |
| --- |
| Figure 1 : Carte géographique de la zone de santé de Ngaba |

**Population et Echantillonnage**

Une étude descriptive a été réalisée dans la zone de santé de Ngaba du 10 juillet 2022 au 10 Septembre 2022. Un échantillon de convenance des jeunes en âge de procréer était sélectionné à l’aire de santé MUKULUA et au total 384 jeunes ont été sélectionnés, visités et interviewés dans la Zone de santé de Ngaba tenant compte des critères de sélection.

**Méthodes et collectes des données**

Pour notre étude nous avons choisi la méthode d’enquête, la technique d’interview guidée et le questionnaire nous a servi comme instrument de collecte des données. Avant la recherche en soi, une pré-enquête a été menée auprès de 15 jeunes de ladite aire de santé pour déterminer la faisabilité du questionnaire. Alors, le dernier volet a eu lieu après celui-ci qui nous a permis de bien réajuster notre instrument sur base des réponses des participants, à l’enquête pilote. Avant de procéder à l’entretient, pour l’étude proprement dite, nous avions expliqués aux enquêtés, l’importance ou le bien-fondé de l’étude, leurs assurant la confidentialité et l’anonymat sur toute forme, néanmoins, la participation à l’étude était volontaire et non sous pression. Signalons que la traduction était faite pour éviter toute confusion de compréhension en langue adoptée par chaque enquêté. Lors de l’entretien, une interview face à face avec les jeunes a été réalisée pour investiguer les caractéristiques sociodémographiques économiques et culturelles. A la fin de chacune de journée qu’a durée notre enquête, une vérification systématique des fiches s’effectuait pour s’assurer du remplissage correct. En cas de biais, les enquêteurs étaient obligés de reprendre l’interview faite.

**Analyses statistiques**

Le traitement des données a été fait à l’aide du logiciel Excel où les données ont été saisies, nettoyées, codifiées et exportées en SPSS 20.0 pour l’analyse. Le recours à l’analyse descriptive en utilisant les tableaux de fréquences et de pourcentage a été fait.

* + 1. **RESULTATS**
* I. A. Les Données sociodémographiques

## 1. Répartition des enquêtés selon leur Age.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| no | Age | Ni | % |
| 1 | 24-28 | 11 | 2,8 |
| 2 | 29-33 | 51 | 13, 3 |
| 3 | 34-38 | 194 | 50,5 |
| 4 | 39-43 | 98 | 25,5 |
| 5 | 44 ans et plus | 30 | 7,8 |
|  | Total | 384 | 100 |

Constat : il ressort de ce tableau : 50,5% soit 194 enquêtés qui ont l’âge allant de 34a 38 ans. Elle constitue la fréquence la plus élevée alors que 2,8% constituent la fréquence la plus faible.

## 2. Répartition des enquêtés selon le genre.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| no | Genre | Ni | % |
| 1 | Féminin | 93 | 24,2 |
| 2 | Masculin | 291 | 75,8 |
|  | Total | 384 | 100 |

Constat : L’Analyse de ce tableau nous présente 291 enquêtés soient 75,8% qui sont de sexe masculin tandis que 24,2% sont des sexes féminins.

## 3. Répartition des enquêtés selon leur niveau d’étude.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| no | Niveau d’étude | Ni | % |
| 1 | Sans niveau | 256 | 66,6 |
| 2 | Diplôme d’état | 102 | 26,5 |
| 3 | Supérieurs et universitaires | 26 | 6,7 |
|  | Total | 384 | 100 |

Constat : l’Analyse de ce tableau nous démontre que la majorité soit 66,6% de nos enquêtés n’a pas un niveau d’étude satisfaisant suivi de 26,5% qui ont obtenu un diplôme d’état.

## 4. Répartition des enquêtés selon leur occupation.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| no | Occupation | Ni | % |
| 1 | Sans occupation | 149 | 38,8 |
| 2 | Vendeurs | 159 | 41,4 |
| 3 | Travailleurs | 68 | 17,7 |
| 4 | Ménagères | 8 | 2 |
|  | Total | 384 | 100 |

Constat : il se dégage de cette analyse159 enquêtés soient 41,4% sont sans des vendeurs, alors que 38,8% sont sans occupation. L’analyse de ce tableau nous présente 2 % des ménagères.

## 5. Répartition des enquêtés selon leur tribu

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| no | Tribu | Ni | % |
| 1 | Luba | 97 | 25,2 |
| 2 | Kongo | 221 | 57,5 |
| 3 | Ngala | 42 | 11 |
| 4 | Swahili | 24 | 6, 3 |
|  | Total | 384 | 100 |

Dans ce tableau nous constatons que 57,5% sont des Kongo suivi de 25,2% qui sont Luba. La fréquence la plus faible est 6,3%occupée par le swahili.

## 6. Répartition des enquêtés selon leur situation matrimoniale

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| no | Situation matrimoniale | Ni | % |
| 1 | Mariés | 107 | 29,8 |
| 2 | Célibataires | 216 | 60,3 |
| 3 | Divorcés | 23 | 6,4 |
| 4 | Veuves ou veufs | 12 | 3,3 |
|  | Total | 358 | 100 |

L’analyse de ce tableau présente 60,3% des célibataires suivis de 29,8 % qui sont mariés alors que 3,3% sont des veufs.

1. **Répartition des enquêtés selon le nombre d’enfants qu’ils ont.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| N | Nombre d’enfants | Ni | % |
| 1 | Pas d’enfants | 298 | 77,6 |
| 2 | 1à 3 enfants | 86 | 32,4 |
|  | Total | 384 | 100 |

Il se dégage de ce tableau 77 % n’ont pas enfants alors que 32,4% ont eu 1à 3 enfants.

B. Matières en rapport avec notre étude.

**B.1. Déjà entendu parler des tests prénuptiaux**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| N | Tests prénuptiaux | Ni | % |
| 1 | Oui | 358 | 93,2 |
| 2 | Non | 26 | 16,8 |
|  | Total | 384 | 100 |

Il se dégage de ce tableau 93,2% e des enquêtés qui ont déjà entendu parlé des tests prénuptiaux alors que 16,8% n’ont jamais entendu parlé des tests prénuptiaux.

**B.2. Source d’information**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| no | Sources d’informations | Ni | % |
| 1 | Ami(e)s et Parents | 221 | 61,7 |
| 2 | Professionnels de santé | 71 | 19,8 |
| 3 | Eglises | 42 | 11,7 |
| 4 | Medias | 24 | 6, 7 |
|  | Total | 358 | 100 |

Il ressort de ce tableau 61,7 % des enquêtés qui sont informés des tests prénuptiaux par les amis et certains parents, suivi de 19,8 % qui sont informés par les professionnels de santé.

**B.3. Signification des tests prénuptiaux**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| no | Signification | Ni | % |
| 1 | Examen de VIH | 75 | 20,9 |
| 2 | Connaissance de fonctionnement du corps | 47 | 13, 1 |
| 3 | Examens que l’on fait avant de se marié | 108 | 30,1 |
| 4 | Consultations qu’on fait à l’hôpital par les fiancés avant le mariage. | 98 | 27,4 |
| 5 | Autres. | 30 | 11,6 |
|  | Total | 358 | 100 |

Au regard de ce tableau, 30,1% des enquêtés ont dit que les tests prénuptiaux signifient les examens que l’on fait avant le mariage alors que 27,4% ont précisé que ce sont des consultations que l’on fait à l’hôpital par les fiancés avant qu’ils se marient ; Il convient de noter que 11,6% disent autres choses loin de la signification des dits tests prénuptiaux.

**B.4. Acceptabilité des tests prénuptiaux**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| N | Acceptabilité des Tests prénuptiaux | Ni | % |
| 1 | Oui | 145 | 40,1 |
| 2 | Non | 213 | 59,5 |
|  | Total | 358 | 100 |

Il ressort de ce tableau que 59,5 % des enquêtés qui n’acceptent pas les tests prénuptiaux contre 40,1% qui acceptent les examens et tests prénuptiaux.

**B.5. Raisons d’acceptabilité des tests prénuptiaux**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| no | Raisons d’acceptabilité | Ni | % |
| 1 | Connaitre la possibilité d’avoir les enfants n’ayant pas des maladies héréditaires. | 32 | 22 |
| 2 | Connaissance de fonctionnement du corps | 47 | 32,4 |
| 3 | Stabilité du couple sur le plan socio religieuse, économique, sanitaire et démographique. | 8 | 5,5 |
| 4 | Eviter la transmission des maladies dans le couples et aux enfants. | 28 | 19,3 |
| 5 | Autres. | 30 | 20,6 |
|  | Total | 145 | 100 |

Il ressort de ce tableau, 32,4% qui acceptent les tests prénuptiaux juste pour connaitre le fonctionnement de leurs corps. Alors que 5,5% les acceptent pour des raisons évidentes de stabilité du couple sur le plan socio religieuse, économique, sanitaire et démographique.

**B.6. Raisons de refus des tests prénuptiaux**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| no | Raisons de refus | Ni | % |
| 1 | Un des partenaires ou choix du couple | 22 | 10,3 |
| 2 | Pas d’importance capitale | 74 | 34,7 |
| 3 | Manque d’information suffisante et de qualité. | 8 | 3,7 |
| 4 | Manque d’argent. | 79 | 37 |
| 5 | Autres. | 30 | 14 |
|  | Total | 213 | 100 |

L’analyse de ce tableau démontre que 37 % des enquêtés refusent les tests prénuptiaux juste pour raison de manque d’argents suivi de 34,7 % qui disent parce qu’ils ne trouvent pas d’importance capitale de les faire alors que, 8 % refusent parce qu’ils n’ont pas d’informations suffisantes.

**B.7. Identification des tests prénuptiaux pour le couple**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| no | Identification | Ni | % |
| 1 | VIH-SIDA | 162 | 45,2 |
| 2 | Electrophorèse de l’Hémoglobine | 34 | 9,5 |
| 3 | Groupes sanguins et Facteurs rhésus | 103 | 28,7 |
| 4 | Spermogramme et échographie pelvienne | 29 | 37 |
| 5 | Dosage hormonal et autres tests | 30 | 8,1 |
|  | Total | 358 | 100 |

Comme vous le constatez, ce tableau présente 45,2% qui ont cité le VIH-SIDA suivi des groupes sanguins soit 28,7% qui ont cité les groupes sanguins.

**B.8. Risques probables liés au refus des tests prénuptiaux**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| no | Risques de refus | Ni | % |
| 1 | Baisse de l’économie de la famille | 24 | 6,7 |
| 2 | Instabilité socio culturelle et religieuse dans le foyer et dans la famille liée à des épisodes répétés des affections. | 173 | 48,3 |
| 3 | Les grossesses non désirées et prévalence du taux de mortalité materno-infantile et de de divortialité. | 79 | 22 |
| 4 | Baisse de la production car, la population n’est pas en bonne santé générale. | 37 | 10,3 |
| 5 | Autres. | 45 | 12,6 |
|  | Total | 358 | 100 |

Il ressort de ce tableau 48,3% qui disent que l’instabilité socioculturelle et religieuse dans le foyer et dans la famille liée à des épisodes répétés des affections est la conséquence majeure de refus des tests prénuptiaux suivi de 22% qui soulignent que les grossesses non désirées et prévalence du taux de mortalité materno-infantile et de de divortialité.

* + 1. **DISCUSSION**

L’âge est une variable très significative pour la compréhension d’un message et la mise en pratique des recommandations nécessaires prescrites par un prestataire en matière de santé de la reproduction et de protection maternelle et infantile puis les risques qui en découlent. Dans notre étude nous avons trouvé 50,5% soit 194 enquêtés qui ont l’âge allant de 34 à 38 ans. Elle constitue la fréquence la plus élevée alors que 2,8% constituent la fréquence la plus faible. Cette étude confirme celle de l’OMS [2018] qui avait trouvé 65%, dans son étude sur de la fréquentation des services de santé par les femmes en âge de procréer pour des raisons évidentes de tests prénuptiaux. 75,8% qui sont de sexe masculin tandis que 24,2% sont des sexes féminins. Cette étude à prédominance masculine, devrait en réalité nous offrir des résultats très pertinentes en ce qui concerne l’accès aux tests prénuptiaux étant donné que majoritairement les hommes qui paient de l’argent desdits examens fort malheureusement, sept ans après l’étude de TUTOLA[2015], nous pensions que les hommes ayant été sensibilisé sur l’importance des tests et examens prénuptiaux, ceux-ci devraient changé de comportement, et adopté un autre favorable à la santé, mais ils gardent toujours en mémoire que les examens prénuptiaux sont moins importants.

Parlant du niveau d’étude, nous avons constaté que la majorité soit 66,6% de nos enquêtés n’a pas un niveau d’étude satisfaisant suivi de 26,5% qui ont obtenu un diplôme d’état. Ce fait est sans doute une barrière intellectuelle car, la compréhension de certaines notions liées à la fécondité et sexualité responsable exige un niveau d’étude équilibré. , 41,4% sont des vendeurs, alors que 38,8% sont sans occupation. Il se dégage de cette étude 93,2 % des enquêtés qui ont déjà entendu parler des tests prénuptiaux alors que 16,8% n’ont jamais entendu parler des tests prénuptiaux. 61,7 % des enquêtés qui sont informés des tests prénuptiaux par les amis et certains parents, suivi de 19,8 % qui sont informés par les professionnels de santé.

TUKA MBIASI,[2014] dans un séminaire de communication en santé stipule que une bonne communication avec les normes mises au point, invite toujours la population cible à la pratique en tenant compte de l’acceptabilité, l’accessibilité, l’efficacité et la pertinence de l’action communicationnelle et le but visé. Il est grave de constaté que parmi les gens qui étaient sensibilisé sur l’importance des tests et examens prénuptiaux par les professionnels de santé de la zone de santé, sept ans plus tard, on revient pour une étude qui vérifie juste leur degré d’acceptabilité que l’on trouve 59,5 % des enquêtés qui n’acceptent pas les tests prénuptiaux contre 40,5 % qui acceptent les examens et tests prénuptiaux.

Les résultats de cette étude nous présentent 60 % de nos enquêtés sont célibataires suivi de 29,8 % qui sont mariés alors que 3,3% sont des veufs, en réalité cette catégorie des célibataires devraient avoir le souci majeur de savoir leurs statuts sérologiques et faire faire quelques examens et tests prénuptiaux car, c’est une population qui est dans la tranche d’âge de l’activité sexuelle accrue et dans ces activités sexuelles , il y a une possibilité d’avoir des grossesses non désirées aussi des accouchements dystociques et autres facteurs associés au développement des troubles psychosomatiques chez les amoureux. Notre étude confirme les écrits de F. ANGELESI, [2019] dans une publication sur le droit et VIH, qui précise qu’en matière des examens prénuptiaux et les dispositions juridico-religieuses à l’article 8 de la loi du 14 juillet 2008, conformément à l’article 40 de la constitution de la RD Congo, les personnes vivant avec VIH/Sida et les personnes affectées ont droit au mariage et à la procréation, Moyennant information et consentement éclairé. Cette disposition est l’expression de la ferme résolution du législateur congolais de lever une option fondamentale sur le droit au mariage et à la procréation des personnes vivant avec VIH, longtemps heurté à la méfiance publique par peur du risque de contamination par le VIH à l’occasion de la consommation du mariage. Ce risque est d’autant plus réel que l’activité sexuelle occupe une place de choix dans le mariage. Il est d’ailleurs prévu que le mariage a pour but essentiel de créer une union entre un homme et une femme qui s’engagent à vivre ensemble jusqu’au décès de l’un d’entre eux pour partager leur commune destinée et pour perpétuer l’espèce.[Art 349,du code de la famille RD Congolaise, consulté le 18 septembre 2022].Les époux s’obligent mutuellement à la communauté de vie. Ils sont tenus de vivre ensemble et à consommer le mariage. L’article ci –haut cité ne précise nullement à propos de l’information, qui est l’informateur, ni l’objet de l’information ou le contenu de l’information, ni comment procéder pour informer. La forme et ou la procédure de l’information. En cette matière du droit, le mariage entre une personne séropositive et séronégative n’est pas prohibé. ,

Dans notre étude , 30,1% des enquêtés ont dit que les tests prénuptiaux signifient les examens que l’on fait avant le mariage alors que 27,4% ont précisé que ce sont des consultations que l’on fait à l’hôpital par les fiancés avant qu’ils se marient ; Il convient de noter que 11,6% disent autres choses loin de la signification des dits tests prénuptiaux. Examinant les textes de la constitution de la République Démocratique du Congo de [2006], En ce qui concerne le Non-dépistage du VIH comme obstacle à la célébration du mariage ; le législateur précise que le statut sérologique de la personne ne se présume point. Il se décrète à la suite d’un examen qui consiste à détecter dans le sang et dans d’autres liquides biologiques la présence des anticorps et/ou des antigènes qui traduisent la présence du VIH dans l’organisme d’un individu apparemment sain ou infecté.

Dans son discours sur droit et VIH/Sida,F.ANGELESI BAYENGA,[2019]dit qu’en conditionnant le mariage des personnes vivant avec VIH/Sida par la révélation de leur statut sérologique à leurs fiancés, le législateur congolais a implicitement imposé à tous les candidats au mariage , sans exception de pratiquer le test de dépistage du VIH. Cette parole de l’auteur ci-haut cité confirme réellement les résultats de notre étude car, 32,4% qui acceptent les tests prénuptiaux, certains disent qu’ils acceptent juste pour connaitre le fonctionnement de leurs corps. Alors que 5,5% les acceptent pour des raisons évidentes de stabilité du couple sur le plan socio religieuse, économique, sanitaire et démographique. Une explication très pertinente est donné par LUFULUABO K.J et LUTUMBA T.P, [2021] dans leurs discours sur le laboratoire de santé Publique, sur lequel ils précisent que le refus et ou l’acceptabilité d’un test, nous rattrape dans l’avenir proche ou lointain. ceux qui disent aujourd’hui, qu’ils ne veulent pas de ces tests et examens prénuptiaux, doivent savoir, qu’ils courent un grand risque d’avoir un foyer non stable pour l’une ou l’autre conséquence des maladies héréditaires liés au sexe et non liés au sexe, R.SENDEKI[2018].

De la sorte, le principe selon lequel le test de dépistage du VIH est volontaire, tel que posé par l’article 36 de la même loi de, LEBUGHE IZALEY,[2007],inédit ; Connait ainsi une dérogation exceptionnelle, implicite soit –elle , dictée par le souci du législateur de lutter contre l’expansion de la pandémie du VIH/Sida et autres maladies qui se transmettent des parents aux enfants par les truchement des unions légales. Notre analyse en cette matière concernant l’expression moyennant information et consentement éclairé, nous pensons qu’il faut entendre, l’obligation qu’a chacun des futurs époux de porter son statut sérologique au VIH à la connaissance de l’autre, en âme et conscience. Autrement dit, en l’état actuel du droit congolais de famille, les fiancés sont légalement obligés de se donner réciproquement communication des informations sérologiques issues de leur test de dépistage du VIH. Sans la passation de pareil test médical préalablement à la célébration du mariage, il sera impossible à chacun des candidats au mariage de donner un consentement éclairé. Dans notre étude, nous avons tenté de posé la question aux jeunes et fiancés, de citer les examens et tests prénuptiaux qu’ils connaissent et peuvent le faire, certains qui avaient déjà versé la dot, 45,2% ont cité le VIH-SIDA suivi des groupes sanguins soit 28,7%.

Il convient de noter qu’à la question de répondre sur le pourquoi ils optent pour les tests et examens prénuptiaux, 48,3% disent qu’ils doivent faire faire ces tests pour éviter l’instabilité socioculturelle et religieuse dans le foyer et dans la famille liée à des épisodes répétés des affections ayant pour cause majeure de refus des tests prénuptiaux suivi de 22% qui soulignent que ceux qui ne les font pas , souvent se retrouvent devant les grossesses à haut risques dont les grossesses non désirées et la prévalence élevée du taux de mortalité materno-infantile et de de divortialité.

La lecture combinée de l’article 8 de la loi du 14 juillet 2008 avec les dispositions de l’article 388 du code de la famille RD Congo, impose l’officier de l’état civil de poser à chacun des comparants aux fins de la célébration du mariage la question de savoir s’il a l’information exacte sur le statut sérologique au VIH de son futur partenaire, sans l’invité à la déballer en public. Il suffirait de répondrai en public par un fiat, donc un oui ou u non, sans être contraint à en dire plus devant le public. Si la réponse à la question posée s’avère négative, il devra en être induit qu’il y a, en espèce, l’absence de consentement éclairé au mariage. Ce qui constitue un obstacle légal à la célébration ou à son enregistrement .En pareil cas, PROTHIAS A.[2006 ] cité par ANGELESI BAYENGA F. [2019], dit que le mariage éventuellement célébré encourt nullité en vertu de l’article 405 du code de la famille dont l’alinéa premier stipule que si le consentement n’a pas été donné que par suite d’une erreur sur une qualité essentielle, physique , civile ou morale de l’un des époux, ou par suite d’une autre erreur substantielle, la nullité du mariage peut être demandée par l’époux qui a été induit en erreur. L’officier de l’état civil qui se sera risqué de le célébrer par complaisance sera exposé aux pénalités prévues à l’article 395 du même code de la famille qui stipule Est puni d’une certitude pénale de deux à douze mois et d’une amende de 150.000 Francs congolais à 700.000 Francs congolais ou de l’une de ces peines seulement, l’officier de l’état civil qui aura célébré ou enregistré un mariage sachant qu’il existait un empêchement de nature à entrainer la nullité(…) .Sur la question du test prénuptial de sérologie, on y trouve en droit comparé africain quelques indications plus précises que l’état actuel du droit congolais. C’est le cas de l’article 127 du code béninois des personnes et de la famille[2014] qui édicte que chacun des futurs époux doit remettre personnellement à l’officier de l’état civil compétent pour procéder à la célébration du mariage(…) un certificat médical attestant que les examens prénuptiaux ont été effectués par les futurs époux et qu’ils s’en sont communiqué les résultats et l’ article 145 du même code précise la nullité relative du mariage célébré par l’officier de l’état civil pour être prononcée pour maladie grave et incurable dissimulée au moment du mariage par un conjoint, ce qui, partant préjudice à l’autre conjoint, rend la cohabitation intolérable.

* + 1. **CONCLUSION.**

En guise de conclusion, Dans cette étude portant sur risques socio-économique, sanitaire et démographique liés au refus des tests prénuptiaux par les jeunes de la commune de Ngaba, ville province de Kinshasa, capitale de la RD Congo, une étude descriptive a été réalisée dans la zone de santé de Ngaba du 10 juillet 2022 au 10 Septembre 2022. Un échantillon de convenance des jeunes en âge de procréer était sélectionné à l’aire de santé MUKULUA et au total 384 jeunes ont été sélectionnés, visités et interviewés dans la Zone de santé de Ngaba tenant compte des critères de sélection après avoir calculé la taille de l’échantillon par la formule de Fisher. Nous avons choisi la méthode d’enquête, la technique d’interview guidée et le questionnaire nous a servi comme instrument de collecte des données.

Au sujet des examens prénuptiaux et les dispositions socioculturelles, démographiques et sanitaires, ces examens et tests prénuptiaux du point de vue sanitaire, évitent au couple les naissances non désirées s’expliquant par la parenté responsable donc, un couple qui se marie dont les deux partenaires se connaissent sur le plan sanitaire, n’auront pas des problèmes psychologiques et des questions d’ordres éthiques liées à la naissance d’un enfant anémique et les effets socio financiers qui en découlent, aussi des questions relatives aux risques des avortements répétés liés aux incompatibilités des groupes sanguins(facteurs rhésus), et de stérilité dans le couple. La connaissance des groupes sanguins des partenaires réduit sensiblement les risques sanitaires liés aux facteurs rhésus, si l’homme est rhésus positif alors que sa fiancée était du rhésus négatif. La connaissance des statuts sérologiques réduirait sensiblement la possibilité de la transmission du VIH/Sida mère et enfant par des méthodes et techniques appropriées.

Du pont de vu sociologique et de l’économie , nous comprenons que l’homme est au centre des activités humanitaires, d’où, une population saine augmente la production et la main d’œuvre abondante puis réduit au pays , à la communauté et à la famille les risques liés à la sortie intempestive d’argents pour les soins de santé des enfants malades, l’état et les entreprises ont un personnel bien portant et le travail de qualité est assuré.

Sur le plan démographique, Le mariage ayant pour but primordial l’amour entre les partenaires et aussi la reproduction qui s’explique comme un ensemble des mécanismes mis en place par un couple en vue de se multiplié et conservé l’espèce, BOB SENKER, [2021]. Comme un écrivain Albert NDWITE, [2017] qui dit dans une revue que les enfants sont nos béquilles les plus sures qui nous soutiennent lorsque nous nous affaiblissons sous le poids de l’âge. Une population saine contribue efficacement à la relève des uns et des autres dans divers domaines de vie. Pour éviter les risques socioéconomiques sanitaires et religieuse, les couples et les jeunes sont invité à accepter les tests et examens prénuptiaux et à les faire faire.

### BIBLIOGRAPHIE

1. ANGELESI BAYENGA F.[2019] , le Droit et le VIH, Ed.PUK,

2. Bouvenot G. , Les essais cliniques, Ed.liège,2007,page 25.

3. Bruggs et phelps, Les fondements de l’économie de la Santé, IBES, Bruxelles,1992 entièrement revue

4. Carles Rogers 2012, cité par KAMBANJI P. La Relation d’aide, en Pédiatrie et chez les adolescents. Ed.

**5. Cathérine A Farrel**,(2013) La prise en charge du patient d’âge pédiatrique, victime d’un tramatisme crânien aigu pour Des soins de courte durée

6. Charles O. JONES Les politiques publiques dans les pays du tiers monde, Ed. Harmattan, Paris2000, P.48

7. Courtois C. Comprendre l’économie de la santé, Publi Union Editions, New York,1995.ISBN 2-85790-102-X

8. Eloko eya matangelo, Financement des soins de santé, Ed. 2014, Page 56

9. Eschwege E , Bouvenot G., Doyon F., Laroux A. Essais thérapeutiques, mode d’emploi. 2é Edition, les éditions INSERME-Paris,1994. ISBN 2-85598-558-7.

10. Georges Edwards III et coll. : Les politiques publiques, Elaboration et mise en œuvre, Paris, Tendances Actuelles,1981 P.73

11. Green et Kreuter 1991 cité par Amuli jiwe 2015,Dans Santé communautaire :Principes et Approches

12. IBULA TSHATSHILA A.[2013],le Droit au Mariage à l’épreuve de la loi n°8/11 du 14juillet 2008 portant protection des droit des personnes vivant avec le VIH.

13. Green et Kreuter 1991 cité par Amuli jiwe 2015,Dans Santé communautaire :Principes et Approches

14. J. Ives-REGINSTER et READ BAIN : Principes généraux de santé Publique et d’économie de santé, Ed. PUF 2017page 62-75.

15. Jean Ives REGINSTER, Principes Généraux de Santé Publique, éd. New York 2007 entièrement revue

16. KIYOMBO MBELA GUILLAUME, hygiène et gestion environnementale,2015 page 24-31.

17. Kurz X., Torfs K. et all 1996.Bussels J.Annemans L., Introduction aux évaluations économiques en matière de soins de santé. Editions Astra pharmaceuticals, Brexelles1996, Entièrement Revue ISBN 2-9600144-0-5

18. Le rapport la Banque Mondiale, Dépenses et finances Publiques en RDC éd.2013 2017

19. PROTHAIS A.[2006] ,le sida par complaisance rattrapé par le droit pénal, Receuil Dalloz

20. SENKER NDIMBA B.[2022] Financement des soins de santé par approche mutuelle de santé : Avis des enseignants de l’EPST sur la, qualité de service de la MESP-RDC

21. LUFULUABO K.J. et LUTUMBA T.P[2021],Laboratoires de santé Publique, éd. Feu Torrent.

22. A. DUSART,M.L. BLATEYRON ET N.BUJOC : vie sociale et professionnelle, éd,Foucher 1995 Page 98-103

**23. Adnot Philippe, Conseil général AUBE** (2012) Guide pour observer et Accompagner le développement de l’enfant de 0 à 6 ans.

24.AMULI JIWE ET NGOMA MADEMVO, Santé communautaire : Principes et Approches, éd. Médiaspaul 2014 ,Page 56-68

25. BIT-STEP, guide pour l’étude de faisabilité de systèmes de micro assurance santé, éd ; STEP. Stratégies et techniques contre l’exclusion sociale et la pauvreté ; 2005 entièrement revue

# VI. GESTION DES RUMEURS SUR LES IMPLANTS DANS DES ZONES DE SANTE DE LA VILLE PROVINCE DE KINSHASA RD CONGO.

#### SENKER NDIMBA Bob1, ABILINDA GBOMA Serge2, PANDA LUFUTU Roger3, José LUIS NITA4. KALALA KAYEMBE Carrel5, KALEMBA NGALAMULUME Albert6, KHUTI BINDA Laurence7, KALEMBA MWAMBAZAMBI8

**RESUME**

Actuellement, bien que la prévalence de l’utilisation des méthodes contraceptives a augmenté en république démocratique du Congo ces cinq dernières années d’une part, de l’autre part, il y a un sérieux problème des rumeurs sur les méthodes contraceptives cas des implants précisément la jadelle, l’implanon NXT et le levoplant. Ce qui justifie, 7 sur 10 femmes en âge de procréer ont des rumeurs et interprètent mal l’utilisation des implants. Certaines personnes mal intentionnées se servent des effets secondaires et contre-indications de certaines méthodes contraceptives pour en faire mauvaises campagnes et disent qu’avec les implants la femme peut voir ses règles pendant trois semaines et le retour à la fécondité est possible à l’arrêt de l’utilisation de la méthode. Alors que certains de ces effets secondaires sont bien signalés lors du counseling spécifique à la méthode. C’est ainsi que nous avons dit que la symbiose PF communautaire et PF clinique réduirait ces dits rumeurs et plutôt, les utilisatrices seront mieux éclairées.

MOTS CLES : Gestion, Rumeurs, implants, zone de santé.

**INTRODUCTION**

En ce temps de la mondialisation, nul n’ignore le bien fondé et la contribution efficace de la planification familiale pour un couple ou une femme en âge de procréer. La planification familiale utilise les moyens et des méthodes qui permettent à un couple d’espacer et limiter les naissances dans une famille tout en respectant un espace inter génésique d’au moins deux ans entre deux naissances. Pour mieux planifier, on recourt à la contraception.

Actuellement, bien que la prévalence de l’utilisation des méthodes contraceptives a augmenté en république démocratique du Congo ces cinq dernières années d’une part (AKILIMALI Z., 2020), de l’autre part, il y a un sérieux problème des rumeurs sur les méthodes contraceptives cas des implants précisément la jadelle, l’implanon NXT et le levoplant. Ce qui justifie, 7 sur 10 femmes en âge de procréer ont des rumeurs et interprètent mal l’utilisation des implants. Aussi, une femme en âge de procréer qui accède accepte l’une de ces implants, est sujet des menaces et des interprétations négatives et voir même, signe d’être moins sérieuse et bordelle. Or, pour pallier ou réduire tant soit peu ce fléau des rumeurs, combinaison des actions entre la Planification familiale communautaire faite par des distributeurs à base communautaire et la planification familiale clinique faites par des professionnels de santé formés e cette matière avec des counseling généraux et spécifiques à la méthode bien faites. Au vu de ce qui précède, nous nous sommes posé la question comment peut-on gérer les rumeurs sur les implants dans une communauté ? Dans cette étude, nous sommes partis d’une hypothèse selon laquelle, les rumeurs sur les implants seront mieux gérer et dissiper par la mise en commun des actions PF-Communautaire et PF clinique, la formation suffisante des prestataires en cette matière, la sensibilisation approfondie de la population et un counseling bien fait. Le but de cette étude est d’étudier les mécanismes pouvant dissiper les rumeurs sur l’utilisation des implants, dans notre étude, nous avons recouru à la combinaison méthodologique dont la méthode analytique et descriptive et la technique documentaire et d’observation nous ont servi pour la collecte des données.

## 1. bref aperçu sur l’importance des méthodes contraceptives pour une famille planifiée.

**A. Origine**

Le terme planification familiale vient de l’anglais familly planning. Ce terme est introduit pour la première fois de la manière officielle vers les années 1930 par l’association britannique pour le contrôle de naissance (PNSR, 2002).

Mais depuis l’antiquité déjà chez les mésopotamiens 1600 Av. JC les femmes utilisaient les pierres pour ne pas concevoir. De leur côté, les Araméennes de confession hébraïque utilisaient le Moukh dans le vagin qui empêchait le sperme d’atteindre l’utérus, plusieurs personnes ont parlé de planification familiale et MALTHUS également. A Kinshasa et partout au pays, c’est vers les années 1980 que la planification familiale fut introduite par un arrêté ministériel.

## B. Buts de la planification familiale

Le but de la planification familiale est de :

1. Aider les couples qui veulent espacer les naissances à le faire ;
2. Aider les couples qui ne veulent plus avoir des enfants à le faire ;
3. Aider les couples inféconds à résoudre leur problème d’infécondité ;
4. Eviter aux couples les grossesses non désirées ;
5. Il faut signaler que la planification familiale aide aux couples à éviter les grossesses à haut risques « les quatre trop ».

Une grossesse est particulièrement à haut risque si elle se situe parmi :

* Les grossesses trop précoces (moins de 18 ans)
* Les grossesses trop rapprochées (moins de 2 ans)
* Les grossesses trop nombreuses (plus de quatre)
* Les grossesses trop tardives (plus de 35 ans)

# C. Critères psycho-sociaux à prendre en compte lors du choix d’une méthode contraceptive

## 1. Conseil pratique au technicien (Clinicien)

La littérature de l’OMS (2000) rapporte la multitude des circonstances d’échecs et des explications avancées ainsi que la variabilité, en fonction des populations étudiées, des facteurs associés aux différents types d’échecs.

Des approches théoriques ont été également développées dans le domaine de la contraception. Les principaux résultats en sont détaillés à titre indicatif dans les paragraphes suivants (EDS 2009).

Le groupe de travail retient la variabilité des trajectoires individuelles et souligne la nécessité pour le professionnel de santé :

1) D’adapter sa prescription à chaque consultante ;

2) D’étendre le champ de son entretien au-delà des seuls critères médicaux ;

3) D’explorer les motivations de la consultante vis-à-vis de la contraception et ;

4) D’accompagner la consultante ou le couple dans la réflexion et le choix de la forme de contraception la plus adaptée à sa situation personnelle (EDS 2009 Op.cit.).

## 2. Facteurs associés à la non acceptabilité des méthodes contraceptives

En pratique, les risques d’échec contraceptif ne surviennent pas au hasard et résultent, en dehors des interactions médicamenteuses possibles :

* + soit de l’absence d’utilisation de méthode régulière (dont le non-recours à une contraception d’urgence) ;
  + soit de l’absence ponctuelle d’une méthode (dont l’arrêt d’une méthode sans remplacement par une autre méthode) ;
  + soit de la non-observance de la méthode utilisée.

Les femmes qui se retrouvent en échec de contraception avancent le plus souvent en explication :

* + un mauvais usage de la méthode, lié ou non à des difficultés de gestion quotidienne ou à une mauvaise connaissance de l’utilisation de la méthode ;
  + la non-conscience du risque ;
  + la prise d’un risque en s’en remettant à la chance ; la non-prévision du rapport sexuel ;
  + la non-disposition d’une méthode de contraception ;
  + un arrêt ou un refus de contraception suite à une première expérience difficile ;
  + la non-connaissance d’un endroit où se procurer la méthode.

Les différentes circonstances d’échecs et le choix de la contraception sont associés à différents facteurs psychologiques, démographiques, sociologiques et économiques caractérisant la femme, parmi lesquels :

* + des facteurs démographiques tels que l’âge ou le lieu d’habitation ;
  + des facteurs socio-économiques, tels qu’un faible niveau socio-éducatif, socioculturel ou socioprofessionnel, une forte assiduité à la religion, de faibles connaissances sur la sexualité, le coût de la méthode et l’absence de mutuelle ;
  + des facteurs liés au mode de vie tels que le caractère instable ou non de la relation, le nombre élevé de partenaires, ou le statut marital (notamment la vie en célibataire) ;
  + des facteurs liés au couple et à son fonctionnement tels que la non-communication avec le partenaire ou l’absence de soutien du partenaire ;
  + des facteurs liés à l’environnement social tels que l’influence défavorable des amis ou des parents ;
  + des facteurs liés à la femme et à son histoire médicale tels que sa parité, un projet de grossesse, un âge jeune à la 1re grossesse, un précédent avortement ou un antécédent d’IST ;
  + des facteurs liés à la méthode et au contexte de prescription tels que l’absence de routine de prise, la non-lecture de la notice d’information, la non-adéquation de la méthode utilisée aux conditions de vie sociales, affectives et sexuelles des femmes ;
  + et des facteurs concernant spécifiquement les adolescentes tels que l’acceptabilité sociale de leur sexualité, la relation avec les parents (notamment la communication avec la mère), le jeune âge et la différence d’âge avec le partenaire, la non scolarisation et le non-accès à des structures de planification familiale ou d’éducation sexuelle.

**N.B** : Nous pouvons également noter différentes approches psychologiques et sociologiques, l’ambivalence chez la femme de son désir de grossesse et ses conséquences sur la pratique contraceptive ; la particularité de la relation soignant -consultante, par rapport aux autres consultations de santé ; l’injonction sociale à la norme contraceptive et notamment à l’utilisation des méthodes médicales ; l’importance de la logique de couple dans l’utilisation ou le choix d’une méthode ; la variabilité des trajectoires individuelles ; l’importance de l’offre (disponibilité, coût, confidentialité).

En ce qui concerne l’adolescente, PNSR. (2021) expliquait en complément : la période de transition dans laquelle elle s’inscrit, la quête d’identité et de statut social ; la difficulté, pour elle, de se situer par rapport à sa mère ; le sentiment possible de culpabilité qu’elle peut ressentir ;

* + l’existence potentielle d’une faible estime d’elle-même ;
  + l’importance du regard des ami(e)s.

**3. Les rumeurs sur les méthodes contraceptives et les explants en particulier.**

Les rumeurs constituent des obstacles à la contraception. Ils entravent négativement l’utilisation des services de PF, l’adoption de PF et la continuité. Elle constitue également un déterminant des besoins non satisfaits en PF. Les rumeurs sont propagées par les bénéficiaires et malheureusement aussi par les prestataires.

Les rumeurs sont des histoires non confirmées qui sont transmises d’une personne à une autre, de bouche à l’oreille. De façon générale, les rumeurs se produisent quand une information ou une question est importante pour des personnes, mais n’a pas été clairement expliquée, il n’y a personne de disponible pour clarifier ou corriger l’information incorrecte, la source originale est perçue comme étant crédible, il n’a pas été donné aux clients suffisamment d’options pour les méthodes et des personnes sont motivées à les propager pour plusieurs raisons, (USAID, Intra Health, 2018).

Il s’observe depuis plus d’une décennie dans notre pays, les rumeurs concernant les méthodes contraceptives ce qui laisse parfois à désirer certaines méthodes alors que pour mieux planifier il faut obligatoirement recourir à l’une ou l’autre méthode. Sur ce, voici quelques-uns :

L’infécondité après l’arrêt de l’utilisation de la méthode, avec la jadelle vous verrez des règles pendant plus de deux mois chaque jours, ces méthodes sont fabriquer par des sorciers et par des personnes mal intentionnées dans le but de nous tuer à petit feu et de réduire sensiblement le taux de natalité et que les occidentaux occupent notre pays,( …)

**4. Les facteurs associés à l’acceptabilité et applicabilité des méthodes de la planification familiale**

C. JAMONT (1996) prouve que bon nombre d’approches plus théoriques ont démontré leur intérêt dans le cadre de la contraception. Elles faisaient appel selon les hypothèses :

* à l’**« attitude »** favorable ou non à la contraception ou aux différentes méthodes contraceptives, en relation avec le degré de perception d’une vulnérabilité personnelle ;
* aux « **croyances** » individuelles ou collectives envers la contraception ou envers les différentes méthodes contraceptives ;
* à l’« **auto-efficacité** », c’est-à-dire la perception personnelle qu’a un individu de ses compétences pour mener un traitement correctement ;
* aux « **normes sociales** » et à la notion de « **support social** ».

Si les modèles théoriques développés à partir de ces approches sont utiles pour mieux comprendre la pratique contraceptive et ses facteurs d’influence, ils n’ont cependant pas vocation à être considérés en tant que modèles prédictifs en pratique courante.

**5. comment accompagner une femme et/ou un couple** **dans le choix d’une méthode contraceptive adaptée ?** L’aide au choix en matière de contraception

B.SENKER (2022)souligne qu’au fil du temps, la relation soignant-patient évoluait vers une participation plus grande du patient dans les décisions concernant sa santé. Le modèle dominant reste cependant, aujourd’hui encore, celui d’une relation dans laquelle les décisions relèvent pour l’essentiel du professionnel de santé.

Des arguments à la fois déontologiques, réglementaires et scientifiques soulignent l’intérêt pour le soignant d’opter pour une attitude qui favorise l’expression des préférences de la femme ou du couple qui consulte et donc l’expression de leur choix. Ce choix doit être respecté quel que soit l’âge de la consultante.

De manière générale, l’amélioration de la communication soignant-consultant, et notamment de l’information fournie au consultant, peut avoir un impact sur la satisfaction et la santé des patients (critères biomédicaux et de qualité de vie). Afin de faciliter le partage de décision et d’améliorer la relation soignant-consultant, il est recommandé que le soignant 1) soit à l’écoute des femmes qui consultent et 2) prenne en compte le fait que leur volonté d’implication dans la décision n’est pas homogène d’une femme à l’autre et peut être ambivalente au niveau individuel.

La littérature suggère que laisser les personnes choisir une méthode contraceptive est associé à une plus grande satisfaction des personnes ainsi qu’à une utilisation plus élevée des méthodes (niveau de preuve 3). Elle souligne l’importance de considérer le couple dans la démarche contraceptive et de prendre en compte l’accord du partenaire (PNSR 2006).

## Stratégies d’aide au choix en matière de contraception

Différents modèles de relation médecin-patient et de décision médicale ont été décrits dans la littérature. Ce sont par exemple, pour la relation médecin-patient, les modèles de Szasz et Hollender (activité-passivité, direction-coopération, participation mutuelle) et d’Emanuel (informatif, interprétatif, délibératif et paternaliste). Ce sont, pour les modèles de décision médicale, les modèles du « patient décideur », du « médecin décideur » et de « décision partagée ».

Bien qu’aucun d’entre eux ne puisse être considéré en routine comme meilleur qu’un autre ou comme exclusif des autres, le groupe de travail considère qu’ils gagnent à être connus par le soignant. Chacun d’entre eux peut en effet apparaître plus ou moins approprié aux personnes et à la situation dans laquelle elles se trouvent à un moment donné.

NILSSON L et HAMBERGER L (1994) proposent deux types d’approches, le « **counseling** » et la « **démarche éducative** », pourraient favoriser l’aide au choix en matière de contraception. Elles ont été retrouvées de manière récurrente dans la littérature et sont considérées par le groupe de travail comme majeures et complémentaires, sinon difficilement dissociables.

Le counseling renvoie à une démarche de conseil et d’accompagnement d’une femme favorisant l’expression de son choix. D’une part, il repose sur des bases d’empathie envers la consultante, de respect pour sa sexualité, ses sentiments, son attitude et ses besoins et d’autre part engage le soignant à conserver le maximum de neutralité vis-à-vis des démarches abordées et des informations fournies. L’approche par entretien motivationnel se situe dans ce courant. Sa particularité est d’être directive ; elle passe par l’expression par la femme de ses ambivalences afin de lui permettre d’aboutir à un choix.

La démarche éducative renvoie, quant à elle, à une démarche de partenariat pédagogique, centrée sur la personne, et visant à promouvoir sa santé tout en la rendant autonome dans sa propre prise en charge. Cette démarche est individualisée et se fonde sur ce que la personne est, ce qu’elle sait, ce qu’elle croit, ce qu’elle redoute et ce qu’elle espère et à partir de ce que le soignant est, sait, croit, redoute et espère.

Selon P. TSHIBANDA (2011), Le counseling et la démarche éducative ont fait preuve de leur efficacité en matière de contraception : ils sont associés à une meilleure connaissance de la méthode utilisée (niveau de preuve 1), un taux d’utilisation supérieur des méthodes contraceptives (notamment la contraception d’urgence) (niveau de preuve 1), de plus longue durée et au final à une utilisation effective de ces méthodes. Dans la littérature la réduction des taux de grossesses non voulues est cependant non significative. Les études sont insuffisantes pour conclure avec certitude à un impact des entretiens motivationnels sur une éventuelle adaptation de la méthode contraceptive.

Selon READ BAIN (1986) compte tenu des différents modèles de consultation développés dans le cadre général ou spécifique de la contraception, le groupe de travail souligne l’intérêt du modèle BERCER de l’OMS , lequel reprend, en 6 étapes, les étapes majeures de la consultation généralement citées dans les autres recommandations et inscrit la consultation dans la durée. Ces 6 étapes se succèdent comme suit : Bienvenue, Entretien, Renseignement, Choix, Explication et Retour.

## En pratique : focus sur 6 des principales étapes de la consultation (modèle BERCER)

* **Bienvenue** :

En pratique, en dehors de l’accueil en lui-même de la consultante et de la présentation du soignant, la première phase vise essentiellement à favoriser une relation d’équivalence et à rassurer la consultante. Le soignant l’assure de la confidentialité des entretiens et présente le rôle, les objectifs et le déroulement possibles de la ou des consultations.

* **Entretien**:

Selon R. MADEE (2018) la phase d’entretien se veut interactive. Elle a pour objectif prioritaire le recueil d’informations sur la femme, son état de santé, ses besoins propres et ses éventuels problèmes. Elle donne lieu à un « entretien » et à un examen clinique. Au cours de cet entretien, le soignant explore en complément de la clinique le contexte de vie de la consultante, son expérience en matière de contraception, sa vision des choses. Cette phase est propice au développement d’un diagnostic éducatif.

* **Renseignement**:

Quant à BITSHIE (2022) la phase de renseignement est également individualisée, elle vise à la délivrance par le soignant d’une information hiérarchisée et sur mesure, compréhensible et adaptée au rythme et aux connaissances de la consultante. Il est essentiel que le soignant s’assure de la compréhension de l’information qu’il aura fournie. Celle-ci concerne en particulier les méthodes qui intéressent la consultante ou qu’elle préfère (leurs bénéfices, leurs CI, les risques graves, même exceptionnels, leur intérêt, leurs inconvénients, leurs coûts). Le soignant l’informe des options et alternatives qu’il juge adaptées à sa situation personnelle. Il est possible de fournir un document écrit en complément de l’information orale.

* **Choix :**

Selon NTOTO KUNZI (2014), précise qu’en matière de choix de méthode adaptée, que la décision finale appartient à la consultante seule. Pour l’aider à la décision, son attention et sa réflexion peuvent être attirées sur des projets personnels, sa situation de famille, ses préférences et les préférences éventuelles de son partenaire, les bénéfices et les risques des différentes méthodes, les conséquences de son choix. Le soignant s’attache également à faire réfléchir la femme sur la possibilité qu’elle a, compte tenu de sa trajectoire personnelle, de respecter la méthode. Il s’assure au final de son plein accord et de l’absence de réticences vis-à-vis de la méthode choisie.

* **Explication :**

PNSR (2021) quant à lui, la phase d’explication est orientée sur l’explication de la méthode et de son emploi et vise, s’il y a lieu, à l’établissement d’une prise en routine (par ex. des conseils sur la prise à heure régulière d’une pilule, le soir après un repas). En pratique, elle comprend si possible une démonstration de son usage et peut avantageusement même donner lieu à un apprentissage avec manipulation par la consultante elle-même. Le soignant renseigne la consultante sur les possibilités de rattrapage en cas de problème et lui indique où et dans quelles conditions elle peut se procurer ces différentes méthodes. Sont enfin abordées les raisons médicales qui peuvent justifier son retour ainsi que la programmation et la planification de la consultation suivante.

* **Retour :**

Les consultations de suivi sont l’occasion de réévaluer la méthode et de vérifier qu’elle est adaptée à la personne (au besoin de corriger son emploi) et que celle-ci en est satisfaite. Ces consultations sont également l’opportunité de compléter la contraception ou éventuellement de changer de méthode si la méthode choisie se révèle inadaptée (en raison par ex. d’effets indésirables) ou insuffisante (en raison par ex. d’une exposition aux IST). Le cas échéant sont notamment abordés les points qui n’auront pu être évoqués lors de la ou des précédentes consultations. Le soignant s’intéresse également aux questions que se pose la consultante et s’attache à résoudre les problèmes, cliniques ou d’emploi, qu’elle a pu rencontrer dans l’intervalle des 2 consultations. Il prend en compte les modifications de sa trajectoire individuelle et sociale. L’entretien se termine par la programmation et la planification de la consultation suivante.

De manière globale, s’engager dans une démarche individuelle d’aide au choix implique pour le médecin (ou pour le soignant menant une consultation portant sur la contraception) :

* de réfléchir, au préalable, à la signification individuelle et sociale du geste que représente la prescription (ou l’assentiment au choix) d’une méthode contraceptive ;
* de se questionner, au préalable, sur son propre positionnement vis-à-vis de la contraception et des différentes méthodes existantes, ainsi que sur le rôle qui lui est dévolu dans la relation avec la femme et le couple ;
* de prendre le temps d’analyser précisément avec la femme (et/ou le couple) sa situation (médicale mais aussi sociale, son appartenance culturelle, ses représentations, ses peurs et ses envies, etc.) avant d’envisager avec elle une ou des méthodes contraceptives;
* de l’informer sur les choix possibles ;
* de lui permettre de choisir la méthode qu’elle estime comme la plus adaptée ;
* de la former à l’utilisation de la méthode choisie ;
* enfin, de réévaluer périodiquement cette option avec la femme et/ou le couple.

## 7. Choix d’une méthode de la planification familiale

Il existe les méthodes modernes et traditionnelles, artificielles et naturelles. Les méthodes traditionnelles ont servies pour empêcher la grossesse à laquelle l’application a été transmis d’une manière traditionnelle d’une génération a une autre ; de ce fait, toutes méthodes naturelles que artificielles sont choisies et évaluées selon les critères suivants :

* La réversibilité : c’est la rapidité de retour à la fécondité normale à l’arrêt de l’utilisation d’une méthode ;
* La sécurité : c’est la mesure à laquelle une méthode contraceptive ne cause pas du tort à l’utilisateur ;
* Efficacité : c’est la capacité qu’à une méthode d’empêcher la survenue d’une grossesse ;
* L’acceptabilité : le pourcentage des personnes qui désirent la contraception et décident l’utiliser après avoir été informé sur la dite méthode (P.N.S.R 2003)

D’après BERNARD et All. (1987) la planification familiale est l’ensemble des moyens et méthodes qui permettent de se conformer à la volonté des parents et de la société les nombres et l’espacement des naissances dans une famille.

Pour mieux planifier les naissances on recourt à des méthodes contraceptives qui peuvent être naturelles ou artificielles réversibles ou définitives selon le choix du couple et l’éligibilité à la méthode choisie.

#### Brève présentation des implants :

|  |  |
| --- | --- |
| C:\Users\HP\Desktop\Nouveau dossier\implant_150x300-1.png | Cette méthode d’implant sous cutané a fait preuve de son excellente efficacité si la technique de pose est respectée et peut constituer une alternative intéressante notamment pour des femmes sujets à des problèmes d’observance ; sa prescription ne peut cependant être envisagée qu’au regard de sa mauvaise tolérance et à condition que l’absence de règles soit bien tolérée (PNSR 2019). |

Actuellement on dispose de plusieurs sortes des implants sur le marché commercial, mais d’une façon générale, on distingue :

* Les implants qui protège la femme pendant 5ans, contraceptives autrement appelé cinquantenaire par les consommatrices, la jadelle par les professionnels de santé.(deux bâtonnets) .Contenant de la progestérone qui se diffuse lentement à travers deux bâtonnets insérés dans l’avant-bras il protège la femme pendant 3à 5ans.
* Après l’insertion, il est demandé de prendre le temps c’est-à-dire ne pas trop travailler le même jour… et la femme doit consulter l’infirmier pour les pansements de la plaie jusqu’à la cicatrisation. Elle doit attendre au moins une semaine pour l’efficacité du produit. Si nécessité de passer les relations sexuelles, veuillez utiliser une méthode d’appoint tel que le préservatif (condom) pendant la période de fertilité.
* Implanon NXT, ce contraceptif protège la femme pendant 3ans. Cet implant contient l’étonogestral qui est diffusée lentement à travers 1batonnet inséré dans le bras. Il protège la femme pendant 3ans après lequel le bâtonnet soit retiré.

Cette méthode présente une efficacité de 99 % .L’implant est une méthode hormonale très efficace. Dans cette méthode souvent on observe un prestataire de santé formé qui place un dispositif dans la partie interne du membre supérieur gauche de la femme soit le bras que la femme utilise le moins pour ses travaux domestiques et ménagers L’insertion et le retrait se font seulement par des prestataires cliniques formés qui peuvent être infirmiers ou médecins.

Cette méthode protège pendant trois à cinq ans contre une grossesse non désirée et permet le retour immédiat de la fécondité

**Avantages:**

* Une fois l’implanon inséré, la femme n’a pas d’autres actions à prendre pendant 3à5ans ;
* L’implant n’altère ni la qualité ni la quantité de lait maternel pour les mères nourrices et peut être placé six semaines après l’accouchement ;
* Une diminution des règles pour les femmes aux règles abondantes;
* Le retour immédiat à la fertilité dès le retrait de l’implant.

**Inconvenient:**

* Une femme ne pourrait pas arrêter la méthode seule. Un prestataire formé doit l’insérer et le retirer.
* L’insertion et le retrait sont un peu douloureux pour certaines femmes.

**Effets secondaires**

* Elle provoque les changements ou troubles dans les règles mensuelles (saignements légers, absences des règles ou règles prolongées). Les changements sont sans dangers et peuvent décroitre avec le temps.
* Parfois accompagné des malaises, de maux de tête, prises de poids, et parfois une légère perte de cheveux.

1. **Corrélation PF communautaire et PF clinique pour la gestion efficace des rumeurs sur les Implants dans des communautés.**

Pour dissiper les rumeurs, il faut évaluer les connaissances des clients sur la rumeur, établir des bonnes interactions avec les clients pour qu’ils osent poser des questions ou demander des informations complémentaires. Bien écouter ce que le client dit. Demander la source des rumeurs. Chercher ce qui pourrait être à la base de la rumeur (par exemple d’autres messages, informations, une expérience négative, les informations fournies par le personnel et mal comprises par le client, certaines croyances, traditions et valeurs). Est-ce que la rumeur vient-elle d’une source crédible ? Corriger les informations erronées par exemple, expliquer de façon simple le raisonnement derrière la réalité et toujours dire la vérité.

**CONCLUSION**

Au terme de cette étude centrée sur la gestion des rumeurs, notre préoccupation majeure était les rumeurs négatives sur les implants par les utilisatrices et la communauté, nous nous sommes posé la question de savoir si quelle serait la stratégie de gestion des rumeurs sur les implants cas de la jadelle et implanon NXT. Nous nous sommes partis d’une hypothèse selon laquelle les rumeurs sur les implants seront mieux gérer et dissiper par la mise en commun des actions PF-Communautaire et PF clinique, la formation suffisante des prestataires en cette matière, la sensibilisation approfondie de la population et un counseling bien fait.au vu de ce qui précède, nous affirmons que la symbiose des actions PF communautaire et PF clinique réduirait les rumeurs sur les implants en RD Congo.

**REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

1. Bongeli Yeikelo Ya Ato E.(2008):D’un Etat bébé à un Etat Congolais Responsable, Ed. Le Harmattan, France, 242P
2. D., Grodos, R., Meloni, P., Mercenier. (1999) : Le développement d’un district sanitaire: qu’est-ce qu’un district sanitaire fonctionnel ? le cas de Dolisie (Loubomo) au Congo (République du Congo).
3. Ecole de Santé Publique. Université de Kinshasa (2003). Enquête CAP ménage sur la situation sanitaire des Zones de Santé appuyées par la Banque Mondiale à travers BCECO dans le cadre du PMURR. Rapport final. Kinshasa, République Démocratique du Congo
4. Ekman B.,(2004): Community-based health insurance in low-income countries: a systematic review of the evidence. Health Policy Plan 2004, 19: 249-
5. Le rapport la Banque Mondiale,(2017) : Dépenses et finances Publiques en RDC éd.2013
6. Lufuluabo Kasuyi J.et Al(2021) : Laboratoire de santé Publique, Ed. Feu Torrent,Kin ,RDC.
7. Lutumba Tshindele P(2022) : Séminaire d’écriture scientifique, RDC,ISTM-Kin,Inédit.
8. Manzambi K.,(2014) : Laboratoire de santé Publique, Ed. DEBOECK, p15.
9. Matukala N.T., et Al.,(2013) :( Economie de santé, Ed, Bruxelles p 45.
10. Middle-Income Countries. In,(2017): Quah, S.R. and Cockerham, W.C. (eds.): The International Encyclopedia of Public Health, 2nd edition edn. Oxford: Academic Press; 2017.
11. Mini santé, RDC,(2017) : Rapport sur le financement des soins de santé, éd. entièrement revue
12. Ministère de la Santé (1998) : Etat des lieux du Secteur de la Santé (ELS) Ministère de la Santé, Kinshasa, République Démocratique du Congo
13. Ministère de la Santé (2001) Politique Nationale de Santé. Ministère de la Santé Kinshasa, République Démocratique du Congo
14. Ministère de la Santé (2019) : Plan Directeur de Développement Sanitaire (PDNS).Ministère de la Santé, Kinshasa, République Démocratique du Congo
15. Ministère du Plan et de la Reconstruction Nationale (1995) : Enquête nationale sur la santé des enfants et des femmes, Kinshasa, République Démocratique du Congo
16. Organisation Mondiale de la Santé (2005) : Rapport sur la santé dans le monde. Organisation Mondiale de la Santé, Genève.
17. Organisation Mondiale de la Santé. La santé et les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Organisation Mondiale de la Santé, Genève.
18. Ross D.A. The trained traditional birth attendant and neonatal tetanus. In: Mangay-Maglacas, A. and Simons, J. (Eds.) The potential of the traditional birth attendant,. Geneva 1986: WHO. pp. 8-20 Consultation prénatale recentrée : attitudes, connaissances et pratiques de la communauté de Dio-Gare.
19. SENKER B et Al,(2022) : Indices de la pauvreté dans la commune urbano rurale de Mont ngafula II, Art, SC,IJOSSASS,2022
20. SENKER B et Al,(2022) : Perception des Primigeste sur les indications de la césarienne dans la ZS de Kalamu I, Kin-RD Congo,Art, sc, IJOSSASS,
21. SENKER B. et Al.(2022) : risques socioéconomiques , sanitaire et démographique liés au refus des tests prénuptiaux par les jeunes de la ZS de ngaba, Art, sc,IJOSSASS,2022
22. TSHIBWABWA KUDITSHINI(2020) : Méthodologie de la recherche scientifique qualitative et quantitative, éd. éd. PUK
23. Umeh CA, Feeley FG(2017): Inequitable Access to Health Care by the Poor in Community-Based Health Insurance Programs: A Review of Studies From. Low- and Middle-Income Countries. Glob Health Sci Pract, 5: 299-314.
24. UNFPA et Church of Sweden, Women,(2016) : « Faith and Human Rights », numéro ISBN : 978-1-61800-026-2 ; date de publication : 24 juin.

# VII. MESURES D’APPLICATION POUR LA REUSSITE DE LA MISE EN ŒUVRE DES ACTVITES DE LA COUVERTURE SANTE UNIVERSELLE EN RDCONGO

SENKER NDIMBA Bob, MAHESHE SIFA Jeanne, PHOLO MANZIMBALA Jean Paul, KAZADI SULU Michel, KABONGO MUTATAYI Joseph, NSALANGA KAYUMBA Marc, CIBANGU ILUNGA Josué, GUDALABUNA MUDIKWITSHI Maurice

**RESUME**

Le management stratégique nous enseigne que pour réussir une action de terrain, il est nécessaire de mettre en commun la théorie des 4 ressources prônée par Nsaman –o-lutu Oscar et Al.et les valeurs propres de la communauté. La couverture santé universelle implique toutes les activités importantes pouvant améliorer l’accessibilité de la population aux soins de santé de qualité. De ce fait, pour la matérialisation de la couverture santé universelle en République Démocratique du Congo, la motivation du professionnel de santé, la répartition des tâches entre membres de l’équipe, la réhabilitation et construction des infrastructures sanitaires, la participation communautaire, la dotation en intrants, le renforcement des capacités et gouvernance médicale, la décentralisation effective des activités et du pouvoir, la promotion de la médecine traditionnelle et la symbiose des actions entre les professionnels de santé, les distributeurs à bases communautaires et les relais communautaires sont les mesures d’application pour la réussite de la mise en œuvre effective de la couverture santé universelle pour la promotion de la santé dans une communauté.

**Mots clés** : axes stratégiques, activités, Mise en œuvre, couverture santé universelle.

**INTRODUCTION**

L’accès aux soins de santé par le citoyen congolais dans toutes les étapes de sa vie, est une priorité et un droit fondamental reconnu par les textes légaux et la loi fondamentale de notre pays, la RD Congo, (SENKER N.B,2022).Le financement des soins de santé pose encore problèmes dans des pays en voies de développement,( Eloko Eya Matangelo G.2019). Faisant une analyse systématique, nous observerons que le système de santé de la République démocratique du Congo souffre surtout de la qualité de service de santé offert par les formations sanitaires étatiques et privées. Certaines formations sanitaires accusent depuis plus de 3 mois l’interruption des intrants (Lutumba P, 2022).

Soucieux de son pays et de sa population, le président de la République, chef de l’état de la République démocratique du Congo, dans son allocution aux peuples, a promis la couverture santé Universelle, une approche décentralisée qui devrait aller de concert avec son projet en rapport avec le développement de 145 territoires, volet santé, une situation applaudie par toute communauté (Mukinayi Dizal N,2023)mais ,examinant les écrits Bongeli Yeikelo ya Ato E.,(2008),d’un Etat bébé à un Etat congolais responsable , Nous nous rendrons compte que dans le processus de développement communautaire des entités territoriales décentralisées, seules celles qui, dont la participation communautaire est effective qui se développent malgré les actions gouvernementales liées au développement. Ces paroles expliquent en d’autres termes, le développement dans bien cas, ne concerne particulièrement que les grandes villes ; les villages, territoires et zones de santés rurales n’accusent un développement. Malgré les actions entreprises par le gouvernement pendant plus de trente ans, beaucoup des provinces restent toujours enclavées et l’accessibilité des populations aux soins intégrés de qualité, efficaces et efficients pose toujours un problème.

A la question de présenter les mesures d’application pour la réussite de mise en œuvre de la CSU en République Démocratique du Congo, Nous partons d’une hypothèse selon laquelle la réussite de la couverture santé universelle en RD Congo proviendrait de la mise en pratique des stratégies et mesures ci-haut cités. Le but de cette étude est d’énumérer les mesures qui contribueraient à la réussite de la CSU en RDCONGO. Dans cette étude nous avons utilisé la combinaison méthodologique dont les méthodes systémique, analytique, descriptive et étude de cas ont été utilisées pour la collecte des données et la rédaction de la présente dissertation.

La santé communautaire est une nouvelle forme de contrôle sociale. Au niveau des pays en développement comme le nôtre, elle est une approche active, c'est-à-dire s’adresse directement à des populations géographiquement déterminées, généralement pauvres ou marginales et qu’elle mette l’accent sur la participation de la communauté,(Amuli Jiwe et Al,2O14). Cette participation donne généralement réponse à des revendications communautaires afin d’obtenir de meilleures préventions, des meilleurs soins et des meilleurs services. Pour que le problème de la santé communautaire puisse trouver une solution satisfaisante, il doit répondre aux quatre critères  suivants,(Middle-Income Countries. In, 2017) Aux Besoins des professionnels de santé eu égard à leurs compétences, leurs attentes, Aux demandes de la communauté souvent plus réaliste, en adéquation avec leur environnement et Aux moyens disponibles.  La santé d’une communauté ou d’une population dépend d’un ensemble de facteurs biologiques, démographiques, écologiques, médicaux, sociaux, politiques, économiques, … quel est leur poids respectif ? Difficile de le mesurer, mais ces facteurs agissent de manière complexe et en synergie, (Ekman B., 2004).

**Il convient de noter que la santé communautaire :** est une approche de résolution des problèmes de santé fondée sur l’engagement des communautés. Elle intègre des services de santé préventifs, promotionnels curatifs et réadaptatifs destinés aux communautés et délivrés par les communautés elles-mêmes sous la supervision du personnel de santé publique. Elle vise à étendre les prestations sanitaires à la périphérie géographique et sociale du pays, structure et renforce la gouvernance sanitaire locale et le partenariat entre les communautés et les structures de santé, (Senker B., 2022). Le but professé par l’initiative de Bamako est d’approcher les communautés aux soins qu’on appelle santé communautaire (la prévention, la promotion, l’accompagnement, le curatif, la réhabilitation et l’insertion) c’est-à-dire l’accessibilité universelle aux soins de santé primaires, avait pour objectifs spécifiques de :renforcer les mécanismes de gestion et de financement au niveau local, promouvoir la participation communautaire et renforcer les capacités de gestion locale, renforcer les mécanismes de fourniture, de gestion et d’utilisation des médicaments essentiels, assurer des sources permanentes de financement pour le fonctionnement des unités de soins.

Ainsi pour cela, il y a eu instauration de huit principes directeurs qui définissent un processus de mise en œuvre d’un système de recouvrement des coûts. Ceci doit permettre également l’amélioration de l’offre de soins(Le rapport la Banque Mondiale, 2017) :

1.Les gouvernements doivent faire en sorte que toutes les communautés aient accès aux activités de soins de santé primaires ;

1. Il faut décentraliser la prise de décisions des districts de santé, notamment en ce qui concerne la gestion des soins de santé primaires ;
2. Il faut décentraliser la gestion financière afin que les ressources produites localement soient gérées par les communautés ;
3. Les principes relatifs au financement communautaire des services de santé doivent être appliqués à tous les niveaux du système de santé ;
4. Les gouvernements doivent apporter une contribution substantielle aux soins de santé primaires et prévoir suffisamment de fonds à l’intention des services de santé locaux ;
5. Le concept de médicaments essentiels doit être intégré dans les politiques nationales de santé fondées sur les soins de santé primaires ;
6. Des mesures telles que des exonérations et des subventions doivent être prises pour garantir aux couches sociales les plus démunies l’accès aux soins de santé ;
7. Des objectifs intermédiaires doivent être clairement définis ainsi que des indicateurs pour mesurer les progrès accomplis.

**La couverture santé Universelle : de la théorie à la pratique :**

**1. Signification**

La Couverture Sanitaire Universelle(Umeh CA, Feeley FG,2017):est définie par l’Organisation Mondiale de la Santé comme étant la situation dans laquelle toute personne reçoit des services de santé de qualité qui répondent à ses besoins sans encourir de difficultés financières pour les acquérir. Etant donné les contraintes liées à la limitation des ressources, cela n’inclut pas tous les services possibles, mais une gamme exhaustive de services essentiels qui sont bien cohérents avec d’autres objectifs sociaux,(PNDS-RDC,2019).

* **Etendre les services prioritaires**

En ce qui concerne l’extension des services, la question cruciale consiste à identifier quels services élargir en premier. Les services peuvent être classés en trois catégories: les services de haute priorité, de priorité moyenne, et de faible priorité. Au nombre des critères pertinents utilisés pour la classification et la catégorisation des services, il y a l’efficacité des dépenses, la priorité aux plus démunis, et la protection contre le risque financier.

Pour sélectionner les services à étendre en second lieu, il est souvent utile de commercer par estimer le rapport coût-efficacité des différentes politiques envisagées pour ensuite tenir compte de la préoccupation pour les plus démunis et des autres critères pertinents. La spécification, la mise en balance, et l’utilisation de ces critères devraient s’opérer dans le contexte de grands débats publics et par le biais de procédures participatives. Cela permettra à un grand nombre de groupes de contribuer au processus d’établissement des priorités et renforcera l’obligation des institutions publiques d’être responsables devant les citoyens au sujet des décisions prises. Les pays vont également bénéficier de l’existence d’un comité national permanent sur l’établissement des priorités pour traiter des cas particulièrement difficiles.

* **Inclure plus de personnes**

En ce qui concerne l’inclusion d’un plus grand nombre de personnes, la question inévitable consiste à identifier qui inclure en premier. Pour inclure plus de personnes de façon équitable, les pays devraient étendre en priorité la couverture aux groupes à faibles revenus, aux populations rurales, et aux autres groupes désavantagés en termes de couverture de services, de santé, ou les deux. Ceci est particulièrement important pour les services de haute priorité. Inclure de manière équitable un plus grand nombre de personnes peut nécessiter des approches ciblées si elles s’avèrent efficaces.

* **Réduire les paiements directs des ménages**

Plusieurs pays dépendent énormément des paiements directs pour le financement des services de santé. Ces paiements constituent une barrière à l’accès aux services de santé, en particulier pour les plus pauvres. En outre, pour ceux qui utilisent effectivement les services, les paiements directs constituent souvent une charge financière considérable pour eux et leurs familles et peuvent même causer des catastrophes financières. En vue d’améliorer l’accès aux soins et la protection contre le risque financier, les pays doivent donc remplacer les paiements directs par des systèmes de prépaiement obligatoires, avec mutualisation des fonds. La question fondamentale est de savoir comment procéder à ce remplacement. L’équité suggère que les paiements directs soient d’abord réduits pour les services de haute priorité, et pour les groupes désavantagés, y compris les plus pauvres. Pour ce qui est des paiements obligatoires, l’équité suggère que ces paiements augmentent généralement avec la capacité de payer et que les contributions au système soient progressives. Quant à l’accès aux services, il doit reposer sur les besoins et non la capacité de payer(https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets.)

1. **Stratégies**

Stratégie Générale et voies à suivre, Une stratégie en trois volets peut guider notre pays à réaliser la CSU de manière progressive et néanmoins équitable. La RD Congo peut: catégoriser les services en groupes prioritaires. Les critères pertinents pour cette catégorisation incluent le rapport cout-efficacité, la priorité aux plus démunis et la protection contre le risque financier. Faire des choix justes pour une couverture sanitaire universelle étendre pour commencer la couverture des services de haute priorité à tous.(PNDS-RDC,2019) Cela inclut l’élimination des paiements directs et le recours accru aux prépaiements obligatoires, progressifs et mettant en commun les fonds. Ce faisant, veiller à ne pas laisser à la traine les groupes désavantagés. Il s’agira le plus souvent de groupes à revenus faibles et des populations rurales. Dans le cadre d’une stratégie plus globale, les pays doivent effectuer des choix minutieux au sein de chaque dimension et de façon transversale. Ces choix dépendront du contexte, et plusieurs options différentes peuvent s’avérer appropriées,( Vilcu I, Probst L, Dorjsuren B, Mathauer I.,2016):.

1. **Objectif de la couverture sanitaire universelle**

Bien que le but premier de ce texte ne soit pas d’expliquer pourquoi notre pays devrait rechercher la CSU, il est utile de souligner la justification solide et pluridimensionnelle qui sous-tend cet objectif,(Minisanté-RDC,2019) :

* D’abord, l’accès aux services de santé est motivé par les avantages individuels de l’utilisation des services.
* L’amélioration de l’état de santé des individus peut être considérée comme une fin en soi, et elle peut être considérée comme étant essentielle au bien-être général des individus et aux capacités et opportunités y relatives.
* L’état de santé d’un individu peut affecter son bien-être directement, mais aussi indirectement, à travers son revenu et sa richesse par exemple. La santé des individus est aussi importante en raison de son impact sur l’ensemble des opportunités dont ils disposent.
* leur santé affecte par exemple leur capacité à travailler et à poursuivre leur éducation
* ou sur la diversité des projets de vie qui s’offrent à eux. Du même point de vue, la raison pour laquelle l’accès abordable est si important est également évidente.
* Tout comme la mauvaise santé, les paiements élevés peuvent gravement limiter le bien-être et les opportunités, non seulement pour la personne qui utilise les services, mais également pour sa famille.
* L’accès abordable à toute la gamme de soins facilitera également l’utilisation des services préventifs, et ces services sont souvent plus efficaces en termes de coût que les services curatifs correspondants.
* En outre, l’accès abordable produit des avantages même pour ceux qui n’ont éventuellement pas besoin des services de santé. Entre autres, le fait de savoir que les services sont accessibles à des coûts abordables peut réduire l’anxiété et la peur de tomber malade et permettre aux gens de mieux dormir la nuit. Cette information peut également faciliter la planification et l’utilisation productive des ressources qui autrement, seraient gardées en réserve au cas où le recours à des soins coûteux s’avérerait nécessaire.

Une large couverture est également bénéfique à la société en général. L’amélioration de la couverture améliore la santé de la population et contribue au développement. Il convient de noter que les enfants en bonne santé apprennent mieux et une population en bonne santé facilite la croissance économique.

1. **Motivation**

La CSU peut en outre être motivée par ses effets distributifs. Quel que soit les bénéfices totaux pour la société, la couverture sanitaire universelle peut être soutenue par l’idée que l’accès à la couverture sanitaire ne doit pas être restreint aux groupes. Les mieux, seraient, Faire des choix justes pour une couverture sanitaire universelle nantis de la population ou, plus spécifiquement, que cette restriction est injuste. Dans la mesure où elle améliore la couverture pour les plus démunis, les progrès vers une CSU peuvent également favoriser une distribution plus équitable de la santé et du bien-être. La CSU est également un moyen de satisfaire les droits aux soins de santé et le droit « **qu’à toute personne de jouir d’un meilleur état de santé physique et mentale possible**,» reconnus par le droit international. Il n’existe pas de pays qui n’ait ratifié au moins un traité spécifiant certaines obligations concernant le droit à la santé. Dans le cadre du droit international, les États ont l’obligation d’adopter des mesures appropriées pour réaliser le droit à la santé, ou le droit aux soins de santé, et ce sur une base non discriminatoire.

Cette obligation implique une stratégie et un plan d’action pour réaliser cet objectif de même que des mécanismes de supervision et de correction. Les parties impliquées dans les traités internationaux ont également l’obligation d’allouer des ressources suffisantes pour atteindre le droit à la santé. En d’autres termes, les États ont l’obligation d’adopter des mesures appropriées en vue de réaliser le droit à la santé, et réaliser la CSU est crucial dans cet effort. En conséquence, plusieurs approches différentes, y compris celles basées sur l’équité ou les droits, peuvent soutenir et encourager la promotion urgente de la CSU.

1. **Portée de la couverture sanitaire universelle**

La CSU doit être envisagée selon une approche globale. Plus spécifiquement, l’objectif de la CSU nécessite des services de qualité de divers ordres, pour renforcer l’ensemble du système de santé, et pour agir de manière intersectorielle. En ce qui concerne les services, la CSU va certainement au-delà des services cliniques et curatifs et prend également en compte les mesures de santé publique, y compris les services de promotion, de prévention, et de rééducation.,(Lufuluabo K.J. et Al,2021). Les mesures de santé publique incluent par exemple les campagnes d’informations sur l’hygiène et la sécurité alimentaire, le contrôle des vecteurs de diffusion des maladies et la règlementation sur le tabac. Les services au sens large comprennent également la fourniture de médicaments, d’appareils et d’autres biens. En particulier, en ce qui concerne les médicaments essentiels, un effort considérable a été entrepris afin de promouvoir l’accès universel. Pour l’ensemble des services, la quantité ne suffit pas. La qualité de ces services constitue un facteur essentiel. Dans la transition vers la CSU, les pays doivent veiller à ce que tous aient accès, non pas simplement aux services, mais à des services réellement efficaces et de bonne qualité

Le financement constitue une des préoccupations majeures de la CSU. La fonction de financement des systèmes de santé inclut la collecte des revenus, la mise en commun des ressources, et l’achat des services, toutes ces activités étant d’une importance capitale dans la progression vers la CSU. Toutefois, la CSU et les moyens requis pour progresser vont au-delà du financement. La CSU porte sur la couverture en général, et de ce fait, se préoccupe de toutes les barrières qui entravent la couverture. Plusieurs de ces barrières sont essentiellement non financières, y compris les barrières juridiques organisationnelles, technologiques, informationnelles, géographiques et culturelles et les moyens financiers ne sont pas nécessairement les meilleurs moyens d’y apporter des solutions. Par conséquent, il faut renforcer toutes les fonctions du système de santé. En plus du financement, les quatre fonctions essentielles comprennent la prestation de services, la production de ressources humaines et physiques, et l’encadrement.

**6. Qualité des soins**

La qualité des soins dans la mise en oeuvre de la CSU est évaluée par une série d’indicateurs de santé. Concevoir une politique de financement de la santé pour le secteur informel seulement n’a pas de sens ; elle doit s’inscrire dans une perspective systémique et faire partie intégrante d’une politique globale couvrant toute la population. Les évidences montrent que la contribution directe des ménages du secteur informel au financement d’une assurance santé passe essentiellement par un prépaiement pour des mutuelles de santé qui jouent alors la fonction d’agence de mise en commun et d’acheteur stratégique22.

Les évidences indiquent cependant que la mutuelle de santé n’est pas une option viable pour un financement durable de la santé dans les pays à faible revenu et que le caractère contributif (primes, ticket modérateur ou co-paiement) exclut les plus pauvres qui ont le plus besoin d’une couverture risque maladie. La RDC peut s’inspirer des expériences d’autres pays pour orienter ses politiques et stratégies en cette matière. Mais, vu le contexte actuel du pays, il semble difficile de compter sur des financements publics substantiels qui permettraient de faire face à la majorité des coûts liés à la CSU. Il faudra attendre la stabilisation de la situation politique, la reprise d’une croissance économique inclusive soutenue et la mise en place d’une politique fiscale plus équitable capable de générer des revenus plus importants via des impôts et des contributions à un système d’assurance-maladie pour l’ensemble de la population. Au-delà du financement, la CSU est aussi une question d’arrangements institutionnels, d’organisation du système de santé pour une offre de services de qualité et de choix de société en termes de valeurs (solidarité, équité).

**4. Mesures d’applications pour la réussite de la mise en œuvre des activités de la couverture sante universelle en RD Congo**

En République Démocratique du Congo, analysant le besoin exprimé de la population, pour que chacun puisse atteindre le meilleur état de santé possible, le conseil National de la couverture santé universelle(CNCSU) est fondé sur base du droit à la santé et à la sécurité alimentaire, le chef de l’état et le gouvernement ont institué un système de couverture sanitaire universelle fondé sur les principes d’équité, d’assurance qualité, des soins et de protection financière pour tous. (Cfr loi n° 18/035 du 13 décembre 2018 fixant les principes fondamentaux relatifs à l’organisation de la santé Publique en RDC, article 41).

La couverture santé universelle repose sur cinq axes ci-après : Amélioration de l’offre de soins et services de santé, Protection financière pour tous les citoyens, renforcement de l’approche santé dans toutes les politiques, Gouvernance et Gestion du système national de CSU, la mobilisation des ressources en faveur de la CSU.

Pour sa mise en œuvre, Cinq structure ont été créées, il s’agit de Fonds de promotion de la santé, Fonds de la solidarité de santé, agence nationale de l’ingénierie clinique, de l’information et de l’informatique de la santé, Autorité de régulation de la prestation en santé, et l’institut national de la Santé Publique. Notre étude, voulant contribuer à la réussite de la dite activité, voici donc les axes de sa contribution pour la matérialisation de la couverture santé universelle.

* **Renforcer le financement de santé :**
* Renforcer le financement de la santé basé sur l’impôt général et l’impôt sur les revenus, créer des mécanismes de financement viables,
* Le gouvernement doit être innovant  pour générer les revenus sur des sources internes et améliorer la mobilisation de ressources fiscales.
* Relancer la sécurité sociale et les mutuelles de santé.
* Il faut aussi poser un problème de bon usage de ces ressources : l’efficience allocative (où l’on met les ressources) et l’efficience technique (comment on utilise ces ressources).
* **Renforcer le leadership et améliorer la gouvernance sanitaire**
* L’amélioration des systèmes de santé en Afrique comme en RDC n’est pas seulement question d’augmenter les ressources financières, c’est aussi preuve de leadership et de bonne gouvernance dans la gestion des programmes de santé.
* Les pays africains et en particulier la République démocratique du Congo doivent réellement afficher dans le domaine de santé le leadership qui leur fait défaut actuellement. Les leaders sanitaires congolais doivent revenir aux principes basiques de santé publique établis en se focalisant sur les priorités de santé en particulier la protection maternelle et infantile et la santé des familles qui, étant donné que les familles acceptent de financer leur propre état de santé dans un esprit d’auto-responsabilité et d’auto-détermination.
* Elle doit revoir les stratégies actuelles et les recadrer par rapport aux priorités nationales, et mettre en place des stratégies coordonnées et inscrites dans la durée mobilisant les différents acteurs nationaux et étrangers, publiques et privés, aux différents niveaux de la pyramide sanitaire.
* Faute de leadership, le système sanitaire de notre pays la RDC continuera à être sous tutelle et à produire des rapports standards à destination des fonds internationaux, pour de données qui ne servent pas réellement à la population congolaise.
* Ceci implique la transparence dans la gestion et la distribution de ressources car, il faut le dire, la mauvaise gouvernance a un impact direct négatif sur la performance des systèmes de santé et en particulier sur les mutuelles de santé qui en sont les sous-systèmes.
* **Investir dans le personnel :**
* En réalité, il est important d’accroitre les investissements en faveur du personnel : augmenter leur rémunération, prendre des mesures incitatives telles que les avantages socio-substantiels, l’accès à la promotion, plan de carrière, opportunités d’évolutions.
* Former davantage le personnel (formation de base et formation continue).
* **Investir davantage dans les infrastructures et les équipements.**
* En Afrique, environ 7% des budgets de la santé sont consacrés aux infrastructures, alors que les pays africains ayant des systèmes de santé performants, consacrent plus de 30% de ces budgets aux infrastructures,(Senker B et Al,2022).
* Il faut reconnaitre que depuis plus d’une décennie environ, les choses changent ici et là ; des nouveaux hôpitaux et en construction par les chinois notamment, des équipements de soins de santé et des médicaments sont disponibles.
* Mais on constate que ces progrès se concentrent dans des capitales des pays africains ou dans des grandes villes et les services ne sont pas accessibles à la majorité de la population. Nous citons par exemple, l’hôpital du cinquantenaire de Kinshasa, Il est rare dans des provinces et périphéries. Il est donc nécessaire de penser à construire des infrastructures de qualité et le personnel bien formé devrait travailler dans des conditions normales et des intrants bien disponibles pour assurer la sécurité sanitaire des populations.( D., Grodos, R., Meloni, P., Mercenier.,1999)
* Les efforts doivent être déployés pour rendre les services accessibles à la majorité de la population et pour investir dans d’autres provinces
* **Améliorer l’accès aux médicaments essentiels et de qualité.**
* Augmenter la production locale par le développement d’une industrie pharmaceutique nationale : Rationaliser la chaine d’approvisionnement en substituant les différents intermédiaires par la technologie pour faciliter la distribution des médicaments.
* La mise en place de la couverture sanitaire universelle pour donner à la majorité de la population l’occasion d’accéder aux médicaments de qualité.
* Lutter contre les faux médicaments par la création des laboratoires régionaux de contrôle de qualité, le renforcement de la coopération entre les états, la modification et l’harmonisation des cadres législatifs entre pays et la création d’une agence unique du pays du médicament ou continental du médicament.
* Redonner à la cellule du ministère de la santé chargée d’approvisionnement en médicament essentiel son autonomie en collaboration parfaite avec l’office congolais de contrôle.
* **Investir dans la couverture sanitaire Universelle et la nouvelle approche de système de santé par les biais des mutuelles de santé :**
* La couverture de santé universelle fait partir de la protection sociale ou de la sécurité sociale. Donc, lorsque les actions de la mutuelle de santé sont mieux définies et mieux planifiées, bien suivies et évaluées dans chacune de ses parties et dans chacun de ses entités et formations médicales, nous assisterons à la satisfaction des membres.
* **Mutualiser et promouvoir les actions de la médecine traditionnelle.**

Malgré les aspects négatifs de la médecine traditionnelle en République Démocratique du Congo, où l’on assiste la difficulté de la posologie, manque de rigueur, la concentration du principe actif dans le produit étant à chaque préparation par faute de matériels de dosage fiable ; L’imprécision du diagnostic et de la durée du traitement, Le fétichisme qu’on y mélange ne permet pas aux chrétiens et aux autres croyants de consulter les guérisseurs, Certaines thérapies utilisent des procédés très irritants et douloureux( …) la médecine traditionnelle nous offre :

* Sous toutes ses formes, un mode de vie, un mode de pensée, une culture et une facette de la civilisation congolaise. On a trouvé que remettre en bonheur cette médecine en la transférant du stade oral où elle se trouve actuellement confinée, au stade écrit contribuerait à revaloriser l’homme congolais, sa personnalité et sa culture propre.
* Les thérapies congolaises utilisent divers produits d’origine végétale, animale et minérale, de nombreux produits pharmaceutiques en ont déjà été extraits par de moyens techniques modernes, d’autres pourront être à l’avenir, confirmant ainsi l’apport certain de la civilisation congolaise à la science et à la technologie universelle. Cette médecine met en œuvre certaine méthodes et approches thérapeutiques encore mal connues qui une fois bien approfondies et maîtrisées, pourront révolutionner le diagnostic, la prévention ou le traitement de certaines maladies.
* Les plantes et autres ingrédients de la médecine traditionnelle pourraient être exploitées pour l’usage local ou pour d’exploitation soit sous forme artisanale sous forme des produits industrialisés,(Senker B et Al,2022).
* **Pratiquer les exigences des 10P du Marketing-Mix.**

Nous vous expliquons ci-dessous en quoi consiste les 10P du mix-marketing.la santé est un domaine pluridisciplinaire et exigeant l’association des compétences des uns et des autres pour obtenir un effet thérapeutique souhaité les résultats voulus, les 10P du marketing Mix sont d’une grande importance dans la matérialisation de la couverture santé Universelle.il Convient de noter :

* **Product : la politique de produit** : la politique produit correspond à tous les éléments visant à définir les caractéristiques d’un produit ou d’un service. Ces éléments sont nombreux : caractéristiques techniques, composition, esthétique, qualité, performances, marque, conditionnement, garantie, service après-vente…, Ici, il s’agit de définir la **gamme de produits ou de services** proposée par l’entreprise. la couverture santé Universelle ne doit pas se limiter juste au slogan, mais doit présenter les services disponibles la population,(Mayo E.,207).
* **Price : la politique de prix** : Selon, (Keller Kelvin L,2016),la politique de Prix permet à l’entreprise de se placer par rapport à la concurrence. Il convient de **déterminer quel sera le prix des produits ou des services** proposés. Plusieurs stratégies sont envisageables en fonction des objectifs de l’entreprise : Proposer des prix bas par rapport à la concurrence pour réaliser de nombreuses ventes ; Fixer des prix élevés avec des offres limitées pour obtenir une image de marque haut de gamme vis-à-vis de la clientèle ; Un prix de vente doit également se baser sur les coûts de revient de l’entreprise et la marge qu’elle entend réaliser. De plus, il faut également tenir compte des prix que les clients sont prêts à payer (aussi bien minimums que maximums).Enfin, il faut également déterminer **les modalités de paiement** proposées aux clients. les activités de la CSU, doit tenir compte de des principes de l’économie de la santé précisément, elle doit tenir compte de la relation cout-efficacité, cout-bénéfice et cout-avantage.
* **Place : la politique de distribution** : elle correspond à tous l**es canaux de distribution utilisés par l’entreprise** pour la commercialisation de ses produits ou ses services. Il s’agit : De trouver le meilleur moyen de distribution aux clients ; De s’interroger sur toutes les contraintes logistiques et de trouver des solutions ; aussi de définir les moyens humains qui sont nécessaires à la distribution des produits ou des services ,(P. Kotler et Al.2015).
* **Promotion : la politique de communication** correspond à toutes les **actions de communication** qu’une entreprise met en place pour se faire connaître auprès de sa cible et atteindre ses clients. On y retrouve notamment : la publicité, la communication sur internet et les réseaux sociaux, les offres de promotion. Il s’agit également de travailler le positionnement de l’entreprise sur le marché et l’image de la marque. ici, la CSU doit prévoir les équipes de communications dans chacune des provinces et territoires voir meme, dans chacune des zones de santé, qui expliqueraient à la communauté, la signification, le bien-fondé des activités de la dite couverture et les résultats attendus.
* **People : interactions avec les clients** ; le 5ème P, pour People, correspond aux interactions directes du personnel de l’entreprise qui est chargé de vendre les produits ou les services, et qui sera en **contact direct avec les clients**. L’objectif est de se préoccuper de la satisfaction des clients, de les fidéliser et d’améliorer la réputation de l’entreprise. Il convient de noter qu’ici, le suivi et évaluation occupe une place de choix.
* **Process : parcours des clients ; le Process correspond au** **parcours réalisé par le client de la découverte de l’offre jusqu’à la vente**. L’observation des canaux utilisés par le client permet d’optimiser les tunnels de conversion. L’objectif est de réduire l’inquiétude des clients lors de l’achat d’un service pour augmenter les ventes. dans ces actions, les équipes de terrain doit éviter les services qui fatiguent, qui laissent à désirer et qui rendent le consommateur de services inquiet et en se posant des questions sur la qualité des services attendus.
* **Physical Evidence : preuves pour convaincre les clients** ; Ce domaine correspond aux **preuves utilisées pour convaincre les clients** (témoignages, avis clients, mentions spécifiques sur les pages de vente…). Ce domaine est très important pour les activités digitalisées. Dans le cadre d’une activité de services, les entreprises ont besoin de preuves digitales pour convaincre les clients. Contrairement à un produit que l’on retrouve en boutique, les clients ne peuvent pas tester un service avant d’acheter. étant donné que les services à couvrir seraient nombreux, il est conseillé ici, d’utilisé les pairs et les relais communautaires.
* **Purple crow (originalité d’un produit ou d’un service).** L’objectif consiste à proposer sur le marché un produit ou un service différent pour réussir. Les études démontrent que la population consommatrice des services de santé, préfère actuellement payer ses soins et bénéficier de la qualité de service une fois pour toute. Malgré que certaines gens sont membres des mutuelles de santé, mais les résultats de certaines études de terrains expliquent qu’ils préfèrent le ticket modérateur et le payant cache par rapport aux comportements des professionnels de santé en ce qui concerne la relation soignant-soignés et les principes de la bioéthique nous demandant la bienfaisance, la justice et l’autonomie de la personne malade ;les affiliés des mutuelles ne bénéficient meme pas des soins de qualité faute des closes faits dans le partenariat entre mutuelles et les formations sanitaires (Bob senker,2022).C’est qui est vrai est que, les gens connaissent les irrégularités des activités d’état et des services gratuits. D’où, des services nouveaux et des qualités exceptionnelles, induiraient les consommateurs des différents niveaux de vie, d’en tirer profit.
* **Permission marketing** (permission de faire du marketing). L’entreprise demande l’accord d’un client potentiel avant d’effectuer une approche commerciale. Cela concerne notamment l’envoi de newsletters, l’envoi de SMS et l’envoi de mails. Cette technique est très efficace pour les soins à domicile, après entretien, les équipes devraient déjà connaitre les besoins comparatifs des individus, des ménages et des communautés pour offrir des services selon les besoins desdites communautés. Il convient de noter ici, lorsque les équipes de santé sont juste dans des formations sanitaires et attendent la population à venir chercher les soins de santé, il y’a risque de la sous-utilisation des services. Alors qu’il y aura satisfaction, si les nouvelles activités sont incorporées dans le paquet de soins qui semble être différents selon les communautés. Aussi, la couverture santé universelle fait appel également à la prévention des maladies. De ce fait, les équipes cadres doivent tenir compte de la disponibilité d’autres services adjuvants aux curatifs.
* **La motivation**

La motivation est la raison pour laquelle les humains initient, continuent ou mettent fin à un comportement à un moment donné. Les états motivationnels sont généralement compris comme des forces agissant au sein de l'agent qui créent une disposition à s'engager dans un comportement axé sur un objectif. (Senker B. et Al,2022),On considère souvent que différents états mentaux sont en concurrence les uns avec les autres et que seul l'état le plus fort détermine le comportement. Cela signifie que nous pouvons être motivés à faire quelque chose sans vraiment le faire. L'état mental paradigmatique fournissant la motivation est le désir. Mais divers autres états, tels que les croyances sur ce que l'on doit faire ou les intentions, peuvent également fournir une motivation. La motivation est dérivée du mot « motif », qui désigne les besoins, les désirs, les désirs ou les pulsions d'une personne. C'est le processus de motivation des individus à agir afin d'atteindre un objectif. Les éléments psychologiques qui alimentent le comportement des gens dans le contexte des objectifs professionnels peuvent inclure un désir d'argent. En clair, le salaire décent, motive le personnel de santé à mieux donner le meilleur de lui en âme et conscience,(Atswel M.G et Al,2021),

* **La Participation communautaire**

Elle peut être évaluée sur deux critères : le niveau de cette participation au sein du programme de santé et la représentativité des personnes impliquées. La participation communautaire est donc le processus par lequel les individus, les familles, les sociétés, les communautés prennent conscience de leur propre situation et sont motivés pour résoudre leurs problèmes communs. Cela leur permet de devenir les acteurs de leur propre développement. La participation communautaire réclame la mobilisation de tous, mais une mobilisation née de l’acceptation libre, fondée sur l’intelligence des tous les objets poursuivis .C’est pourquoi, cette conception classique des systèmes de soins, ‘’où le professionnel est le seul à tout savoir et tout décider’’, semble-t-elle aussi dépassée. La participation communautaire s’accompagne de l’action communautaire.

A ce stade, pour la matérialisation effective et la satisfaction des consommateurs se services de santé, les équipes de la CSU doivent lutter pour l’adhésion et la mobilisation de la population qui accepte et utilise toutes les ressources locales en vue de prendre des mesures ou effectuer des changements collectifs planifiés.

La participation des populations est un moyen donc efficace pour que les priorités et programmes tiennent. Dans la participation des membres de la communauté à la planification, à la gestion et à l’évaluation de leur état de santé individuelle ou collective, Il y a une notion d’engagement de chaque individu. La participation de la communauté est recherchée à tous les niveaux de l’action et consiste à analyser la situation sanitaire de la communauté ; Identifier le problème, choisir les priorités ; Définir les objectifs et activités, mobiliser les ressources pour améliorer la situation ; Organiser et conduire l’action ; Evaluer l’action. Cette activité serait efficace, lorsqu’il y’a symbiose des actions entre les professionnels de santé, les relais communautaires, les pairs et les distributeurs à base communautaire qui sont plus proche des membres de la communauté.

**CONCLUSION**

Au regard des évidences présentées dans cette note, les recommandations suivantes sont formulées pour la mise en œuvre d’une CSU de la population congolaise:

* Le financement de la CSU doit se baser à la fois sur les contributions de ménages (assurances sociales, mutuelles de santé) et sur des subventions publiques nationales et provinciales (ressources domestiques et aide extérieure) conséquentes pour couvrir toutes les couches et catégories de la population. Pour cela, il faut que la RDC poursuive les réformes politiques en cours et mène des réformes fiscales courageuses à la recherche des innovations de financement comme les recettes non fiscales issues des certaines redevances versées par l'industrie extractive, minières, téléphonie mobile, transfert des fonds….. pour augmenter progressivement et considérablement le budget de l’Etat et la part allouée à la santé en inscrivant celle-ci comme une priorité de l’action gouvernementale aussi bien au niveau national que provincial.
* Une approche décentralisée, car la plupart des pays dont les expériences sont rapportées dans cette note ont une taille de population et une superficie comparables aux provinces de la RDC. Le processus de décentralisation en cours est une opportunité à saisir pour la mise en oeuvre de la CSU. Dans cette optique, il pourrait être envisagé de tester la mise en place de la CSU dans une province et de la placer sous le leadership de l’exécutif provincial. Le passage à échelle se ferait progressivement à l’aide d’un monitorage et d’une évaluation rigoureuse du processus. Dans le cadre de la caisse de péréquation instituée par la Constitution de la République, les provinces les moins riches devront bénéficier de subventions publiques complémentaires et d’un accompagnement technique du niveau central et des partenaires techniques et financiers.
* La couverture santé universelle étant une approche globale de la santé qui doit se vivre par la population alors, il est nécessaire de mener les études dans des provinces en commençant par la formation des professionnels de santé dans ce domaine et les soins étant plus proche de la population, cette dernière, pourra mieux affirmer la couverture santé universelle est une réalité dans son milieu de vie en pensant davantage à la rémunération qualitative et quantitative du professionnel de santé, qui est l’acteur principal de la dite couverture santé Universelle.

**BIBLIOGRAPHIE**

1.Bongeli Yeikelo Ya Ato E.(2008):D’un Etat bébé à un Etat Congolais Responsable, Ed. Le Harmattan, France, 242P

2. D., Grodos, R., Meloni, P., Mercenier. (1999) : Le développement d’un district sanitaire: qu’est-ce qu’un district sanitaire fonctionnel ? le cas de Dolisie (Loubomo) au Congo (République du Congo).

3. Ecole de Santé Publique. Université de Kinshasa (2003). Enquête CAP ménage sur la situation sanitaire des Zones de Santé appuyées par la Banque Mondiale à travers BCECO dans le cadre du PMURR. Rapport final. Kinshasa, République Démocratique du Congo

4. Ekman B.,(2004): Community-based health insurance in low-income countries: a systematic review of the evidence. Health Policy Plan 2004, 19: 249-

Le rapport la Banque Mondiale,(2017) : Dépenses et finances Publiques en RDC éd.2013

1. Lufuluabo Kasuyi J.et Al(2021) : Laboratoire de santé Publique, Ed. Feu Torrent,Kin ,RDC.
2. Lutumba Tshindele P(2022) : Séminaire d’écriture scientifique, RDC,ISTM-Kin,Inédit.
3. Manzambi K.,(2014) : Laboratoire de santé Publique, Ed. DEBOECK, p15.
4. Matukala N.T., et Al.,(2013) :( Economie de santé, Ed, Bruxelles p 45.
5. Middle-Income Countries. In,(2017): Quah, S.R. and Cockerham, W.C. (eds.): The International Encyclopedia of Public Health, 2nd edition edn. Oxford: Academic Press; 2017.
6. Mini santé, RDC,(2017) : Rapport sur le financement des soins de santé, éd. entièrement revue
7. Ministère de la Santé (1998) : Etat des lieux du Secteur de la Santé (ELS) Ministère de la Santé, Kinshasa, République Démocratique du Congo
8. Ministère de la Santé (2001) Politique Nationale de Santé. Ministère de la Santé Kinshasa, République Démocratique du Congo
9. Ministère de la Santé (2019) : Plan Directeur de Développement Sanitaire (PDNS).Ministère de la Santé, Kinshasa, République Démocratique du Congo
10. Ministère du Plan et de la Reconstruction Nationale (1995) : Enquête nationale sur la santé des enfants et des femmes, Kinshasa, République Démocratique du Congo
11. Organisation Mondiale de la Santé (2005) : Rapport sur la santé dans le monde. Organisation Mondiale de la Santé, Genève.
12. Organisation Mondiale de la Santé. La santé et les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Organisation Mondiale de la Santé, Genève.
13. Ross D.A. The trained traditional birth attendant and neonatal tetanus. In: Mangay-Maglacas, A. and Simons, J. (Eds.) The potential of the traditional birth attendant,. Geneva 1986: WHO. pp. 8-20 Consultation prénatale recentrée : attitudes, connaissances et pratiques de la communauté de Dio-Gare.
14. SENKER B et Al,(2022) : Indices de la pauvreté dans la commune urbano rurale de Mont ngafula II, Art, SC,IJOSSASS,2022
15. SENKER B et Al,(2022) : Perception des Primigeste sur les indications de la césarienne dans la ZS de Kalamu I, Kin-RD Congo,Art, sc, IJOSSASS,
16. SENKER B. et Al.(2022) : risques socioéconomiques , sanitaire et démographique liés au refus des tests prénuptiaux par les jeunes de la ZS de ngaba, Art, sc,IJOSSASS,2022
17. TSHIBWABWA KUDITSHINI(2020) : Méthodologie de la recherche scientifique qualitative et quantitative, éd. éd. PUK
18. Umeh CA, Feeley FG(2017): Inequitable Access to Health Care by the Poor in Community-Based Health Insurance Programs: A Review of Studies From. Low- and Middle-Income Countries. Glob Health Sci Pract, 5: 299-314.
19. UNFPA et Church of Sweden, Women,(2016) : « Faith and Human Rights », numéro ISBN : 978-1-61800-026-2 ; date de publication : 24 juin.
20. UNICEF, Savoir pour sauver, édition 2001, 2002, 2003, 2011.
21. UNICEF, Situation de l’enfant dans le monde, 1999, 2000, 2001.

UNIKIN, Inédit, 2007.

1. Vilcu I, Probst L, Dorjsuren B, Mathauer I.,(2016): Subsidized health insurance coverage of people in the informal sector and vulnerable population groups: trends in institutional design in Asia. Int J Equity Health, 15: 165.
2. World Faiths Development Dialogue,(2017) « Exposé : Établir un consensus sur la planification familiale entre les communautés religieuses du Sénégal», juillet.

# **VIII. MOTIVATION****: UNE SOURCE EFFICACE POUR AMELIORER LA** **PERFORMANCE D’UNE ORGANISATION****, CAS DE LA SOCIETE F.COMPTA**.

**Bob SENKER NDIMBA**

**Abstracts**

In his speech kept saying that for a manager, private interests in an organization must disappear in favor collective interests based on a few theories of organizations, notably those of Mc Gregor, Abraham Maslow and that of his master Oscar Nsaman. [G.ATSHWEL M., 2019]. As a researcher, we understood this it under sector management, by studying the managerial style of Mr. Blaise Masiala Top Manager of the F. Compta firm. In this study, we talked about the theories of motivation and performance, the links between motivation, the work team and the performance of the organization. We analyzed the style of the top Manager, and collected the opinions of the agents of the said fiduciary firm and we found found whether he uses situational leadership beyond some wishes formulated by the agents and concluded that the motivation remains the source effective that improves the performance of an organization.

**Résumé**

Dans son discours ne cessait d’affirmer que pour un Manager, les intérêts privés dans une organisation doivent disparaitre au profit des intérêts collectifs, s’appuyant sur quelques théories des organisations, notamment celles de Mc GREGOR, d’Abraham MASLOW et celle de son maitre, oscar NSAMAN,[Godé ATSHWEL,2019]. En tant que chercheur, nous avons compris ce message et avons voulu l’expérimenter au titre de management sectoriel, en étudiant le style managérial de monsieur Blaise MASIALA. Dans cette étude, nous avons parlé des théories de la motivation et de la performance, les liens entre la motivation, l’équipe de travail et la performance de l’organisation. Nous avons analysé le style managérial du top Manager et avons recueillis les opinions des agents dudit cabinet fudiciaire. Nous avons trouvé qu’il utilise le leadership situationnel au-delà de quelques vœux formulés par les agents et avons conclus que la motivation reste, la source efficace qui améliore la performance d’une organisation.

**Keywords : Motivation, Performance, Organization, Managerial style.**

**I.INTRODUCTION**

Comme le dit si bien [Jean Lufuluabo et Coll., 2019] ; dans un ouvrage « la Planification et organisation Sanitaire», le management va de la gestion d’une maison au sommet de l’état. Personne, et alors personne ne peut s’en passer et de poursuivre. Quelqu’un qui étudie comment traverser une chaussée avec trafic intense, une valise en main et deux enfants, fait le management pour réussir sa traversée. A combien plus forte raison un Directeur Général et propriétaire de la d’un cabinet fudiciaire F.COMPTA est-il concerné !

Quand à [Godé Atshwel M.,2019] Le premier travail d’un Manager dans une organisation est d’imprimer son style Managérial … pour une performance des services publics en tenant compte de la complexité des marchés, offres de services, la compétition dans les affaires et les opportunités, …

Dans le contexte de la nouvelle économie, avec la mondialisation et le développement accéléré des technologies, la compétitivité des entreprises s'appuie de plus en plus sur les savoirs et aussi sur la capacité des entrepreneurs à innover. En effet l'innovation au plan des produits et de la technologie ainsi que le renouvellement des connaissances contribuent à l'accroissement de la concurrence entre les entreprises. Pour répondre à cette concurrence accrue, les modes d'organisation du travail sont revus afin de permettre une flexibilité favorable au développement des savoirs et à l'innovation. La société Force de la comptabilité  fait partie des formes d'organisation du travail privilégiées. Cette évolution rapide de l'organisation du travail vers ces genres d’entreprises a contribué au renforcement de certaines exigences pour les employés : le succès de l'organisation, notamment par l'atteinte des objectifs visés, dépend entre autres de la motivation des employés à utiliser leur créativité et à déployer des efforts. Il s'agit dès lors de trouver les stratégies de motivation des employés les plus efficaces. La motivation est très importante dans toute entreprise.

Les employés ont tendance à travailler mieux et plus efficacement s'ils sont motivés. Il existe donc un lien entre la motivation et l'augmentation de la performance [Don Hellriel et John W. Slocum 2006]. La motivation est ainsi essentielle dans les établissements privés, car elle permet aux employés de travailler plus fort et ainsi le résultat final escompté est de meilleure qualité. En ce sens, parce que la motivation peut inspirer, encourager et stimuler les individus à atteindre des objectifs communs par le travail d'équipe, il est dans l'intérêt du gestionnaire ou du manager d’une organisation de pourvoir à la création et au maintien d'un environnement motivant pour tous les membres de l'équipe.

Les ressources humaines constituent donc des atouts importants pour les organisations. Sans ressources humaines, l'organisation n'est pas apte à atteindre ses objectifs,[B.SENKER N.,2022].Par conséquent, de plus en plus beaucoup d'entreprises semblent attacher une grande importance à la gestion des ressources humaines. À cet égard, un des buts des organisations est que l'individu puisse démontrer pleinement sa productivité, de manière à augmenter les performances. La relation entre la motivation et la performance fait notamment partie de cette réflexion sur une gestion des ressources humaines favorables aux organisations. Dans le cadre de cette étude, nous appréhendons ce lien entre motivation et performance par le biais d'une méthodologie quantitative. Des questionnaires auto administrés ont été distribués au personnel de la société Force de la comptabilité, certains ont été interviewés et des analyses statistiques ont été réalisées.

La F.COMPTA SARL est une société comme toute autre mais plus à vision fudiciaire, comptable et administrative. La gestion du personnel, le circuit d’interactions entre clients et agents sera de bonne qualité si les conditions sociales des travailleurs ou des prestataires sont de bonnes qualités et ces derniers seront motivés à donner les meilleurs d’eux pour la satisfaction des consommateurs de services en plus, s’ils sont formés et recyclés nous observerons la performance de l’organisation et les clients seront des premiers agents de marketing de l’organisation. En effet, le travail d’administration et de comptabilité en particulier dans une organisation, c’est un travail d’équipe. La relation entre les membres de l’équipe doit être étudié et bien entretenue car un biais, amène vite la dislocation et c’est le client qui empathie.

* + - 1. La Motivation et la Performance

## 1.1. La Motivation

La motivation est un élément essentiel à la réussite des entreprises et de leurs projets: alliée à la compétence, elle permet aux individus de réaliser des objectifs. En fait, la motivation, c'est le moteur, l'énergie qui fait bouger. Plus précisément, «la motivation est le résultat de l'interaction entre l'individu et une situation donnée » Robbins et Judge disent qu’il est évident que les facteurs de motivation ne sont pas les mêmes pour tous selon la situation, les conduites sont dirigées vers un but (Direction). La personne attribue une certaine valeur à ce but.[ROBBINS, S. et T. JUDGE 2006]

Les conduites de la personne « dépendent à la fois de la vitalité du besoin dont elles sont issues et de la valeur sociale à laquelle l'objectif des comportements est associé» [Morin et Aubé, 2016]. L'intensité et la persistance de l'action montrent la valeur qu’attribue la personne à l'objectif qu'elle souhaite atteindre, soit l'intérêt que représente la finalité du comportement pour la personne.

En résumé, la motivation est donc «le processus par lequel un individu consacre une intensité, une direction et une persistance à une tâche en vue d'atteindre un objectif; ensemble des énergies qui sous-tendent ce processus» [Robbins et Judge, 2011].Pour cette étude, la motivation est une volonté qui pousse une personne à mobiliser ses ressources et les mettre en pratique pour atteindre un objectif visé.

## 1.2. La Performance

La performance est une mesure du degré de réalisation d'un objectif particulier. Dans cet ordre d'idées, [MOTOWIDLO,S. et L.R. VAN SCOTTER,2014] indiquent que la performance est le degré d'atteinte des objectifs d'un plan d'action par les employés. Elle correspond au degré de mise en œuvre des employés et elle peut être utilisée pour mesurer la situation d'avancement des travaux du personnel actuel. Cela signifie que la performance peut être utilisée comme la mesure de la productivité des employés.

Or, la mesure de la performance au travail des employés permet d'octroyer des récompenses appropriées, des mesures incitatives et des promotions. En général, la recherche en comportement organisationnel révèle que la performance est un comportement global regroupant trois aspects: l'efficacité, l'efficience et la productivité [Mac Bryde et Mendibil, 2003]. L'efficacité est la mesure de la satisfaction des clients quant aux résultats de l'équipe. L'efficience réfère au processus d'équipe (communication, coordination, leadership, collaboration, prise de décision) soutenant l'accomplissement des résultats, le développement de l'équipe et la satisfaction des membres. La productivité est définie comme le rapport entre la production d'un bien ou d'un service et l'ensemble des intrants nécessaires pour le produire. Elle est la mesure de la quantité produite par rapport aux facteurs de production (quantité d'énergie, temps de travail, etc.).

D'une manière générale, la performance correspond à un résultat lié à un objectif balisée par une période de temps et par diverses caractéristiques comportementales attendues. Ce résultat peut être bon, il peut être mauvais.

On cherche habituellement à évaluer de manière objective la performance. Par contre, à cause des différences de l'environnement, des normes et les facteurs subjectifs reliés aux gens, ce n'est pas une identification précise et la confirmation peut également être controversée. En général, pour développer et maintenir son avantage concurrentiel, l'organisation souhaite établir un système d'évaluation des performances, permettant l'évaluation et l'amélioration des performances du personnel, pour améliorer ainsi sa performance globale. Pour l'organisation moderne, la performance a toujours été un point important, que ce soit le leadership, la conception organisationnelle, l'amélioration des processus, ou la motivation des employés, le but ultime est la poursuite de la performance organisationnelle.

## 1.3. Les théories de la motivation et de la performance

### 1.3.1 Les théories de la motivation

De nombreuses théories ont permis d'appréhender le concept de la motivation et d'identifier les antécédents à cette attitude ou encore le processus de la motivation.

### 1.3.1.1. Les Théories de contenu

Les théories du contenu ont surtout pour objet la compréhension des besoins des individus, c'est-à-dire les lacunes matérielles ou psychologiques qu'ils se sentent poussés à combler. Sur la base de ces théories, les chercheurs tentent d'expliquer comment des besoins non comblés dans l'environnement professionnel peuvent entraîner un rendement médiocre, des comportements indésirables, l'insatisfaction professionnelle, etc. Cette partie traite des cinq théories du contenu les plus connues.

1) La théorie de la hiérarchisation des besoins (Maslow)

Abraham Maslow est l'un des premiers psychologues à s'être penché sur les aspects de la motivation humaine. Plus précisément, il a développé la célèbre théorie de la hiérarchie des besoins qui a eu une grande influence sur le management des organisations. Selon cette théorie, six grands besoins humains sont déterminés de manière hiérarchique:

(1) besoins physiologiques,

(2) besoins de sécurité,

(3) besoins d'amour (de rapports sociaux, d'affection, d'appartenance à un groupe),

(4) besoins d'estime (de reconnaissance, d'autonomie),

(5) besoins de réalisation de soi ou d'actualisation de soi (de progresser, de se développer, de s'épanouir) et

(6) transcendance.

«La motivation de l'individu viendrait d'une force interne déclenchée par un ensemble de besoins» Ces besoins se manifestent lorsque l'individu ressent des manques de nature physiologique et psychologique. Dès lors que l'individu ressent un manque, il est motivé à le combler. Il cherche en effet à satisfaire ses besoins et la motivation perdure tant que le besoin n'est pas satisfait. Lorsqu'un besoin est satisfait, il tend à être oublié par l'individu et à disparaître de sa conscience, naît alors, une motivation à satisfaire un nouveau besoin, dit de catégorie supérieure, et ce, jusqu'à ce que le dernier niveau soit atteint [Roussel et al., 2009]. «Ainsi, Maslow observe-t-il que l'individu hiérarchise ses besoins et cherche à les satisfaire selon un ordre de priorité croissante depuis des besoins primaires, jusqu'aux besoins d'ordre supérieur» En bref, cette théorie permet d'identifier ce qui motive un individu, soit ses besoins.

2) La théorie des besoins acquis

Ici, trois besoins essentiels [Robbins et Judge, 2006];

* Le besoin d'affiliation, ou désir d'établir et d'entretenir des relations chaleureuses avec autrui;
* Le besoin de pouvoir, ou désir d'exercer son emprise sur les autres, d'influencer leur comportement ou d'en être responsable;
* Le besoin d'accomplissement, ou désir de faire mieux et plus efficacement, de résoudre des problèmes ou de maîtriser des tâches complexes. Cette théorie suppose que «les besoins d'accomplissement, de pouvoir et d'affiliation représentent les moteurs essentiels de l'action, en particulier dans le champ professionnel,[Robbins et Judge, 2006].

5) La théorie X et la théorie Y (Mc Gregor)

Mc Gregor [1960], cité par A.H. NKWIMI AKOL, [2019], a proposé une théorie qui présente «deux visions distinctes de l'être humain: l’une globalement négative, dite théorie X, et l'autre globalement positive, baptisée théorie y». Il a observé la manière dont les chefs d'entreprise se comportaient avec leurs employés, il en a tiré la conclusion que leur perception de la nature humaine reposait sur certains préjugés qui les menaient à certains comportements vis-à-vis des salariés [Robbins et Judge, 2006]. À cet égard, les auteurs précités présentent les deux visions de l'être humain dégagées par Mc Gregor :

Théorie X --- Idée selon laquelle les individus n'aiment pas le travail, sont paresseux, évitent les responsabilités et ne travaillent que sous la contrainte.

Théorie Y --- Idée selon laquelle les individus aiment le travail, sont créatifs, recherchent les responsabilités et peuvent s'autogérer.

Selon la théorie X, Mc Gregor, [1960] propose que les besoins inférieurs dominent, alors que selon la théorie Y, ce sont les besoins supérieurs qui dominent. Puisque Mc Gregor (1960) adhérait davantage à la vision de la théorie Y, «il proposa comme facteurs de motivation pour les employés des notions telles que la prise de décision participative, des tâches à responsabilité et ambitieuses, ainsi qu'une bonne entente au sein des groupes» [Anicet Hénoch NKWIMI,2019] dans son document intitulé le Management Public Approfondi.

Une proposition complémentaire pour les gestionnaires qui mettent en œuvre L’utilisation de la Théorie X ou de la Théorie Y est qu'ils doivent faire preuve de souplesse lors de la catégorisation d'un individu dans l'une de ces deux théories puisque chaque personne a le potentiel de changer ses manières et ses habitudes de travail et d'accroître son enthousiasme envers le travail avec le temps, au sein de divers projets, et pour divers postes, affectations, ou responsabilités [Kerzner, 2003].

### 1.3.1.2 Théories des processus

Nous venons de voir, par le biais des théories de contenu, que des besoins divers Peuvent être à la source de la motivation. D'autres théories cherchent plutôt à comprendre le processus de la motivation, c'est-à-dire à comprendre comment les individus en viennent à être motivés. Ce sont les théories des processus.

1. La théorie de l'équité (Adams) :

L'un de ces facteurs, étudié de longue date pour comprendre le processus de la motivation, est celui de l'équité et, plus largement, de la justice organisationnelle. La justice organisationnelle est un concept important dans la recherche sur la motivation au travail [Roussel et al, 2009].

Elle est classée traditionnellement au sein des théories des besoins-mobiles-valeurs de la typologie de [Kanfer 1990]. «De façon générale, l'idée est la suivante : Les individus attachent de l'importance à la façon dont ils sont traités dans l'organisation qui les emploie» S'ils ont le sentiment d'être traités de façon injuste, alors ils ressentent une tension qu'ils vont chercher à réduire. Ils sont ainsi motivés à faire quelque chose afin que la situation devienne juste «Historiquement, les premiers développements du lien entre justice et motivation sont issus du champ de la psychologie avec les travaux de [Adams, 2016] et la théorie de l'équité». Ces travaux sont en lien avec la notion de justice organisationnelle, «soit la mesure selon laquelle les individus perçoivent comme justes et équitables les pratiques qui ont cours dans leur milieu de travail» De manière générale, trois formes de justice sont appréhendées: la justice distributive (récompenses), procédurale (règles et procédures) et relationnelle (respect et dignité) [Shermerhom et al, 2010 ; Robbins et Judge, 2006].

Un employé va donc se comparer avec les autres pour évaluer cette notion de justice et d'équité ; c'est face à l'injustice qu'il sera motivé à changer la situation. En effet, «comme on peut s'y attendre, tout sentiment d'injustice ou toute iniquité perçue engendre une tension, et la personne qui l'éprouve a tendance à vouloir éliminer cet état d'esprit» soit par la négligence ou soit par le semblant de bien travailler alors qu’il est démotivé [Shermerhom et al, 2010].

3) La théorie de la motivation par la fixation des objectifs (Locke et Latham)

La théorie de la fixation des objectifs cherche à savoir comment motiver les gens». La solution consiste à fixer des objectifs [Roussel et al., 2009].Les points essentiels de cette théorie sont les suivants:

* Les personnes qui poursuivent un objectif clair, précis et difficile ont un meilleur rendement que celles qui n'ont pas d'objectifs explicités à atteindre.
* La performance augmente proportionnellement avec le niveau de difficulté de l'objectif, jusqu'à ce que l'individu ait atteint la limite de ses compétences ou qu'il abandonne son objectif.
* Les objectifs précis et difficiles engendrent de meilleurs résultats que les objectifs difficiles, mais flous (ex. ; «fais de ton mieux!»).
* Pour que les objectifs soient efficaces, ils doivent susciter l'engagement des personnes auxquelles ils ont été fixés.

Bref, «les managers devraient en effet apprendre à fixer des objectifs qui soient suffisamment difficiles pour représenter un défi, mais pas trop cependant, dans la mesure où un objectif inatteignable ne peut pas mobiliser les salariés, mais au contraire les décourager» [Roussel et al, 2009].

##### 1.3.1.3. Le lien entre la motivation et l'équipe.

Ainsi, un des avantages du travail en équipe est qu'il permet d'accomplir certaines tâches plus efficacement que ne le feraient des individus isolés. Lorsque les membres d'une équipe concentrent leurs énergies sur une tâche commune, la performance de l'équipe est habituellement supérieure à la somme de résultats individuels,[Pépin, 2005]. Alors qu'elles se restructurent pour mieux affronter la concurrence, les organisations se sont donc orientées vers le travail en équipes afin d'exploiter à plein les talents de leurs employés. En outre, le travail en équipe favorise généralement la participation de l'employé aux décisions d'exploitation. Du point de vue des managers, la popularité des équipes s'explique donc aussi par leur capacité à démocratiser l'organisation et à renforcer la motivation des employés.

### 1.3.2. La performance

##### 1.3.2.2. Les mesures de la performance au travail

L'importance de mesurer la performance au travail est mentionnée par de nombreux auteurs. À cet égard, [Rowland et al. ,1983] ont résumé les visées de l'évaluation des performances. Tout d'abord, l'évaluation des performances est utile pour les organisations pour les raisons suivantes:

(1) elle permet une rétroaction aux employés quant à leur rendement;

(2) elle peut être à la base de la fixation du salaire et des décisions relatives aux promotions;

(3) elle permet d'identifier le personnel dont la compétence n'est pas satisfaisante et est ainsi à la source de certaines décisions relatives au licenciement;

(4) elle permet l'orientation du personnel pour l'amélioration des performances et potentiels;

(5) elle favorise la planification future avec le personnel;

(6) elle permet le diagnostic des problèmes individuels et organisationnels.

Elle est également utile pour les individus puisqu'elle permet:

(1) de comprendre leur performance actuelle;

(2) de fixer des objectifs d'amélioration.

### 1.4. Le lien entre la motivation et la performance

Selon la définition de la motivation, nous savons qu'elle constitue un moyen d'atteindre un but particulier. Elle relève notamment des besoins des individus. D'un point de vue de gestion, il s'agit donc de répondre aux besoins du personnel et de promouvoir ses efforts pour l'atteinte les objectifs organisationnels. La motivation a un rôle très important pour mobiliser l'enthousiasme du personnel, pour réaliser excellemment les objectifs fixés et pour améliorer continuellement la performance au travail. À l'heure actuelle, dans un environnement concurrentiel, afin de se développer, les entreprises doivent constamment améliorer leur compétitivité. La motivation du personnel devient fondamentale pour avoir accès à son plein potentiel. À cette fin, les gestionnaires sont appelés à agir sur les facteurs de motivation afin d'inciter plus de gens à travailler volontairement pour atteindre les objectifs organisationnels et améliorer considérablement les performances [A.H. NKWIMI 2019]. Les résultats des études indiquent, en effet, que l'utilisation de stratégies appropriées de motivation peut améliorer les performances [A.H. NKWIMI, 2019 Op. cit]. Il est généralement admis que lorsque le niveau de motivation est plus élevé, meilleure est la performance. Cet argument est juste en un sens, mais pas absolu. Les raisons spécifiques sont les suivantes :

(1)Des niveaux élevés et faibles de motivation peuvent affecter négativement la performance au travail, seule la motivation modérée et réaliste peut mobiliser l'enthousiasme du personnel au travail pour l'amélioration des performances;

(2)La motivation est un des nombreux facteurs importants influençant la performance (autrement dit, la performance au travail est un résultat de nombreux facteurs objectifs et subjectifs, y compris la motivation) ;

(3)La motivation affecte la performance au travail, et à son tour, la performance au travail affecte également la motivation, sous certaines conditions, la motivation et la performance se renforçant mutuellement. [B.SENKER N., 2019].

### 1.5.2 Identification des facteurs qui ont un impact sur la performance des équipes.

Il est à noter que la performance d'équipe dépend des capacités des membres, de leur personnalité, de la cohésion, de la tâche de l'équipe, de la technologie et des systèmes de récompense ainsi que de la qualité de la communication des membres et du comportement du chef d'équipe.

[Godé ATSHWEL, 2019], dans son discours ne cessait d’affirmer que pour un Manager, les intérêts privés dans une organisation doivent disparaitre au profit des intérêts collectifs, s’appuyant sur quelques théories des organisations, notamment celles de Mc GREGOR, d’Abraham MASLOW et celle de son maitre, oscar NSAMAN. En tant que chercheur, nous avons compris ce message et avons voulu l’expérimenter au titre de management sectoriel, en étudiant la direction de monsieur Blaise MASIALA. C’est pourquoi nous nous sommes posé la question de savoir quel est l’impact de la motivation dans la performance d’une organisation, cas d’un cabinet fudiciaire ? Nous sommes partis d’une hypothèse selon laquelle, la motivation est la source effective pour l’amélioration de la performance dans une organisation. Le but de cette étude était d’évaluer combien la motivation serait une source efficace pour améliorer la performance des travailleurs dans une organisation. Pour atteindre ce but, nous nous sommes fixés les objectifs suivants : sur base de la revue de la littérature, identifier les théories de motivation et de performance, sur base des critères d’inclusion et d’exclusion, identifier les participants à l’étude, interviewer les agents qui répondaient à nos critères de sélection et présenter les données sous forme de tableau, analyser et interpréter les résultats, notre étude concernait les données allant de la période du 14 Aout au 14 septembre 2022.

**II. MATERIELS ET METHODES**

**II.1. Présentation du Cabinet fudiciaire F.CAMPTA Sarl.**

D’une façon générale, la Force de la comptabilité est un cabinet à caractère fiduciaire situé sur la 9ème Rue numéro 8 Bis dans la commune de Limete quartier Industriel dont les travaux sont centrés sur les l’assistance et prestations comptables ; le conseil fiscal, l’audit ; l’élaboration des projets, l’étude, la formation et le recyclage. Elle a pour mission ; la tenue et la surveillance de la comptabilité, l’assistance à la création d’entreprise, aide à la rédaction des contrats de travail etc,…Le cabinet, F. Compta a pour partenaire, l’ordre national des experts comptables de la République Démocratique du Congo, l’institut des reviseurs comptables de la République Démocratique du Congo.

**II.2. Méthodes, techniques et instruments de collecte des données.**

Cette étude étant qualitative et quantitative, nous avons utilisé les méthodes d’analyse systémique et d’enquête qui se sont appuyés par les techniques de revue documentaire et de d’interview ainsi, le questionnaire d’enquête nous a servis pour collecter les données auprès des enquêtés qui ont répondu à nos critères d’inclusion et d’exclusion qui n’étaient d’autres que : Etre agent ou travailleur au cabinet fiduciaire F. Compta ; Etre présent pendant notre enquête et Etre à même de répondre aux questions du chercheur. Pour l’analyse, les données collectées ont étés codées et analysées à l’aide de logiciel Epi-info 2000 version 3.5.4. Les logiciels Excel et Word 2010 nous ont aidés à réaliser la saisie de texte et la représentation des données sous formes des tableaux.

**II.3. Population et échantillon.**

La population de notre d’étude est constituée de tous les agents et cadres dudit cabinet fudiciaire, étant présent durant la période de notre étude. Au regard de cette étude, notre échantillonnage est probabiliste du type accidentel. Nous avons interviewé les agents qui avaient satisfait à nos critères d’inclusions et d’exclusion.

**III. RESULTATS**

1. **Analyse des fonctions managériales de blaise Masiala, Top Manager selon quelques points d’Henri MINTZBERG.**

Ce point fait l’objet du déterminisme des fonctions managériales de Blaise MASIALA, Directeur Général et fondateur du cabinet fudiciaire, la force de la Comptabilité, Sarl. Entant que top Manger, il est le représentant dudit cabinet. En effet, ce Monsieur bien que le Manager doit être capitaliste, dans son cursus, il est commercialiste, comptable de formation, a été enseignant professeur de Comptabilité pendant plus de deux années scolaires, dans des différentes écoles. Dans l’exercice de ses fonctions, il se penche plus dans l’idéologie socialiste qui, l’homme est mis au centre de toute les activités. Dans le souci d’aller de l’avant, Dans l’exercice de ses fonctions, il a l’habitude de dire je suis comptable de formation je ne peux qu’investir dans le domaine de ma formation car j’en ai la maitrise, la politique et le souci de la société commerciale de notre pays et de tout travailleur. [B. Masiala, 2022].

1. LE STYLE MANAGERIAL DU TOP MANAGER

* **De la gestion de F. Compta**, depuis sa création, c’était dans le souci primaire d’offrir mieux, donc d’un partenariat fiable pour les opérateurs économiques dans les travaux d’assistances et prestations comptables , des conseils fiscaux, de l’audit, elle a offert aux opérateurs économiques les divers services citons que l’élaboration des projets, surtout elle conseille et encourage les opérateurs économiques à recourir à ses services de vivre le redressement du pays dans le domaine des affaires surtout pas seulement la disparition des tracasseries juridiques et judiciaires plutôt la transparence dans la gestion,…
* **De la politique de recrutement :** aussi, concernant le recrutement, jadis c’est le style du management paroissial qui était monnaie courante ici, mais après diverses formations et échecs enregistrés, je me suis amandé. Il y’a un service bien équipé qui s’en occupe selon le besoin et les normes intrinsèques organisationnelles.
* **De son histoire et de la fondation de la société**, il s’est inspiré plus des savants et personnalités respectueuses dont les noms suivent, papa Jeannot bemba, Monsieur regretté feu Sindika Dokolo et papa Kisombe. Selon une étude ressente en comptabilité de société, l’auteur sacré souligne que ces gens ci –haut cité, ne sont pas allés loin aux études plus que nous, aujourd’hui en tant que reviseur comptable, apprenant ayant déjà un diplôme d’étude approfondie en comptabilité dans la ville province de Kinshasa capitale de la République Démocratique du Congo. Dans ma vie, je ne désire pas vraiment embrasser une carrière politique, pour des raisons qui me sont personnelles, mais désire développer mes compétences comme un businessman ;
* **De la politique de recrutement :** aussi, concernant le recrutement, jadis c’est le style du management paroissial qui était monnaie courante ici, mais après diverses formations et échecs enregistrés, je me suis amandé. Il y’a un service bien équipé qui s’en occupe selon le besoin et les normes intrinsèques organisationnelles.
* **De la formation du personnel** : les données recueillies auprès des cadres du cabinet F. Compta, nous présentent que le 30% de son budget annuel est consacré à la formation du personnel étant donné que nous sommes dans un milieu et domaine concurrentiel et la majorité d’agents a déjà fait des formations de renforcement des capacités.

* **De la gestion du personnel et de F. Compta**, nous avons constaté surtout que c’est la méthode participative qui était plus utilisée au de la des autres styles de gestion du personnel et de la chose, souvent, nous avons constaté que le Directeur Général associe les agents et cadres de l’entreprise dans une assemblée générale pour la prise de décision, en utilisant la technique de focus-group.

* **De la promotion du personnel et de la motivation** : le Directeur Général de la société F. Compta Sarl se base généralement de la compétence avec toutes ses déclinaisons, de l’aspect éthique et chrétien, en particulier les raisons majeures qui sont à la base de la promotion des travailleurs dans la société ci-haut cité sont les qualités techniques et professionnelles, les relations humaines et la capacité de travailler en équipe. Dans notre passage dans ladite société pour récolter les données de cet article, nous avons constaté la promotion des nouveaux cadres car le manager du cabinet fudiciaire utilise une politique positive appelée la théorie de X et de Y développée par MC GREGOR(1960) cité par [Anicet Hénoch NKWIMI AKOL2019] et se penche plus du côté Y ; c’est–à-dire ceux qui aiment le travail, qui sont créatifs, cherchent de la responsabilité et peuvent s’autogérer et il les font participer à la prise de décisions concernant la bonne gestion et la performance de l’entreprise.

* **De la rémunération du personnel** : connaissant le souci du personnel et étant socialiste, dans son style de commandement il s’appuie plus aux théories de [SCHERMERHOM,2010] cité par [Godé ATSHWEL,2019] qui s’appelle la théorie de contenue dont le chef, le manager doit comprendre les besoins de salariés et répondre rapidement à ces besoins car selon la théorie et la réalité : les besoins non satisfaits de l’individu entrainent un rendement médiocre malgré ses compétences connues. Il convient de signaler que dans l’exercice de son pouvoir il s’appuie aussi à la théorie d’Abraham Maslow qui explique la hiérarchisation des besoins de l’individu (travailleur) pour la recherche de l’efficacité au travail en vue de l’amélioration de la performance de l’organisation. Le travailleur de F. Compta bénéficie régulièrement et à temps ses salaires et avantages selon le cas et la productivité mensuelle.
* **De la gestion des conflits** : Le Top Manager est un gestionnaire de longue date et s’informe en premier, de tout et de rien en utilisant ses organes des sens et autres méthodes dites managériales ecclésiastiques ou management paroissial pour disposer des informations journalières de chaque service, outres que les rapports journaliers mis à sa disposition par le service compétant Bref, comme bon manager il utilise le leadership situationnel en s’appuyant sur la confrontation, le conseil général des cadres du cabinet et la permutation et puis la révocation si récidive. Mais, il convient de signaler que à notre passage sur le site de l’étude, l’entretien eu avec le chef du cabinet nous a relevé qu’il refuse vraiment des punitions pour que le concerné ne soit pas indexé.
* **Du style de direction ;** selon nos vécus quotidiens et nous référant aux écrits de [BLAKE et MOUTON, 1985] dans l’ouvrage intitulé les deux dimensions de Management, nous observons à la personne de Monsieur Blaise Masiala, une combinaison des styles très complexes ; selon la circonstance et le moment. En réalité, nous observons en clair la combinaison des styles 9,9  le travail en équipe, le travail est accompli par les individus impliqués ; 5,5 l’Administrateur, une bonne organisation permet d’obtenir les résultats en équilibrant les exigences de la production et le maintien d’un bon moral au sein du personnel et parfois la combinaison de ces deux styles ci-haut cités puis le style 1,9 le club de vacances, une grande attention est accordée aux besoins du personnel pour maintenir des bonnes relations, favoriser une atmosphère amicale et un rythme de travail agréable et enfin le plus important nous vivons a des fois le style 9,1 Autorité-obéissance ici, l’efficacité est obtenue en aménageant des conditions de travail de telle manière que l’élément humain n’interfère que de façon minimum.
* **Des souvenirs**, les pires et regrettables furent des très mauvaises recettes faites en 2013, une perte d’environ cent mille dollars américains alors que nous sommes dans un monde compétitif et que c’est un chiffre d’affaire exceptionnel, … Dieu aidant, des bons souvenirs ont suivi… ce qui justifie que pendant même la période de confinement de notre pays du à la maladie à covid-19, aucun employé n’était Renvoyé en congé technique et chacun bénéficiait de son salaire et les avantages liés à la fonction exercée bien que certainement une période de vache maigre nous avait frappée,… et un autre élément majeur de souvenir positif est que nous comptons aujourd’hui beaucoup d’investissement dans divers domaines ne citons que dans l’agriculture où nous avons en ce jour, environ deux cent septante hectares pour les activités de production et de culture, un tracter, une voiture du champ pour la plantation des maniocs, soja et autres. Alors que certaines entreprises et cabinets fiduciaires se transformaient en églises, les uns et les autres fermaient hermétiquement leurs portes et les agents et travailleurs étaient renvoyés en congés techniques, cette année-là, en 2020, nous avons produit et investi une somme d’au-delà de trois cent mille dollars américains.
* **Du partenariat Public-Privé**: aux questions de notre interview, le manager qu’on appelle Blaise Masiala a expliqué que les autorités de l’état par le biais des leurs délégués passent de temps à autres, pour ce partenariat public- privé mais, je comprends que certains paraissent prédateurs. Il convient de dire que si les garde-de-fou sont mis, ce partenariat pourrait avoir lieu.
* **Du Partenariat Privé-Privé** : le Top manager a répondu oui, dans ce cadre de la collaboration privé-privé, nous le faisons plusieurs fois et c’est lorsque nous avons gagné un marché et observant la pertinence et la grandiose du service à accomplir, nous faisons appel à un autre cabinet ayant la même vision que nous ; surtout en terme de la qualité de prestation et de ce fait, les closes sont toujours définis et souvent c’est question de l’apport qui définirait le partage de ressources.
* **Quant aux faiblesses enregistrées** : le Top Manager de F. Compta se reconnait la difficulté de décidé même devant les aléas, il dit que je prends beaucoup de temps d’observation après des conseils prodigués à un personnel,…et souvent, en ce qui concerne la rémunération d’abord, c’est le personnel ; sans tenir compte de l’argumentation de recette. Aussi, concernant le recrutement, jadis c’est le style du management paroissial qui était monnaie courante ici, mais après diverses formations et échecs enregistrés, je me suis amandé. Il rajoute que ma plus grande faiblesse est que je ne suis pas fort en recouvrement, je suis plutôt plus compatissant…ce sont mes collaborateurs qui comblent ces vides.
* **Parlant des Perspectives** : le souci majeur du patron du cabinet fudiciaire ci-haut cité regrette la problématique de l’existence et de la pérennisation de l’organisation après sa mort,…il ne souhaite pas tomber dans les mêmes erreurs de ses maitres et aïeux dont il a pris pour modèle car, il constate que après la mort du leader, l’entreprise ne vit plus longtemps fautes de la défaillance de la direction de ressources humaines et les gens qui n’ont pas sa vision, c’est ainsi que je fais participé l’équipe toute entière dans la prise de décision et souvent ; je délègue les responsabilités aux agents pour que chacun en ce qui le concerne, apprenne le bon fonctionnement et la gestion de F. Compta. je suis ouvert et souvent ce sont mes agents qui font le travail étant donné qu’ils sont très bien formés chacun dans son service, raison du bon rendement pendant l’année 2020. Mon souhait le plus essentiel est que F. Compta se repende à travers tout le pays et que le personnel soit toujours plus performant.

## **Opinion des travailleurs du cabinet Fudiciaire F. Compta sur le style Managérial du Top Manager**

1. Répartition des enquêtés selon la joie qu’ils ont en travaillant au cabinet F. Compta.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **C** | **Joie** | **Ni** | **%** |
| **1** | Oui | 6 | 85,8 |
| **2** | Non | 1 | 14,2 |
|  | Total | 7 | 100 |

Constat : l’Analyse de ce tableau nous démontre que 85,8% des enquêtés sont heureux pour avoir trouvé du boulot au cabinet fudiciaire F. Compta, Contre 14,2 % qui ne sont pas heureux pour des raisons qui sont les leurs

**2. Répartition des enquêtés selon leur Genre.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Sexe** | **Ni** | **%** |
| **1** | Masculin | 5 | 71,4 |
| **2** | Féminin | 2 | 28,6 |
|  | Total | 7 | 100 |

Dans ce tableau nous constatons que le sexe féminin est minoritaire 2 enquêtées soit 28,6 %

**3. Répartition des enquêtés selon l’âge**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **N** | **Age** | **ni** | **%** |
| 1 | 26 ans -30 ans | 1 | 14,2 |
| 2 | 31ans – 35ans | 2 | 28,4 |
| 3 | 36ans- 40ans | 2 | 28,4 |
| 4 | 41 ans et plus | 2 | 28,4 |
|  | **Total** | **7** | **100** |

Il ressort de ce tableau 14,2% des enquêtés qui ont l’âge compris entre 26 et 30ans et c’est le pourcentage le plus faible de la distribution statistique.

**4. Répartition des enquêtés selon leur état matrimonial**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **N** | **Etat matrimonial** | **ni** | **%** |
| 1 | Célibataire | 1 | 14,2 % |
| 2 | Marié | 6 | 85,8 % |
|  | **Total** | **7** | **100** |

L’analyse de ce tableau stipule que 85,8%des enquêtés sont mariés.

**5. Répartition des enquêtés selon les raisons de leurs attachement au cabinet F. Compta :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Raisons d’attachement** | **Ni** | **%** |
| **1** | Le salaire est régulier et décent | 3 | 42,6 |
| **2** | Le style de direction des chefs et du Manager | 1 | 14,2 |
| **3** | Philosophie de travail au cabinet et le travail en équipe | 1 | 14,2 |
| **4** | La valeur accordée | 1 | 14,2 |
| **5** | Par faute de mieux | 1 | 14,2 |
|  | Total | 7 | 100 |

Constat : Il ressort de ce tableau 42,6 % des enquêtés qui sont attachés à F. Compta parce que le salaire est régulier suivi de 14,2 % qui disent que s’ils sont là jusqu’aujourd’hui c’est parce que le style de direction du manager est bon.

**6. Répartition des enquêtés selon les souvenirs qu’ils ont acquis chez F. Compta**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Souvenirs** | **ni** | **%** |
| **1** | La promotion | 1 | 14,2 |
| **2** | Les cadeaux et autres biens offerts par le Directeur Général | 1 | 14,2 |
| **3** | La motivation et la formation acquise | 2 | 28,4 |
| **4** | La performance, capacité de travailler sous pression et en équipe | 3 | 42,6 |
|  | Total | 7 | 100 |

Constat : Il se dégage de ce tableau 42,6% des enquêtés qui disent que le souvenir bénéficier à F. Compta sont la performance et la capacité de travailler sous pression et en équipé tandis que 28,4% parlent de la motivation et la formation.

**7. Répartition des enquêtés selon les difficultés rencontrées dans l’exercice de leurs fonctions.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Difficultés rencontrées** | **Ni** | **%** |
| La peur | 1 | 14,2 |
| Le stress | 2 | 28,4 |
| Mécanismes informationnels du manager | 1 | 14,2 |
| La prise en charge des soins de santé | 3 | 42,6 |
| Total | 7 | 100 |

L’analyse de ce tableau nous démontre que 50% éprouvent des difficultés justes concernant le financement des soins de santé.

**8. Répartition des enquêtés selon le changement acquis dans la vie.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Changement acquis dans la vie** | **ni** | **%** |
| **1** | Ma Compétence et ma performance au travail. | 4 | 56,8 |
| **2** | Mon agir, mon estime de soi et mes réactions. | 1 | 14,2 |
| **3** | valeur améliorée en famille et en société | 2 | 28,4 |
|  | Total | 7 | 100 |

Constat : l’Analyse de ce tableau démontre que 56,8 % des enquêtés ont améliorés plus leurs compétences et leurs performances en venant après les formations et savoir faire des autorités de F. Compta.

**9. Répartition des enquêtés selon qu’ils ont déjà participé en formation.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Participation à une formation de renforcement de capacité** | **Ni** | **%** |
| 1 | Oui | 6 | 85,8 |
| 2 | Non | 1 | 14,2 |
|  | **Total** | **7** | **100** |

Il ressort de ce tableau, environ 86% de enquêtés qui disent Oui, qu’ils ont déjà participé au moins une fois en formation de renforcement de capacité contre 14,% qui attestent le contraire.

**10. Répartition des enquêtés selon que la formation a-t-elle répondue à leurs attentes**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Réponses aux attentes** | **Ni** | **%** |
| 1 | Oui | 5 | 72,8 |
| 2 | Non | 2 | 28,4 |
|  | **Total** | **7** | **100** |

Nous constatons dans ce tableau que 72,8 % de nos enquêtés disent que les formations qu’ils ont participé ont répondues favorablement à leurs attentes contre 28,% Qui disent le contraire.

**11. Répartition des enquêtés selon leurs souhaits.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Souhaits** | **ni** | **%** |
| **1** | Révision de la politique salariale | 1 | 14,2 |
| **2** | Le style managérial du patron performé surtout en matière de recouvrement et prévision des dépenses. | 4 | 56,8 |
| **3** | Prise en charge Médical du personnel et souhaitent informatiser le système de travail. | 1 | 14,2 |
| 4 | implanter nos Cabinets dans d’autres communes et provinces | 1 | 14,2 |
|  | Total | 7 | 100 |

Constat : il ressort de ce tableau que 56,8 % des enquêtés souhaitent voir le style managérial du patron performé et surtout en matière de recouvrement et prévision des dépenses. Alors que certains enquêtés souhaitent vivre la prise en charge médical des agents et de membres e leurs familles dans des formations sanitaires compétentes et le plu proches de leurs domaines et informatiser le système de gestion du cabinet F. Compta, 14,2% qui souhaitent voir implanter le cabinet dans beaucoup de communes de la ville province de Kinshasa et dans des provinces de la République Démocratique du Congo

**12. Tableau synthèse des résultats.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Synthèse des résultats** | **ni** | **%** |
| **1** | Oui, ils sont satisfaits. | 6 | 85,8 |
| **2** | Par ce qu’ils ont un salaire régulier. | 3 | 42,6 |
| **3** | La performance et capacité de travailler sous pression et en équipe. | 3 | 42,6 |
| **4** | La prise en charge de soins de santé et souhaitent informatiser le système |  |  |
| **5** | Ils ont amélioré leur compétence et performance au travail. | 4 | 56,8 |
| **6** | Le style managérial du patron performé surtout en matière de recouvrement et prévision des dépenses. | 4 | 56,8 |
| **7** | Ils sont maries | 5 | 76,8 |
|  | Total moyennes | 7 | 55,6 |

Constat : Il ressort de ce tableau que 85,8 % d’enquêtés qui sont satisfaits et sont joyeux pour avoir obtenu du travail au cabinet fudiciaire F. Compta.

## 

**IV. DISCUSSION**

L’Analyse du tableau I démontre que 85% des enquêtés sont heureux pour avoir trouvé du boulot à la societé F. Compta. Contre 14,2 % qui ne sont pas heureux. Ce sentiment d’appartenance est justifiable car certains auteurs disent que pouvoir travailler est un privilège. Donc on doit être joyeux lorsqu’on travaille. Il ressort de ce tableau des raisons d’attachement au cabinet, 42,6 % des enquêtés qui sont attachés au cabinet force de la comptabilité parce que le salaire est régulier suivi de 14,2 % qui disent que s’ils sont là jusqu’aujourd’hui c’est à cause de style de direction du Top Manager. [DIKUYI ,2011] dit que le travailleur, hormis les avantages et primes du travail qui ne sont pas réguliers et obligatoires, ce qui retient le travailleur à rester longtemps et à donner le meilleur de lui dans l’atteinte des objectifs assignés, c’est le caractère permanent et régulier du salaire.

Il se dégage du tableau parlant des souvenirs déjà acquis au cabinet FCOMPTA, 42 % des enquêtés disent que le souvenir bénéficié est la formation de la personnalité au travail, suivi des autres qui attestent la performance acquise et la capacité de travailler sous pression. Ceci est réellement exacte car nombreuses entreprises de la place utilisent la pression comme technique managériale de la direction ; bien que [Don Hellriegel et John Slocum, 2006] dans leurs écrits sur le Management des organisations disent que le stress et la pression au travail ont des effets très nocifs pour la santé mentale et psychologique du travailleur en amont et en aval, a des répercussions fâcheuses sur la vie et la performance de l’organisation. Nous pensons que la technique managériale de Blaise Masiala se reposant d’une part, plus sur la théorie de X et Y de Mc GREGOR, mais se penchant plus sur la théorie Y, le stress et la pression constitueraient un problème pour ceux de la théorie X.

Il ressort du tableau parlant des difficultés qu’éprouvent les agents et travailleurs du cabinet ci-haut cité, 42,6 % qui aimeraient voir dans leurs organisations, la prise en charge des soins de santé face au risque social du travail. La problématique de la prise en charge médicale même dans des grandes mutuelles de santé et des sociétés de la place ; nombreuses sont encore loin d’être une réalité. [ Morain, 1997] dit que le salaire décent et régulier permet à un employé de planifier et organiser ses besoins en tenant compte des priorités et de l’efficience. L’analyse de ce tableau, parlant de la répartition des enquêtés selon le changement acquis dans la vie, il ressort de ce tableau que 56 % des enquêtés ont améliorés plus leurs compétences et leurs performances en venant à FCOMPTA.

# V. CONCLUSION

La motivation étant un élément majeur dans la recherche de la performance d’une organisation, comme nous l’avons démontré ci-haut et selon les théories des organisations soutenues par différents auteurs. Certains auteurs pensent que dans chaque situation de la vie, où il est question d’exercer son pouvoir, le manager doit s’informer et analyser les faits, ses avantages et inconvénients dans le processus de développement endogène et exogène de la société et pour prendre une décision efficace, efficiente et économique. Celui-ci, doit utiliser le style de commandement adapté à la situation appelé le leadership situationnel.

Comme nous l’avions constaté ci-haut, le style managérial du Top Manager de F. COMPTA est très dynamique. Selon nos vécus quotidiens et nous référant aux écrits de BLAKE et MOUTON(1985) dans l’ouvrage intitulé les deux dimensions de Management, nous observons à la personne de Monsieur Blaise Masiala, une combinaison des styles très complexes ; selon la circonstance et le moment. En réalité, nous observons en lui ; le style 9,9  le travail en équipe, le travail est accompli par les individus impliqués; tantôt 5,5 l’Administrateur, une bonne organisation permet d’obtenir les résultats en équilibrant les exigences de la production et le maintien d’un bon moral au sein du personnel et parfois la combinaison de ces deux styles ci-haut cités distinctement il utilise le style 1,9 le club de vacances, une grande attention est accordée aux besoins du personnel pour maintenir des bonnes relations, favoriser une atmosphère amicale et un rythme de travail agréable et enfin le plus important nous vivons dans ses modes de direction ;le style 9,1 Autorité-obéissance ici, l’efficacité est obtenue en aménageant des conditions de travail de telle manière que l’élément humain n’interfère que de façon minimum.

Bref, il utilise le leadership situationnel. En outre, les avis des travailleurs et cadres du cabinet sur le style Managérial du se Top Manager résument par des éléments suivants : Le style managérial performé très efficace, Ils proposent la Prise en charge Médicale du personnel dans des autres hôpitaux, Souhaitent informatiser le système de gestion du cabinet, Implanter leurs cabinets dans d’autres communes et provinces du pays, Nous pouvons dire qu’en dépit de quelques vœux exprimés par les enquêtés pour l’amélioration de leurs conditions. De ce qui précède, il a été clairement démontré que l’efficacité est le fruit d’une bonne motivation du personnel, raison des bons résultats chiffrés fait par ledit cabinet fudiciaire.

**RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

ADAMS, 1.S. 1965. «Inequity in social exchange». Advances in Experimental Social Psychology, volume 62, pp. 335-343.

AKTOUF, O. 1987. Méthodologie des sciences sociales et approche qualitative des organisations. Québec: Les Presses de l'Université du Québec, 231 p.

ANGERS, M., 2000. Initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines, 3e édition, Montréal: CEC.

Anicet H. NKWIMI., 2019. Revisitation des Notions essentielles de Management, 3eme cycle.

BORMAN W.c. et S.J. MOTOWIDLO. 1997. «Task performance and contextual performance: the meaning for personnel selection research». Human performance,volume 10, numéro 2, pp. 99-109.

BOUCHARD, Stéphane. 1998. «Introduction et rappel des notions de base». Dans Recherche psychosociale: pour harmoniser recherche et pratique, sous la direction de S. Bouchard et C. Cyr. pp. 1-18. Sainte-Foy: Les Presses de l'Université du Québec.

CAMPBELL, l.P. 1990. «Modeling the performance prediction problem in the industrial and organization psychology». Dans Handbook of Industrial and Organizational Psychology, sous la direction de M. D. Dunnette et L. M. Hough. pp. 687-732. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, Inc.

CASCIO, W.F. (1991). «Virtual workplace: Implications for organizational behavio[». Dans Trends in organizational behavior. Volume 6, sous la direction de c.I. Cooper et D.M. Rousseau. pp. 1-14. New York: John Wiley.

CHASSERIO, S. et M.-J. LEGAULT. 2005. «Dans la nouvelle économie, la conciliation entre la vie privée et la vie professionnelle passe par ... l'augmentation des heures de travail! ». Recherches sociographiques, volume 46, numéro 1, pp. 119-142.

CHEN X.J. 2001. «The latest progress of the performance model». Journal of Psychological Science, volume 24, numéro 6, pp.737-740.

Godé ATSHWEL OKEL, Management Public approfondie, ed. Inédit,2020.

DIKUYI et Coll. Administration Publique et Gestion des institutions de Santé éd.2011.

DUFFY, M.K. et J.D. SHAW. 2000. «The Salieri syndrome: Consequences of env y in groups». Small Group Research, volume 31, pp. 3-23.

Jean LUFULUABO et Pascal LUTUMBA , Planification et Organisation Sanitaire, Ed. Feu Torrent 2019.

HERZBERG F., B. MAUSNER et B. SNYDERMAN. 1959. The motivation to work, New York: Wiley.

Henri OBERDORFF, Les institutions Administratives,6é Edition Sirey 2010,Paris 14.

KANFER, R. 1990. «Motivation theory and industrial and organizational psychology»,Dans Handbook of lndustrial and Organizational Psychology, sous la direction de M.D. Dunnette et L.M. Hough. pp.75-170. Rand McNally, Chicago, IL.

MASLOW, A. 1954. Motivation and Personality, New York: Harper & Row.

McCLELLAND, D. C. 1961. The achieving society, New York: Van Nostrand Reinhold.

McCLELLAND D. C. 1965. «Toward a Theory of Motive Acquisition», American Psychologist, volume 20, pp. 321-333.

Mc GREGOR D. 1960. The human side of enterprise, New York: McGraw-Hill.

Mc SHANE, S.L. et C. BENABOU 2008. Comportement organisationnel. Comportements humains et organisations dans un environnement complexe, Montréal: Chenelière Éducation.

MORIN, E. et C. AUBÉ. 2007. Psychologie et management, 2e édition, Montréal: Chenelière Éducation.

MOTOWIDLO, S. 1. et 1.R. VAN SCOTTER. 1994. «Evidence that task performance should be distinguished from contextual performance». Journal of Applied Psychology, volume 79, 475-480.

MOTOWIDLO, S. J., W.C. BORMAN et M.J. SCHIMT 1997. «A theory of individual differences in task and contextual performance». Human Performance , volume 10, pp. 71-83.

ROBBINS, S. 1993. Essential of organizational behavior. Englewood Cliffs, NJ.Prentice Hall.

ROBBINS, S. et T. JUDGE 2006. Comportment’s organizational, New Jersey: Pearson Education.

ROUSSEL, P. 1994. Mesure de l'efficacité des rémunérations sur la motivation et la satisfaction au travail, Thèse de Doctorat en Sciences de Gestion, Université des ciences Sociales de Toulouse.

ROUSSEL, P. 1996. Rémunération, motivation et satisfaction au travail. Paris: Editions Economica.

ROUSSEL, P., M. DALMAS et N. OUBRA YRIE-ROUSSEL. 2009. «Les modèles intégrateurs de la motivation au travail». Dans Comportement Organisationnel, Vo!.3: Théories des Organisations, Motivation au travail, Engagement Organisationnel, sous la direction de J. Rojot, P. Roussel et C. Vandenberghe. pp. 235-249. Bruxelles: De Boeck, Chapitre 6.

SCHERMERHORN, J. R., J.G. HUNT. RÉNÉ OSBORN et C. DE BILL Y 2010 Comportement humain et organisation, 4e édition, Montréal: ERPI.

VANDENBERGHE C., G. LANDRY G. et AJ. PANACCIO 2009. «L'engagement organisationnel ». Dans Comportement organisationnel. Théories des organisations, motivation au travail, engagement organisationnel, sous la direction de J. Rojot, P. Roussel et C. Vandenberghe. pp. 275-305. Bruxelles, De Boeck.

VROOM, V. H. 1964. Work and Motivation, New York: John Wiley.

WANG, H., X.X. LI et S.Q. LUO, 2003. Task performance and contextual performance, validation of the performance model of two factors. Management Science. volume Il, numéro 4, pp.156-178.

# IX. FINANCEMENT DES SOINS PAR APROCHE MUTUELLE DE SANTE : AVIS DES ENSEIGNANTS D’EPST-RD CONGO SUR LA QUALITE DE SERVICES DE LA MESP.

**SENKER NDIMBA BOB,**

Université Pédagogique Nationale, RDCongo

**ABSRATS**

The problem of access to health care poses a problem in our country [Amuli jiwe,201]. Primary, secondary and vocational chalk professionals are not excluded. To avoid the uncontrolled ou flow of funds, the means being limited, although the need is enormous, the teachers are affiliated to the mutual health insurance, while it is noted that 9 out of 10 Teachers who attend medical training in partnership with the said mutual health insurance are really disappointed with the quality of care and the management of the mutual, which is why we asked ourselves the question; what are the factors associed with dissatisfaction of teachers at EPST with regard to their mutual insurance we started from a hypothesis according to dissatisfaction of MESP members would be linked to the quality of care, which wold be less effective. Our scientific study was carried out in the city province of Kinshasa, with the MESP. We used the survey method, and the structured interview technique guided by the servey questionnaire which served as an interview 384 participants obtenaid using the inclusion and exclusion criteria and fishers statistical formula [Bura P.2014].After analysis and interpretation of the data, we found the following results:205 respondants or 53,3% say that members money is more allocated for the functioning of the administration(salaries of agents and workers of the mutual fund) than health care is members followed by 84 or 21,8% who say that the money for health is not only implanted in in some four cities out of the 26 provinces of the country. On the other hand 123members or 32,1% blame the health facilities for the less satisfactory quality of relational care followed by 103 or 26,8% who attest that the number of health facilities is insufficient for the best care of patients who are members of the mutual insurance company, 13or 3,4 who would say that the hygiene of hospitals is defective.

## **Mots clés : Financement—soins—soins de santé—enseignants – EPST—Mutuelle de santé-- Mesp**

**I.INTRODUCTION**

Ce sujet fait l’objet des débats, des forums nationaux, collectives et particulièrement par les professionnels de la craie du niveau primaire et secondaire qui, condamnent la mutuelle de santé de ne pas bien organisé le circuit des soins et de l’autre coté la mutuelle se justifie par des moyens moins plus ou moins convaincants que les soins sont bien organisés. Or, la bonne organisation de la mutuelle se justifiera par la qualité des soins que offre les formations médicales en partenariat avec la mutuelle au profit des bénéficiaires qui sont les membres donc, les enseignants.

L’école de Santé Publique de Kinshasa [2020] démontre que 52,1 % des usagers se trouvent dans une situation de vulnérabilité grave au problème du financement pour l’accès aux soins de santé. L’accès aux systèmes de sécurité sociale est réservé aux travailleurs du secteur formel. Il n’existe aucune assurance santé pour le reste de la population qui est pourtant démunie et, souvent exposée aux risques. Les travailleurs du secteur informel sont victimes. L’enseignant se fait membre la mutuelle, et présente les insatisfactions. Donc, 9sur 10 sont insatisfaits. Au vue de ce qui précède, nous nous sommes posé des questions suivantes :

* Quel est l’avis global des enseignants sur la gestion de leur mutuelle de santé et la qualité des soins de santé offerts par les formations sanitaires en partenariat avec la MESP ?
* Quel est le modèle efficace pouvant être mis à la disposition d’une mutuelle pour obtenir la satisfaction des usagers des services de santé ?

Selon nos vécus quotidiens, quelques faits observés dans la littérature et l’entretien avec les professionnels de la craie affiliés à la MESP, nous pensons que la gestion de la mutuelle serait moins efficiente et les soins de santé offerts par les professionnels de santé des formations sanitaires ne seraient pas efficaces. Nous pensons que la satisfaction aux besoins de santé des adhérents de la MESP proviendrait de la bonne planification et bonne sélection des adhérents, de la bonne coordination et du contrôle de la réalisation des objectifs assignés à mi-parcours dans chaque service de la MESP. Ce sont ces idées qui seront infirmées ou affirmer au terme de cette étude. Le but de cette étude est d’analyser les problèmes liés au financement des soins par approche mutualiste dans la politique publique de santé en République Démocratique du Congo, pouvant emmener la satisfaction des consommateurs des soins de santé offert par les formations médicales en partenariat avec la MESP. Dans le temps notre travail considère les données de la période allant du mois d’octobre 2020 au mois de mars 2021.Quant à l’espace, la ville Province de Kinshasa et ses structures sanitaires ainsi que la population (les enseignants) affilés à la mutuelle de santé constituent les cadres physiques de nos recherches.

**II. METHODOLOGIE**

## **Présentation du terrain d’étude**

La MESP est une mutuelle de santé des enseignants du ministère de l’enseignement primaire secondaire et Technique. Sise sur avenue Nzongoloto 14 au quartier des cliniques dans la commune de la Gombe.

La MESP compte actuellement [Statistiques 2020],211agents dont 137 à Kinshasa, 47 à Lubumbashi, 31 à Mbandaka, 1point focal à Kisangani et 1point focal à Tshikapa. La MESP a pour mission d’assurer la prise en charge des prestations médicales en faveur de ses membres et portant garantie du paiement ou du remboursement des frais y afférentes en vertu du conventionnement établi auprès des formations sanitaires agréées par l’état par la méthode de tiers payant ou en les assurant directement ses propres établissements de soins. **Les organes de la MESP sont** Assemblée Générale, Conseil d’Administration, Secrétariat Administratif et la Commission de contrôle.La mutuelle de santé des enseignants de l’enseignement primaire, secondaire et Technique fonctionne en s’appuyant d’un arrêté Ministériel numéro 042/CAB/MIN/ JGS et DH /2015 du 13Novembre 2015 accordant la personnalité juridique à l’ASBL non conventionnelle dénommée Mutuelle de santé des enseignants de l’enseignement Primaire, secondaire et Technique en signe la MESP. Egalement par la loi numéro 17/002 du 08 Février 2017 déterminant les principes fondamentaux relatifs à la mutualité.

La prise en charge des cas à la MESP se fait en conformité avec la politique en matière des soins de santé primaires en vigueur en République Démocratique du Congo, la prise en charge médicale à la MESP/Asbl est assurée selon le circuit des soins ci-après :**1ere ligne** : le Centre de Santé, prend en charge la consultation prénatale(CPN), la consultation préscolaire(CPS), la consultation curative, la petite chirurgie, les accouchements simples (eutocique) en ce, compris les examens de laboratoire de routine et les médicaments essentiels. **2eme ligne** : l’Hôpital Général de Référence, prend en charge les cas de chirurgie moyenne et majeure, la césarienne et tous les cas que les centres de santé, eu  égard à leur plateau technique, ne peuvent pas prendre correctement en charge.**3ème ligne** : la formation sanitaire spécialisée prend  en charge les soins  qui ne peuvent être pris  en charge au niveau de la 2ème ligne eu égard à leur complexité et/ou leur gravité. Leur prise en charge requiert l’intervention des médecins spécialistes. En cas de maladie, le bénéficiaire est tenu de se rendre au centre de santé auprès de laquelle sa  famille est affectée. Le vagabondage médical est interdit. Le passage d’un niveau de prise en charge à un autre nécessite la délivrance d’un billet de transfert par la formation sanitaire qui a reçu l’affilié malade. Ce billet de transfert doit être avisé par un médecin conseil de la MESP/Asbl avant la prise en charge par le niveau de transfert. Sauf cas d’urgence avérée, tout affilié qui contrevient au respect de ce circuit des soins prend à sa propre charge les frais qu’il expose et que la mesp/asbl ne rembourse pas. La MESP asbl ne couvre pas le  transfert sanitaire à l’étranger et ne prend pas en charge les frais exposés par ses affiliés lors d’un séjour médical à l’étranger .La prise en charge médicale est réalisée à trois niveaux. Le bénéficiaire, en cas de maladie, doit d’abord se présenter dans le centre de santé auprès duquel sa famille a été affectée. Le cas qui ne peut pas ou ne peut plus être pris en charge par le centre santé, est référé, par le centre de santé, auprès d’un hôpital général de référence (HGR). Si, le cas concerné ne peut être traité à l’hôpital général de référence, il est transféré dans un hôpital spécialisé (HS).Aucun malade ne peut, de lui-même, se rendre, directement dans un HGR ou un HS sans qu’il y ait été transféré. Le bénéficiaire est pris en charge uniquement dans les structures sanitaires avec lesquels la MESP a signé une convention médicale.

## **I.1. Droits Et Devoirs de l’enseignant affilié à la MESP**

**1. Droits de l’affilié de la MESP Asbl:**

* A une carte de membre ;Aux soins de santé dans les différents centres de santé et autres formations sanitaires conventionnées avec la MESP Asbl suivant un paquet de soins préalablement convenu ; A des produits pharmaceutiques génériques accordés par les formations sanitaires conventionnées ; D’être reçu en toute dignité dans les formations sanitaires où il se rend ainsi que toutes ses personnes à charge ; De bénéficier du suivi par un Médecin Conseil de la MESP Asbl du traitement reçu.

**NB : Le transfert d’une ville à une autre dans la province ou dans le pays n’est pas autorisé.**

**2. les devoirs de  L’affilié:**

* Se munir de sa carte de membre de la MESP Asbl à chaque fois qu’il se rend au centre de santé ou autre formation sanitaire conventionnée pour s’y faire soigner ; En cas d’urgence et à défaut de cette carte de membre, se munir de sa carte de service ; Veiller à l’usage correcte de la carte de membre ; Respecter les étapes de la prise en charge dans le circuit des soins (1ère, 2ème, 3ème ligne). Voir l’article 9 infra. Recourir au service du Médecin Conseil de la MESP Asbl en cas de problème dans les soins.

**3. Sanctions en cas de fraude ou d’utilisation abusive des soins**

Est considéré comme fraude tout acte de mauvaise foi avéré accompli en contrevenant aux statuts  et au règlement intérieur de la MESP. Il s’agit également d’un comportement   tendant  à se prévaloir d’un droit qui n’est pas dû. Dans le cas d’espèce, la fraude au sein de la MESP asbl est donc : Tout acte accompli en vue de porter atteinte délibérément aux droits et intérêts d’autrui (MESP asbl ou autres affiliés). L’action de tromper dans les différentes étapes de l’identification et de la prise en charge de l’affilié, Tout acte accompli en violation des conventions signées avec les prestataires. Est considérée comme sanction toute mesure répressive infligée par l’autorité compétente  à la suite d’un acte frauduleux commis en violation des différentes étapes de l’identification, de la prise en charge ainsi que dans l’exécution des conventions signées avec les prestataires. La Mutuelle évalue tout préjudice subi et toute implication  financière que comporte le traitement d’un cas de fraude pour pouvoir déterminer la sanction à infliger. Cfr. Art. 43 du R.I de la MESP asbl.

**4. Prise en charge en cas d’urgence**

* Sauf cas d’urgence avérée, tout affilie qui contrevient au respect de ce circuit des soins prend à sa propre charge les frais qu’il expose et que la Mesp/asbl ne rembourse pas.
* la Mesp/asbl ne couvre pas les  transferts sanitaires à l’étranger et ne prend pas en charge les frais exposes par ses affiliés lors d’un séjour médical à l’étranger**.**

N.B : L’accès aux soins est décidé et orienté par la MESP Asbl après avis des partenaires dans les Fosa.

**5. Les cas non pris charge par la Mesp/asbl**

* le check up réalisé sur l’initiative propre de l’affilié ;
* La chirurgie et les soins esthétiques ;
* Les conséquences avérées de l’ivresse, de l’alcoolisme, de prise des drogues, de la prise de stupéfiants ou d’aphrodisiaques, dument constatées par une personne digne de foi ;
* L’avortement criminel et ses conséquences.

## **II. Matériels et Méthodes de la Recherche**

Dans cette étude nous avons utilisés la méthode d’enquête prospective appuyée par la technique d’interview et le questionnaire nous a servie comme guide pour la collecte des données. La population de cette étude est constituée des enseignants fréquentant les formations sanitaires des centres affiliés à la MESP. Pour obtenir un échantillon nous avons recourus aux critères d’inclusions et exclusions qui étaient entre autre, être enseignant d’état, membre de la MESP, fréquentant l’une des formations sanitaires affiliées à la MESP, être présent puis accepter de répondre aux questions du chercheur. Après l’utilisation de la formule de Fisher nous avons retenu la taille d’échantillon égale à 384 sujets.

**III. RESULTATS**

**Présentation des résultats sur les avis des enseignants concernant la gestion de la MESP et la qualité des soins de santé offert par les professionnels de santé des formations médicales en partenariat avec la MESP.**

* I. A. Les Données sociodémographiques

## **1. Répartition des participants selon leur Age.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| no | Age | ni | % |
| 1 | 24-28 | 11 | 2,8 |
| 2 | 29-33 | 51 | 13, 3 |
| 3 | 34-38 | 194 | 50,5 |
| 4 | 39-43 | 98 | 25,5 |
| 5 | 44 ans et plus | 30 | 7,8 |
|  | Total | 384 | 100 |

Constat : il ressort de ce tableau : 50,5% soit 194 enseignants qui ont l’âge allant de 34a 38 ans. Elle constitue la fréquence la plus élevée alors que 2,8% constituent la fréquence la plus faible.

## **2. Répartition des participants selon le sexe.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| no | Sexe | ni | % |
| 1 | Féminin | 93 | 24,2 |
| 2 | Masculin | 291 | 75,8 |
|  | Total | 384 | 100 |

Constat : L’Analyse de ce tableau nous présente 291 enquêtés soient 75,8% qui sont de sexe masculin tandis que 24,2% sont des sexes féminins.

## **3. Répartition des participants selon leur niveau d’étude.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| no | Niveau d’étude | Ni | % |
| 1 | Supérieur et universitaire | 256 | 66,6 |
| 2 | Diplôme d’état | 102 | 26,5 |
| 3 | D4 | 26 | 6,7 |
|  | Total | 384 | 100 |

Constat : l’Analyse de ce tableau nous démontre que la majorité soit 66,6% de nos enquêtés sont universitaires ayant fiat les études supérieures et universitaires suivi de 26,5% qui pont obtenu un diplôme d’état.

## **4. Répartition des participants selon leur ancienneté au service.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| no | Ancienneté | Ni | % |
| 1 | 1an -10ans | 149 | 38,8 |
| 2 | 11ans -20ans | 159 | 41,4 |
| 3 | 21ans -30ans | 68 | 41,4 |
| 4 | 31ans -40ans | 8 | 2 |
|  | Total | 384 | 100 |

Constat : il se dégage de cette analyse159 enquêtés soient 41,4% qui ont 11 à 20ans d’expériences dans la profession d’enseignant.

## **5. Répartition des participants selon leur tribu**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| no | Tribu | Ni | % |
| 1 | Luba | 97 | 25,2 |
| 2 | Kongo | 221 | 57,5 |
| 3 | Ngala | 42 | 11 |
| 4 | Shwahili | 24 | 6, 3 |
|  | Total | 384 | 100 |

Dans ce tableau nous constatons que 57,5%sont des Kongo suivi de 25,2% qui sont Luba. La fréquence la plus faible est 6,3%occupée par le swahili.

1. **Répartition des participants selon le nombre d’enfants qu’ils ont.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| N | Nombre d’enfants | Ni | % |
| 1 | 1à 5enfants | 148 | 38,5 |
| 2 | 6à 10 enfants | 177 | 46 |
| 3 | 11enfants et plus | 35 | 9,1 |
| 4 | Pas d’enfants | 24 | 6,3 |
|  | Total | 384 | 100 |

Constat : Ce tableau nous renseigne177enquetés soient 46% d’enquêtés qui ont fait 6 à 10enfants suivi de 148 soient 38,5% qui ont 1à5enfants.

**B. Matières en rapport avec notre étude**

## **1. Répartition des participants selon les raisons d’adhérer la mutuelle de santé**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| no | Raisons d’adhésion. | Ni | % |
| 1 | Aucune (le caractère Obligatoire) mais avec accès facultatif | 43 | 11,2 |
| 2 | Garantir la santé familiale | 132 | 34,4 |
| 3 | Eviter les stress pendant les crises financières si maladie. | 18 | 4,6 |
| 4 | Suivre l’évolution sanitaire de ma progéniture | 79 | 20,5 |
| 5 | La Consultation prénatale assurée. | 63 | 16,4 |
| 6 | La Maternité Assurée. | 41 | 10,7 |
| 7 | Pour les examens de spécialité | 8 | 2,1 |
|  | Total | 384 | 100 |

Constat : Il ressort de ce tableau, 132 enquêtés soient 34,4% qui, étant enseignant, la raison principale de leur adhésion à la mutuelle, est la de garantir leur propre état de santé suivi de 79 autres soient 20,5% qui justifient leur raison d’adhésion à la mutuelle pour suivre l’évolution sanitaire de leur progéniture. La proportion la plus faible est 2,1% la catégorie des enseignants qui ont adhérer la mutuelle juste pour les examens de spécialité.

## **2. Répartition des participants selon ce qu’ils ont fait pour adhérer la mutuelle.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| no | Critères d’adhésion à la mutuelle | Ni | % |
| 1 | Remplir une fiche de renseignement, apporter les documents (attestations de naissances des enfants, de mariage si on veut inscrire l’épouse ou l’époux, la carte de service et votre identité SECOPE). | 277 | 72,1 |
| 2 | Rien fait | 63 | 16,4 |
| 3 | Etre juste enseignant de l’EPST | 44 | 11,5 |
|  | Total | 384 | 100 |

Il ressort de ce tableau 277 enquêtés ou 72,1% d’enseignants qui disent que pour adhérer la mutuelle ils se sont rendu à la direction de la mutuelle ils ont rempli une fiche de renseignement et ont annexés tous les autre documents importants demandés et ils ont bénéficié de la carte de membre le permettant d’exhiber dans une formation sanitaire affecté à fin de bénéficier des soins de santé.

**3. Répartition des participants selon qu’ils décrivent la procédure ou schéma pour bénéficier des soins de santé dans des formations sanitaires.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Procédure pour bénéficier des soins | Ni | % |
| 1 | Réception—point focal (fosa)— carte via délégué MESP—orientation vers la consultation—Examens. | 102 | 26,5 |
| 2 | Carte—centre—délégué MESP—examens—traitement. | 23 | 5,9 |
| 3 | Réception—délégué—consultation—médicaments—retour | 68 | 17,7 |
| 4 | Réception—dépôt de la carte—appel—prélèvement des signes vitaux—délégué de la MESP—orientation vers la consultation—Examens de labo -- soins—transfert si possible—retour. | 73 | 19 |
| 5 | Autres circuits. | 118 | 30,7 |
|  | Total | 384 | 100 |

**Constat** : il ressort de ce tableau que 30,7% soient 118 enquêtés présentent des schémas autres que la réalité qui leur permettent de bénéficier des soins de santé tandis que 73 enquêtés soient 19 % nous expliquent qu’ils commencent par la réception et de là, ils déposent leurs cartes de membres c’est lors qu’on va l’appeler pour la prise des signes vitaux—appel—prélèvement des signes vitaux et ils vont entrer chez le délégué de la MESP qui selon le besoin va les l’orienter vers la consultation et puis les examens de laboratoire seront prescrit par le médecin ou l’infirmier à qui le patient a consulté puis les soins s’en suivront et le transfert si possible et le circuit s’arrête par retour. Le circuit ayant la proportion la plus faible est celle dont les affiliés ont dit qu’il s’agit de la carte—centre—délégué Mesp—examens—traitement. 23enquetés soient 5,9%.

## **4. Temps en moyenne depuis l’arrivée à la FOSA jusqu’au départ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Temps moyen | Ni | % |
| 1 | Moins d’une et demi | 68 | 17,7 |
| 2 | Moins de quatre heures | 172 | 44,7 |
| 3 | Plus de quatre heures. | 144 | 37,5 |
|  | Total | 384 | 100 |

Constat : ce tableau nous renseigne que le temps moyen à passer depuis l’arrivée du patient dans une formation sanitaire jusqu’au retour est d’environ quatre heures tel qu’ont dit 172 membres affiliés soient 44,7% de nos enquêtés suivi de 144 enquêtés soient 37,5% qui disent qu’ils prennent environ plus de quatre heures de temps depuis l’arrivée jusqu’au départ.

**5. Répartition des participants selon leur degré de satisfaction.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| no | Degré de satisfaction des membres | Ni | | % | |
|  |  | oui | Non | Oui | Non |
| 1 | La qualité des soins offerts | 101 | 283 | 26,3 | 73,7 |
| 2 | Soins relationnels | 27 | 357 | 7 | 93 |
| 3 | Qualité et quantité des médicaments (existence, emballages, produits de spécialités). | 28 | 356 | 7,3 | 93,7 |
| 4 | Examens de Laboratoire | 253 | 131 | 65,8 | 34,1 |
| 5 | Examens de spécialités | 183 | 201 | 47,6 | 52,4 |
| 6 | Consultations prénatales | 203 | 181 | 52,8 | 47,2 |
| 7 | Consultations post-natales | 258 | 126 | 67,2 | 32,8 |
| 8 | Consultations préscolaires | 53 | 331 | 13,8 | 86,2 |
| 9 | Communications (verbales ou non) des professionnels de santé aux patients (enseignants et leurs familles) | 109 | 275 | 28,4 | 71,6 |
| 10 | Du montant que vous payé par mois pour les soins de votre famille. | 301 | 83 | 78,3 | 21,7 |
| 11 | La distance à parcourir de la maison jusqu’à la FOSA affectée. | 121 | 236 | 31,5 | 68,5 |
| 12 | Du temps à passer dans la FOSA | 96 | 288 | 25 | 75 |
|  | Moyenne | 144 | 239 | 37,6 | 62,4 |

Constat : l’analyse de ce tableau démontre une moyenne de 37,6% des enquêtés qui ont dit oui dont 78,3% sont satisfait du montant qu’ils paient pour les soins de santé par mois suivi de 67,2% qui sont satisfait des soins de et consultations post natales. Le pourcentage le plus faible est 7% dont les enquêtés sont satisfait des soins relationnels. Il convient de signaler que d’autre part une moyenne de 62,4% des personnes qui ont dit non (n’étant pas satisfait) il y ressort 93,3% qui, leurs degré d’insatisfaction est justifié par la qualité et quantité des médicaments qui sont mis à leur disposition. On y ajoute l’inexistence des emballages pouvant servir les enseignants à porter ces dits médicaments. Ils rajoutent l’inexistence des médicaments de spécialités dans des formations sanitaires. Ces chiffres sont suivi de 93% soient 357enquetés qui ont dit n’être pas satisfait des soins relationnels que offrent les professionnels de santé travaillent dans les formations sanitaires qui travaillent en collaboration avec la MESP.

## **6. Répartition des participants selon les failles qu’ils constatent.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Les failles probables constatées par les membres | ni | % |
| A | POUR LA MESP |  |  |
| 1 | La mégestion de la mutuelle | 1 | 0,26 |
| 2 | Détournement d’argent retirer à la source pour les tous les enseignants de la république mais la mutuelle n’est implantée que dans quatre villes du pays. | 84 | 21,8 |
| 3 | L’argent des affiliés (membres) est plus affecté pour le fonctionnement de l’administration et les salaires des travailleurs de la mutuelle qu’aux soins de santé des membres. | 205 | 53,4 |
| 4 | La gestion de la mutuelle est politisée. (les politiques gèrent la mutuelle) | 17 | 4,4 |
| 5 | La routine | 8 | 2,1 |
| 6 | Le manque de suivi de la qualité des prestations des agents dans des FOSA | 44 | 11,8 |
| 7 | Des longues distances à parcourir pour les soins | 25 | 6,5 |
|  | Total | 384 | 100 |
|  | Moyenne | 54,8 | 14,3 |
| **B** | **POUR LES FORMATIONS SANITAIRES ( FOSA)** |  |  |
| 1 | La capacité d’accueil de la formation sanitaire | 62 | 16,1 |
| 2 | Les places assises pour les malades | 21 | 5,4 |
| 3 | Nombre insuffisant du personnel soignant et médical. | 103 | 26,8 |
| 4 | La routine | 8 | 2,1 |
| 5 | Les soins relationnels ne sont pas de bonne qualité | 123 | 32,1 |
| 6 | La valeur est accordée plus aux patients payant cash et non aux affiliés de la MESP | 54 | 14 |
| 7 | Hygiène défectueuse de l’environnement hospitalier | 13 | 3,4 |
|  | Total | 384 | 100 |
|  | Moyenne | 54,8 | 14,3 |
| **C** | **LES PRESTATAIRES DES SOINS** |  |  |
| 1 | Lenteur lors de l’exécution des taches (soins infirmiers) | 35 | 9,1 |
| 2 | La négligence et la déconsidération des personnes malades lors de la consultation (manque d’attention et la consultation n’est pas approfondie) | 171 | 44,5 |
| 3 | Ne tiennent pas compte de la vulnérabilité des patients venus en consultation dans la FOSA | 49 | 12,7 |
| 4 | Les affiliés de la MESP ne sont pas pris en considération | 129 | 33,6 |
|  | Total | 384 | 100 |
|  | Moyenne | 96 | 25 |
| **D** | **POUR L’ETAT** |  |  |
| 1 | Le budget insignifiant et contraire à la convention d’ALMA ATA sur les soins de santé primaire (santé pour tous) alloué à la santé. | 248 | 64,5 |
| 2 | Contribution pour la bonne gestion de la ZS et les FOSA | 87 | 22,6 |
| 3 | Mise sur agenda et exécution des politiques publiques de santé en matière de la protection maternelle et infantile, la santé de la reproduction ; la planification familiale et la promotion des mutuelles de santé. | 49 | 12,7 |
|  | Moyenne | 128 | 33,3 |

Il ressort de ce tableau,205 enquêtés soient 53,4% de ceux qui ont trouvé des failles probables de la mutuelle de santé des enseignants de l’EPST que l’argent des membres est plus affecté pour le fonctionnement de l’administration(agents et travailleurs de la mutuelle) qu’aux soins de santé des membres suivi de 84 soient 21,8% de nos enquêtés qui disent que l’argent pour les soins de santé est retirer à la source pour tous les enseignants qui sont payés par l’état alors que la mutuelle de santé n’ est implanté que dans quelques quatre villes sur les 24provinces du pays. De l’autre part123 membres soient 32,1% de nos enquêtés reprochent les formations sanitaires de la qualité moins satisfaisantes des soins relationnels suivi de 103soient 26,8% qui attestent que le nombre des personnels de santé dans des formations sanitaires est insuffisant pour la meilleur prise en charge des patients membres de la mutuelle.la fréquence la plus faible dans cette distribution est 13soient 3,4% qui diraient que l’hygiène des milieux hospitaliers est défectueuse.

Une observation particulière dans ce tableau est que 171 enquêtés soient 44,5% des enseignants qui disent que dans le chef des prestataires de soins de santé, ils ont observé la négligence et la déconsidération de la personne malade pendant la consultation c’est-à-dire le manque d’attention accordée aux patients et la superficialité de la consultation suivi de 129 enquêtés soient 33,6% qui affirment qu’il y’a des de la négligence avérée des affiliés de la mutuelle de santé des enseignants du ministère de l’enseignement primaire secondaire et technique (MESP) dans des formations sanitaires alors qu’ils sont contribuables.

Il convient de signaler que dans la même catégorie, chez l’état, 248 enquêtés soient 64,5% reprochent l’état sur budget insuffisant alloué pour la santé contrairement aux conventions d’Alma-Ata sur le financement des soins de santé primaires ou il a été dit le 20% environ du budget de l’état devrait être alloué à la santé. La fréquence la plus faible pour cette distribution est constitué de 49 enquêtés soient 12,7% qui ont répondus que dans un état de droit, il ne faut pas qu’il y ait les manifestations ou les soulèvements de masse des groupes concernés ou des grèves répétées pour que l’état ou l’autorité publique fasse la mise sur agenda des politiques publiques de santé et l’exécution des politiques, surtout, étant donné que nous vivons dans un secteur vraiment dont la décentralisation est effective.

Lorsque l’état ne fait pas bien son travail ; les zones de santé bien que fonctionnant sur le contrôle de l’autorité publique de santé, il y’a possibilité que l’accessibilité aux soins de santé primaires y compris la planification familiale voir même la protection maternelle et infantile aient un blocage.

**7. Répartition des participants selon leurs suggestions pour le bon fonctionnement de la chose communautaire (mutuelle de santé) et la satisfaction des besoins de santé des membres.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Suggestions des membres pour le bon fonctionnement de la mutuelle et la satisfaction des besoins de santé des affiliés. | ni | % |
| A | POUR LA MUTUELLE |  |  |
| 1 | La décentralisation de la gestion | 12 | 3,1 |
| 2 | dépolitisation de la gestion de la mutuelle | 33 | 8,6 |
| 3 | Penser aux contribuables des autres provinces et villes (accessibilité de tous aux soins de santé primaires). | 28 | 7,3 |
| 4 | Améliorer le % alloué aux soins de santé des membres dans la clé de répartition sur les cotisations des membres et si possible instauré le ticket modérateur. | 209 | 54,4 |
| 5 | Payé rapidement et au moment opportun les prestations et au besoin expliquer aux enseignants membres et aux FOSA le circuit de soins et le mécanisme du fonctionnement ; de la prestation jusqu’à la paie des prestations pour que les professionnels de santé soient motivés et que les enseignants évitent les rumeurs. Bref. Clarifier la gestion de la mutuelle de santé. | 102 | 26,6 |
|  | Moyenne | 77 | 20 |
| B | POUR LES FOSA |  |  |
| 1 | Prendre tous les malades aux mêmes pieds d’égalité | 107 | 27,8 |
| 2 | Donner des produits de bonnes qualités aux affiliés de la MESP | 212 | 55,2 |
| 3 | Etre prompt (la rapidité motivée par le respect de la dignité de la personne humaine) | 28 | 7,3 |
| 4 | Améliorer l’hygiène de l’environnement hospitalier et la capacité d’accueil. | 37 | 9,6 |
|  | Moyenne | 96 | 25 |
| C | POUR L’ETAT |  |  |
| 1 | Revoir à la hausse le budget alloué pour la santé et le salaire du fonctionnaire en général pour la bonne prise en charge des cas. | 117 | 30,4 |
| 2 | Utiliser le mécanisme directionnel et du contrôle régulier des activités et la gestion de la MESP | 267 | 69,3 |
|  | Moyenne | 197 | 50 |

Constat : il ressort de e tableau 209 enquêtés soient 54,4% qui suggèrent à la mutuelle d’améliorer le % d’argent alloué aux soins de santé des membres dans la clé de répartition sur les cotisations des membres et si possible instauré le ticket modérateur. Suivi de 102 enquêtés soient 26,6% qui disent à la mutuelle de payé rapidement et au moment opportun les prestations et au besoin expliquer aux enseignants membres et aux FOSA le circuit de soins et le mécanisme du fonctionnement ; de la prestation jusqu’à la paie des prestations pour que les professionnels de santé soient motivés et que les enseignants évitent les rumeurs. Bref. Clarifier la gestion de la mutuelle de santé.

Le pourcentage le plus faible est celui des enseignants qui proposent à la mutuelle de penser aussi aux enseignants des autres provinces et villes ou la mutuelle n’est pas encore implanté et la décentralisation de la gestion de la mutuelle 14enquetés soit 3,6%.

Quant aux formations sanitaires, pour leur bon fonctionnement 212 enquêtés soient 55,2% suggèrent qu’elles donnent et mettent à la disposition des enseignants des produits(médicaments) de bonne qualité et dont la date de péremption n’est proche ; puis pour le respect de la personne qu’elles mettent les produits dans des emballages et les produits de spécialités doivent aussi être mis à la disposition des affiliés dans des formations sanitaires suivi de de 107 enquêtés soient 27,8% qui suggèrent que dans des formations médicales , les prestataires prennent tous les patients aux mêmes pieds d’égalité.

Parlant de l’état 117enquetés pensent que l’état doit revoir à la hausse le salaire des professionnels de santé en particulier et des fonctionnaires e général pour permettre à la MESP et les FOSA de mieux prendre en charge les membres affiliés à la MESP.

**IV. DISCUSSION DES RESULTATS.**

Cette partie de travail est très délicate car, elle exige la comparaison des résultats obtenus dans cette étude axée sur les avis des professionnels de la craie , membres de la mutuelle qu’on appelle MESP notre champ d’enquête avec les écrits des autres chercheurs dans ce même domaine en fin d’en tirer une conclusion possible qui nous permettra de présenter et proposer des recommandations et des solutions utiles pour vite résoudre les problèmes de santé des affiliés de la mutuelle de santé.

En effet,MAKAMBA MBONARIBA[2004], dans son article scientifique intitulé : la problématique du financement des soins en RDC a trouvé que Depuis 1960, les mécanismes de financement du système sanitaire de la RDC ont successivement connu des mutations négatives dont la conséquence actuelle est son inadéquation par rapport aux exigences des besoins réels à couvrir ; alors que la majorité de la population vit dans la pauvreté absolue (0,38$ /personne/jour),[PNDS,RD CONGO2019-2022], ce système en est venu à fonder une part substantielle de son financement sur la contribution de ces communautés démunies. Ce constat est contraire aux principes d’efficacité et surtout d’équité qui régissent une politique et normes de financement de la santé,[STEP-BIT,2005]. Les efforts fournis par la communauté des bailleurs ont atteint des niveaux jamais égalés auparavant, malheureusement, le désengagement de l’Etat depuis ces 15 dernières années et la contraction de son budget alloué à la santé inhibe ces initiatives et les empêchent de produire les résultats escomptés ; Malgré des espérances qu’autorisent les réformes et la mise en œuvre des principes de bonne gouvernance, des contraintes réelles empêchent une croissance substantielle du budget de l’Etat à court terme ; Les défis à relever restant (i) d’assurer la couverture des besoins sanitaires de tous y compris ceux des indigents et (ii) la viabilité financière des institutions prestataires ; Il est indispensable que toutes les parties impliquées dans le financement de la santé en RDC adoptent des réformes visant à (i) accroître le volume des ressources disponibles et (ii) maîtriser les coûts et améliorer la productivité des ressources investies dans la santé ; Les résultats de notre étude confirment ceux de MAKAMBA MBONARIBA, qui, parlant de l’accessibilité des enseignants membres de la mutuelle aux soins de santé, seuls 12% y accèdent facilement et volontairement faute de la qualité de soins offerts dans des formations médicales. Ces chiffres doivent réellement et dans la mesure du possible interpeller la conscience des gestionnaires de la mutuelle de santé face à leur responsabilité et les professionnels de santé quant à leur rôle de la relation d’aide et au respect accordé aux patients. Nous nous imaginons, une personne qui adhère volontairement une mutuelle de santé ; qui paie ses cotisations, bien que cela soit de façon obligatoire c’est-à-dire les retenues à la source, mais refuser de fréquenter les formations médicales, (…) nous comprendrons que le problème se pose.

Pour MATSHIDISO MOETI ,directrice régionale de l’OMS pour l’Afrique dans sa revue intitulée stratégies de coopération avec le pays, la RDC stipule, les principaux défis que doit relever le système de santé en RDC sont : une capacité optimale de gestion de l’ensemble de système de santé dans le contexte de la décentralisation ; un système de financement des soins de santé permettant l’équité d’accès ; un système de santé à même de répondre aux besoins des populations après plusieurs années de crise (conflits armées et catastrophes naturelles) ;la réduction de l’excès de la morbidité et mortalité et une meilleure coordination de la réponse humanitaire. Pour l’ équipe cadre de l’institut de médecine tropicale ,Anvers Belgique, tous de la coopération technique Belge3 en République Démocratique du Congo, via Ministère de la santé publique dans leur rapport de mission de faisabilité de la mise en œuvre de mutuelles de santé en République Démocratique du Congo, en octobre 2017,explique que le développement de la micro assurance santé au Congo est encore loin d’être une réalité (…). Cette conclusion bien que choquante mais, c’est une réalité car elle affirme exactement ce que nous aussi, avons trouver sur terrain, que les mutuelles de santé dans notre pays sont encore loin d’être réellement des vraies mutuelles de santé et fonctionnant normalement c’est-à-dire sur des bases et principes de fonctionnement d’une mutuelle de santé, même au sujet de la définition de circuit de soins de santé de la maison jusqu’à la formation médicale, des explications diverses et erronées voir même, comprenons, ces résultats affirment que 30,7 % soient 118 enquêtés présentent des schémas autres que la réalité qui leur permettent de bénéficier des soins de santé tandis que 73 enquêtés soient 19 % nous expliquent qu’ils commencent par la réception et de là, ils déposent leurs cartes de membres c’est lors qu’on va l’appeler pour la prise des signes vitaux les affiliés passent pour le prélèvement des signes vitaux et ils vont entrer chez le délégué de la MESP qui selon le besoin va les orienter vers la consultation et puis les examens de laboratoire chez le biologiste médical et s’en suivra une prescription par le médecin ou l’infirmier à qui le patient a consulté puis les soins s’en suivront , le transfert si possible et le circuit s’arrête par le retour.

Le temps est une ressource managériale très indispensable dans l’administration publique, que beaucoup ne savent respecter le timing pour la prise en charge d’un cas.  Contrairement à l’étude de l’OMS sur la qualité de la consultation, qui dit qu’une consultation médicale doit prendre au moins une heure pour des fins utiles, mais il convient de signaler qu’ici, les affiliés sont des enseignants qui, la majorité accompagne leurs enfants malades alors que les après-midi par exemple, doivent se rendre dans des écoles pour l’enseignement. Les résultats de notre étude nous renseignent que le temps moyen à prendre depuis l’arrivée du patient dans une formation sanitaire jusqu’au départ est d’environ quatre heures tel qu’ont dit 172 membres affiliés soient 44,7% de nos enquêtés suivi de 144 enquêtés soient 37,5% qui disent qu’ils prennent environ plus de quatre heures de temps depuis l’arrivée jusqu’au départ.

Parlant du montant payé ou mieux de cotisation pour les soins de santé, nos recherches démontrent une moyenne de 37,6% des enquêtés qui ont dit oui dont 78,3% sont satisfait du montant qu’ils paient pour les soins de santé par mois suivi de 67,2% qui sont satisfait des soins et consultations post natales. Le pourcentage le plus faible est 7% dont les enquêtés sont satisfait des soins relationnels.

Il convient de signaler que d’autre part une moyenne de 62,4% des personnes qui ont dit non (n’étant pas satisfait) il y ressort 93,3% qui, leurs degré d’insatisfaction est justifié par la qualité et quantité des médicaments qui sont mis à leur disposition. On y ajoute l’inexistence des emballages pouvant servir les enseignants à porter ces dits médicaments. Ils rajoutent l’inexistence des médicaments de spécialités dans des formations sanitaires. Ces chiffres sont suivi de 93% soient 357enquetés qui ont dit qu’ils ne sont pas satisfait des soins relationnels que offrent les professionnels de santé travaillent dans les formations sanitaires en partenariat avec la MESP. Ces résultats confirment ceux du chercheur ELOKO EYA MATANGELO [2014].

Parlant des failles constatées dans les formations sanitaires et mutuelle de santé, 205 enquêtés soient 53,4% de ceux qui ont trouvé des failles probables de la mutuelle de santé des enseignants de l’EPST que l’argent des membres est plus affecté pour le fonctionnement de l’administration (agents et travailleurs de la mutuelle) qu’aux soins de santé des membres , nos résultats confirment les conclusions de PNDS RD CONGO[2019-2022]qui stipulent que la problématique du financement des soins de santé pose des sérieux problèmes et les mutuelles de santé qui prétendent contribuer efficacement à l’amélioration de la qualité de santé des membres sont d’ailleurs loin d’être une réalité. Suivi de 84 soient 21,8% de nos enquêtés qui disent que l’argent pour les soins de santé est retirer à la source pour tous les enseignants qui sont payés par l’état alors que la mutuelle de santé n’est implanté que dans quelques quatre villes sur les 24 provinces du pays. Ces résultats confirment également ceux du BIT-STEP, [2005] qui stipulent dans un document intitulé guide pour l’étude de faisabilité de systèmes de micro assurance santé, éd ; STEP. Stratégies et techniques contre l’exclusion sociale et la pauvreté  guide de faisabilité et de mise en place, que beaucoup des mutuelles pèchent juste dans la sélection des membres, des formations sanitaires ; pour le partenariat, des services à couvrir et les principes de bases de fonctionnement d’une mutuelle de santé.

De l’autre part, 123 membres soient 32,1% de nos enquêtés reprochent les formations sanitaires de la qualité moins satisfaisantes des soins relationnels suivi de 103 soient 26,8% qui attestent que le nombre des personnels de santé dans des formations sanitaires est insuffisant pour la meilleur prise en charge des patients membres de la mutuelle.la fréquence la plus faible dans cette distribution est 13soit 3,4% qui diraient que l’hygiène des milieux hospitaliers est défectueuse.

Une observation particulière dans ce tableau est que 171 enquêtés soient 44,5% des enseignants disent que dans le chef des prestataires de soins de santé, ils ont observé la négligence et la déconsidération de la personne malade pendant la consultation c’est-à-dire le manque d’attention accordée aux patients et la superficialité de la consultation suivi de 129 enquêtés soient 33,6% qui affirment qu’il y’a des de la négligence avérée des affiliés de la mutuelle de santé des enseignants du ministère de l’enseignement primaire secondaire et technique (MESP) dans des formations sanitaires alors qu’ils sont contribuables. Nos résultats accompagnent ceux de KURZ X.[1996, 2010] qui, dans son étude sur l’introduction aux évaluations économiques en matière de soins de santé, a trouvé 67% de cliniciens, dans l’exercice de leur profession , devrait respecter les principes d’attention accordée aux clients.

Il convient de signaler que dans la même catégorie, chez l’état, 248 enquêtés soient 64,5% reprochent l’Etat du budget insuffisant alloué pour la santé contrairement aux conventions d’Alma-Ata sur le financement des soins de santé primaires ou il a été dit 15 % à 20 % environ du budget de l’état devrait être alloué à la santé. La fréquence la plus faible pour cette distribution est constitué de 49 enquêtés soient 12,7% qui ont répondus que dans un état de droit, il ne faut pas qu’il y ait les manifestations ou les soulèvements de masse des groupes concernés ou des grèves répétées pour que l’état ou l’autorité publique fasse la mise sur agenda des politiques publiques de santé et l’exécution des politiques, surtout, étant donné que nous vivons dans un secteur vraiment dont la décentralisation est effective. Lorsque l’état ne fait pas bien son travail ; les zones de santé bien que fonctionnant sur le contrôle de l’autorité publique de santé, il y’a possibilité que l’accessibilité aux soins de santé primaires y compris la planification familiale voir même la protection maternelle et infantile aient un blocage.

Il ressort de notre étude, 209 enquêtés soient 54,4% qui suggèrent à la mutuelle d’améliorer le % d’argent alloué aux soins de santé des membres dans la clé de répartition sur les cotisations des membres et si possible instauré le ticket modérateur. Suivi de 102 enquêtés soient 26,6% qui disent à la mutuelle de payé rapidement et au moment opportun les prestations et au besoin expliquer aux enseignants membres et aux FOSA le circuit de soins et le mécanisme du fonctionnement ; de la prestation jusqu’à la paie des prestations pour que les professionnels de santé soient motivés et que les enseignants évitent les rumeurs. Bref. Clarifier la gestion de la mutuelle de santé. Le pourcentage le plus faible est celui des enseignants qui proposent à la mutuelle de penser aussi aux enseignants des autres provinces et villes aux quelles la mutuelle n’est pas encore implantée et la décentralisation de la gestion de la mutuelle 14 enquêtés soit 3,6%. Quant aux formations sanitaires, pour leur bon fonctionnement 212 enquêtés soient 55,2% suggèrent qu’elles donnent et mettent à la disposition des enseignants des produits (médicaments) de bonne qualité et dont la date de péremption n’est proche ; puis pour le respect de la personne qu’elles mettent les produits dans des emballages et les produits de spécialités doivent aussi être mis à la disposition des affiliés dans des formations sanitaires suivi de de 107 enquêtés soient 27,8% qui suggèrent que dans des formations médicales , les prestataires prennent tous les patients aux mêmes pieds d’égalité. Parlant de l’Etat, 117 enquêtés pensent que l’état doit revoir à la hausse le salaire des professionnels de santé en particulier et des fonctionnaires en général pour permettre à la MESP et les FOSA de mieux prendre en charge les membres affiliés à la MESP. ELOKO EYA MATANGELO G[2014]pense dans son ouvrage intitulé le financement de la santé en RDC que l’état doit s’investir dans sa politique publique en matière de santé, financer donc les mutuelles de santé et bien suivre l’évolution de l’affectation de ces fonds alloués pour le fonctionnement des mutuelles de santé (…)

**V. CONCLUSION.**

La MESP est une mutuelle de santé qui devrait fonctionner selon les principes directeurs d’une mutuelle de santé et les enseignants à leur tour, devraient plutôt s’approcher de leur mutuelle pour comprendre le fonctionnement et les rumeurs sur la mégestion seraient effacées. D’une façon générale, les avis des enseignants sont que la qualité de service est moins efficace, la mutuelle n’est pas implantée dans toutes les provinces, les professionnels de santé doivent mieux prendre en charge les conventionnés et un bon suivi de l’état, la paie des prestations à temps favoriserait la paie des agents et les professionnels de santé et ces derniers seront motivés à mieux faire leur travail

suivi de la relation soignant-soigné qui devrait être améliorée.

**RESUME**

La problématique d’accès aux soins de santé pose problème dans notre pays,(AMULI JIWE et al,2014). Les professionnels de la craie du niveau primaire, secondaire et professionnel ne sont pas exclus. Pour éviter les sorties incontrôlées des fonds, les moyens étant limité, bien que le besoin est énorme, les enseignants se sont affiliés à la mutuelle de santé alors qu’ on constate que 9 sur 10 enseignants qui fréquentent les formations sanitaires en partenariat à la dite mutuelle sont vraiment déçus de la qualité de soins et de la gestion de la mutuelle, c’est pourquoi nous nous sommes posé la question de savoir ; quels sont les facteurs associés à l’insatisfaction des enseignants de l’EPSP eu égard de leur mutuelle de santé ? Nous nous sommes parti d’une hypothèse selon laquelle l’insatisfaction des membres de la MESP serait liée à la qualité de soins qui serait moins efficace.

Notre étude scientifique a été menée dans la ville province de Kinshasa, auprès des enseignants qui fréquentent les formations sanitaires en partenariat avec la MESP. Nous avons utilisés la méthode d’enquête, et la technique d’interview structurée guidé par le questionnaire d’enquête qui nous a servi comme guide d’interview dans une population de 384 Participants obtenus en utilisant les critères d’inclusions et d’exclusions et la formule statistique de Fisher (BURA P.,2014). Apres analyse et interprétation des données, nous avons trouvés les résultats suivants : 205 enquêtés soient 53,4% disent que l’argent des membres est plus affecté pour le fonctionnement de l’administration ( salaires des agents et travailleurs de la mutuelle) qu’aux soins de santé des membres suivi de 84 soient 21,8% qui disent que l’argent pour les soins de santé est retirer à la source pour tous les enseignants qui sont payés par l’état alors que la mutuelle de santé n’ est implanté que dans quelques quatre villes sur les 26 Provinces du pays. De l’autre part 123 membres soient 32,1% reprochent les formations sanitaires de la qualité moins satisfaisantes des soins relationnels suivi de 103 soient 26,8% qui attestent que le nombre des personnels de santé dans des formations sanitaires est insuffisant pour la meilleur prise en charge des patients membres de la mutuelle, 13 soient 3,4% qui diraient que l’hygiène des milieux hospitaliers est défectueuse.

**RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

1. ADAMS, 1.S.[ 1965]. «Inequity in social exchange».Advances in Experimental Social Psychology, volume 62, pp. 335-343.

AKTOUF, O. [1987]. Méthodologie des sciences sociales et approche qualitative des organisations. Québec: Les Presses de l'Université du Québec, 231 p.

AMULI JIWE ET NGOMA MADEMVO[2014], Santé communautaire : Principes et Approches, éd. Médiaspaul  ,Page 56-68

BIT-STEP,[2005] guide pour l’étude de faisabilité de systèmes de micro assurance santé, éd ; STEP. Stratégies et techniques contre l’exclusion sociale et la pauvreté ; entièrement revue

1. D., Grodos, R., Meloni, P., Mercenier. [1999] Le développement d’un district sanitaire: qu’est-ce qu’un district sanitaire fonctionnel ? le cas de Dolisie (Loubomo) au Congo. République du Congo.
2. Ecole de Santé Publique. Université de Kinshasa [2003]. Enquête CAP ménage sur la situation sanitaire des Zones de Santé appuyées par la Banque Mondiale à travers BCECO dans le cadre du PMURR. Rapport final. Kinshasa, République Démocratique du Congo

ELOKO EYA MATANGELO G. financement de soins de santé en RDC 2015

Godé ATSHWEL MUNTUNGI OKEL, Séminaire de Management Public approfondie, DEA,SSPA, UNIKIN, ed. Inédit,2020

1. Jean LUFULUABO et Pascal LUTUMBA[2019] , Planification et Organisation Sanitaire, Ed. Feu Torrent.
2. K., A., Pangu, La santé pour tous d’ici l’an [2000] : c’est possible. Expérience de planification et d’implantation des Centres de santé dans la Zone de Santé de Kasongo au Zaïre (1998). Thèse de doctorat, Ecole de Santé Publique. Université Libre de Bruxelles.
3. Kurz X., Torfs K. et all [1996].Bussels J.Annemans L., Introduction aux évaluations économiques en matière de soins de santé. Editions Astra pharmaceuticals, Brexelles, Entièrement Revue ISBN 2-9600144-0-5
4. Le rapport la Banque Mondiale[2017], Dépenses et finances Publiques en RDC éd.2013 2017
5. M. BASLE [1999], Les pratiques de l’évaluation française des contrats de plans Etat-région, Evaluation au cours de l’avenir, CNE, Rapport annuel, Paris, P.95

MAKAMBA MBONARIBA [2004] : Problématique du Financement des soins de santé , ed.

1. MANZAMBI K.[2014], Laboratoire de santé Publique, Ed. DEBOECK, 2014 p15.
2. MATUKALA N.T.et Al.[2013], Economie de santé, Ed, Bruxelles 2013 p 45.

MESP, Rapport des statistiques2019,

1. Minisanté, RDC[ 2017],Rapport sur le financement des soins de santé,éd.2016 entièrement revue
2. Ministère de la Santé [1998] Etat des lieux du Secteur de la Santé (ELS) Ministère de la Santé, Kinshasa, République Démocratique du Congo
3. Ministère de la Santé [1999] Plan Directeur de Développement Sanitaire (PDDS).Ministère de la Santé, Kinshasa, République Démocratique du Congo
4. Ministère de la Santé [2001] : Politique Nationale de Santé. Ministère de la Santé Kinshasa, République Démocratique du Congo et Organisation Mondiale de la Santé, Rapport sur la santé dans le monde pour un système de santé plus performant. OMS Genève 2000.ISBN 9242561983
5. Ministère de la Santé [2001], Politique Nationale de Santé. Ministère de la Santé, République Démocratique du Congo
6. Ministère du Plan et de la Reconstruction Nationale [1995]. Enquête nationale sur la santé des enfants et des femmes, Kinshasa, République Démocratique du Congo
7. Ministère du Plan et de la Reconstruction Nationale [2001]. Enquête nationale sur la santé des enfants et des femmes (MICS2), Kinshasa, République Démocratique du Congo
8. Organisation Mondiale de la Santé [2005]. Rapport sur la santé dans le monde. Organisation Mondiale de la Santé, Genève.
9. Organisation Mondiale de la Santé. La santé et les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Organisation Mondiale de la Santé, Genève.

### CONCLUSION GENERALE

Cette œuvre scientifique intitulée le Management en santé communautaire est une spécialité en santé publique et financement des systèmes de santé. Aussi, c’est une réponse aux différentes questions que posent les professionnels de santé sur le rôle de ces derniers dans les systèmes de soins des pays en développement et particulièrement en république démocratique du Congo où les personnes se posent des questions sur la place des professionnels de santé communautaire sans les systèmes de soins.

Ce livre a en le lisant, vous avez réellement compris qu’il avait deux grandes parties dont la première partie théorique se compose des notions de santé communautaire et se résume par la santé est un capital à économiser. Dans cette partie, nous avons épinglé les notions de politique publique en matière de santé, la genèse de la santé communautaire au travers le monde, le profil, le milieu de travail et les repères de santé communautaire, La couverture santé Universelle, avec emphase sur les soins de santé primaires et les mesures d’application pour la réussite de la couverture santé Universelle, la participation communautaire et la résolution des problèmes de santé dans une collectivité et nous avions conclus la première partie par la mise en place d’une mutuelle de santé.

Et la deuxième partie pratique intitulée la santé de la communauté avec emphase sur les problèmes de santé vécus dans des pays en développement et les besoins en santé exprimés par la communauté. En cette deuxième parte, il a été question d’explicité les résultats des articles scientifiques que nous avions écrits et publiés qui exigent vraiment la collaboration des autorités compétentes des pays pour pallier à ces problèmes de santé dont les éléments essentiels se résument par des thèmes dont nous citons

Les facteurs associés à la consommation du tabac chez les jeunes de la zone de sante de Ngaba, Kinshasa/Rdc, Les indices de la pauvreté dans la commune urbano-rurale de mont ngafula, ville province de Kinshasa RD Congo : Vécu, problèmes et perspectives, la survie des ménages et exposition à la poussière:

Facteurs associes au développement des affections respiratoires et cutanées chez les casseurs des pierres de la Carrigrès, Kinsuka pécheurs, Kinshasa rd Congo, Les risques socio-economique, sanitaire et démographique liés au refus des tests prénuptiaux par les jeunes de la commune de Ngaba, ville province de kinshasa, capitale de la RD Congo,

#### La gestion des rumeurs sur les implants dans des zones de sante de la ville province de Kinshasa rd congo, les mesures d’application pour la réussite de la mise en œuvre des activités de la couverture santé universelle en RD Congo, La Motivation : une source efficace pour améliorer la performance d’une organisation, cas de la société F. compta et en fin le financement des soins par approche mutuelle de sante : avis des enseignants d’Epst-rd congo sur la qualité de services de la Mesp.

**TABLE DES MATIERES**

[CHAPITRE I : POLITIQUE PUBLIQUE DE SANTE 1](#_Toc15683)

[I. POLITIQUE PUBLIQUE EN MATIERES DE SANTE ET ACTIONS PUBLIQUES : 1](#_Toc4038)

[1. Politiques publiques : 1](#_Toc2629)

[§2.Les registres d’analyses des politiques publiques : 3](#_Toc27106)

[§3. Objets et Missions des politiques publiques 4](#_Toc11823)

[§4. Les phases du processus des politiques publiques 5](#_Toc1675)

[4. Quelques obstacles des politiques publiques 8](#_Toc24988)

[CHAPITRE III : GENESE DE LA SANTE COMMUNAUTAIRE 41](#_Toc6320)

[III.1. Introduction 41](#_Toc15185)

[II.2. A propos des Origines et de la fonction sociale de la santé communautaire 42](#_Toc9694)

[II.3. L’Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et la notion de la santé communautaire 44](#_Toc30043)

[A. LES ETATS-UNIS 46](#_Toc4062)

[B. L’ANGLETERE 46](#_Toc20627)

[C. LE QUEBEC (Canada) 46](#_Toc32360)

[D. LA FRANCE 47](#_Toc18617)

[La Santé communautaire à travers quelques textes en France. 47](#_Toc17222)

[II.5. La santé communautaire dans les pays en voies de développement (moins industrialisés) 49](#_Toc2130)

[ AU SENEGAL 54](#_Toc6018)

[Stratégie de Santé Communautaire 54](#_Toc6570)

[A. Axes stratégiques 54](#_Toc25596)

[I B. Lignes d’action stratégiques et plan de mise en œuvre 56](#_Toc13016)

[1. Cartographier les infrastructures, recenser les acteurs communautaires de santé et réaliser un plan de développement 57](#_Toc7232)

[2. Mettre en œuvre le plan de passage des cases aux postes de santé 58](#_Toc32705)

[III.6. La santé communautaire en République Démocratique du Congo (RDC) : politique de santé des colonisateurs 58](#_Toc20736)

[II 3. la Direction comme une tache du leader 73](#_Toc6445)

[4. Les critères de détermination du leadership 75](#_Toc16216)

[III 4.1. La sélection : 75](#_Toc31089)

[IV 4.2. La formation : 75](#_Toc2891)

[V 4.3. L’expérience : 75](#_Toc892)

[5.1. Les 7 grandes qualités du leadership : 76](#_Toc1820)

[5.1.1. Une bonne mémoire : 76](#_Toc5967)

[5.1.2. Un véritable intérêt pour les gens : 76](#_Toc13933)

[5.1.3. L’intégrité : 76](#_Toc18210)

[5.1.4. L’habileté de communiquer efficacement : 76](#_Toc29509)

[5.1.6. La capacité de relaxer : 77](#_Toc6854)

[5.1.7. Un enthousiasme naturel : 77](#_Toc3189)

[5.2. Les 7 grandes compétences du leadership : 77](#_Toc31493)

[5.2.1. Vision stratégique : 77](#_Toc12272)

[5.2.2. Communication : 77](#_Toc27916)

[2.3. Repérer et garder les meilleurs talents : 78](#_Toc18705)

[5.2.4. Délégation : 78](#_Toc17959)

[5.2.5. Diriger par l’exemple : 78](#_Toc31206)

[5.2.6. Demander conseil : 78](#_Toc596)

[5.2.7. Développer des leaders : 78](#_Toc20470)

[5.6.8. Les avantages et les dangers du leadership : 79](#_Toc31867)

[1. Les avantages d’un bon leadership : 79](#_Toc6176)

[2.5. Soins de santé primaires et la santé communautaire. 124](#_Toc32070)

[1. Obstacles culturels 125](#_Toc4738)

[2. Obstacles géographiques 126](#_Toc32247)

[Vers une définition de la promotion de la santé 131](#_Toc3723)

[1. Quelques jours à Tulane internationale. 142](#_Toc9900)

[Une réponse me passe en tête, que c’est un livre anthropologique, là c’est l’homme qui est étudié. 145](#_Toc26039)

[2. La réflexion du professeur Jean Lufuluabo 145](#_Toc25280)

[4. L’Arachide de ma mère. 147](#_Toc24380)

[5. Soyez des bons parents 149](#_Toc2652)

[6. La planification familiale 152](#_Toc20698)

[A. Historique du Terme 152](#_Toc2574)

[B. Buts de la planification familiale 152](#_Toc14010)

[C. Choix d’une méthode de la planification familiale 153](#_Toc9036)

[D. Avantages de l’utilisation des méthodes contraceptives dans une famille. 153](#_Toc21375)

[E. Critères psycho-sociaux à prendre en compte lors du choix d’une méthode contraceptive 156](#_Toc14364)

[VI a. Conseil pratique au technicien (Clinicien) 156](#_Toc26071)

[b. Facteurs associés à la non acceptabilité des méthodes contraceptives 156](#_Toc22627)

[VI.8.1. L’aide au choix en matière de contraception 159](#_Toc8758)

[8.2. Stratégies d’aide au choix en matière de contraception 159](#_Toc25157)

[En pratique : focus sur 6 des principales étapes de la consultation (modèle BERCER) 161](#_Toc942)

[Spécificités liées à l’adolescence 163](#_Toc3106)

[1 .Méthodes contraceptives 165](#_Toc14442)

[2. Les méthodes contraceptives pour une famille planifiée 166](#_Toc32668)

[a. Méthode d’allaitement maternel 166](#_Toc12059)

[b. Méthode d’observation de la température basale 167](#_Toc5577)

[c. Méthode de Calendrier ou abstinence périodique 168](#_Toc13545)

[d. Le coït interrompu 169](#_Toc1534)

[e. Méthode de jours fixe 170](#_Toc20369)

[f. Méthode de la glaire cervicale 170](#_Toc9168)

[D.2. LES METHODES CONTRACEPTIVES ARTIFICIELLES 173](#_Toc7647)

[a. Méthode Contraceptive par Barrière Chimique ou Hormonale 173](#_Toc28221)

[VII 1. La pilule 173](#_Toc6318)

[2. SAYANA PRESS 177](#_Toc296)

[b. Méthodes Contraceptives par barrière mécanique 180](#_Toc8453)

[c. Les Méthodes par Stérilisation définitive 182](#_Toc17278)

[I. PRINCIPAUX PROBLEMES SANITAIRES DES PAYS EN VOIES DE DEVELOPPEMENT CAS DE LA RD CONGO.  191](#_Toc27667)

[LES GRANDS DEFIS A RELEVER POUR LE SYSTEMES DE SANTE DES PAYS EN VOIES DE DEVELOPPEMENTEN GENERAL ET LA REDCONGO EN PARTICULIER. 198](#_Toc16324)

[2. Participation communautaires et action en sante 214](#_Toc9238)

[CHAPITRE VII: MISE EN PLACE D’UNE MUTUELLE DE SANTE 235](#_Toc27736)

[III.Exemple de financement des soins de sante par approche mutuelle de sante cas de la mesp. 236](#_Toc14723)

[1. Droits de l’affilié de la MESP Asbl: 239](#_Toc18527)

[2. les devoirs de  L’affilié: 239](#_Toc23784)

[3. Sanctions en cas de fraude ou d’utilisation abusive des soins 239](#_Toc12129)

[Modèle de gestion efficiente de la Mutuelle de sante : la création d’une mutuelle. 240](#_Toc19815)

[7.2. Présélection des services à prendre en compte dans les différentes formules de couvertures. 242](#_Toc8695)

[IV.7.3 Choix des prestataires des soins partenaires. 245](#_Toc2958)

[IV.7.4 Choix du tiers payant : pour quels services ? Pour quels 247](#_Toc32613)

[Prestataires de soins ? 247](#_Toc7869)

[Schémas illustratifs des différentes modalités de PEC. 248](#_Toc27148)

[IV.7.5 Choix des formules de couverture et calcul des cotisations Correspondantes : 248](#_Toc32331)

[7.5.1 Liste des co-paiements 248](#_Toc18556)

[VIII 4.7 Choix de l’organisation du système 253](#_Toc22737)

[8 : Choix de modalité de fonctionnement de système 254](#_Toc4105)

[LA MUTUELLE DE SANTE : CIRCUIT CLARIFIE DES SOINS. 255](#_Toc21228)

[CONCLUSION 259](#_Toc11535)

[II. MATERIEL ET METHODE 270](#_Toc15222)

[I.INTRODUCTION 286](#_Toc17376)

[Facettes de la pauvreté 286](#_Toc11380)

[II. MATERIELS ET METHODES 288](#_Toc10290)

[III. RESULTATS 289](#_Toc9146)

[Dans le secteur de l'éducation 289](#_Toc30538)

[Dans le secteur de l'emploi 291](#_Toc13003)

[Dans le secteur de la santé 293](#_Toc935)

[IV. CONCLUSION 302](#_Toc21803)

[BIBLIOGRAPHIE 302](#_Toc27083)

[III. FACTEURS ASSOCIES ALA CONSOMMATION DU TABAC CHEZ LES JEUNES DE LA ZONE DE SANTE DE NGABA, KINSHASA/RDC. 304](#_Toc20503)

[Factors associated with tobacco consumption among young people in the ngaba health zone,Kinshasa DRC 304](#_Toc12704)

[ Faculté de sciences de la santé, Université Pédagogique Nationale, B.P 8815Kinshasa Ngaliema, République Démocratique du Congo. 304](#_Toc3309)

[I.INTRODUCTION 304](#_Toc959)

[II. MATERIEL ET METHODE 305](#_Toc11210)

[III. RESULTATS 308](#_Toc23058)

[Dans ce point, il est question de présenter les résultats obtenus et faire un bref commentaire de ces résultats. 308](#_Toc14382)

[IV. DISCUSSION 313](#_Toc3694)

[III. CONCLUSION 314](#_Toc30627)

[BIBLIOGRAPHIE 317](#_Toc32534)

[IV. SURVIE DES MENAGES ET EXPOSITION A LA POUSSIERE: 319](#_Toc19129)

[FACTEURS ASSOCIES AU DEVELOPPEMENT DES AFFECTIONS RESPIRATOIRES ET CUTANEES CHEZ LES CASSEURS DES PIERRES DE LA CARRIGRES, KINSUKA PECHEURS, KINSHASA RDCONGO 319](#_Toc73)

[I. INTRODUCTION 319](#_Toc6877)

[II. MATERIELS ET METHODOLOGIE 321](#_Toc19272)

[II. 1. Cadre de l’étude 321](#_Toc25544)

[II.2. Population et critères de sélection. 322](#_Toc24177)

[II.3 Méthode de collecte des données 322](#_Toc7590)

[III. RESULTATS 322](#_Toc8044)

[III. DISCUSSION 325](#_Toc13594)

[IV. CONCLUSION 327](#_Toc22393)

[REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 328](#_Toc26834)

[V.RISQUES SOCIO-ECONOMIQUE, SANITAIRE ET DEMOGRAPHIQUE LIES AU REFUS DES TESTS PRENUPTIAUX PAR LES JEUNES DE LA COMMUNE DE NGABA, VILLE PROVINCE DE KINSHASA, CAPITALE DE LA RDCONGO. 330](#_Toc9048)

[I. INTRODUCTION 330](#_Toc24646)

[II. MATERIEL ET METHODE 332](#_Toc31597)

[III. RESULTATS 335](#_Toc11729)

[IX 1. Répartition des enquêtés selon leur Age. 335](#_Toc24078)

[X 2. Répartition des enquêtés selon le genre. 335](#_Toc15951)

[XI 3. Répartition des enquêtés selon leur niveau d’étude. 335](#_Toc13587)

[XII 4. Répartition des enquêtés selon leur occupation. 336](#_Toc2782)

[XIII 5. Répartition des enquêtés selon leur tribu 336](#_Toc6440)

[XIV 6. Répartition des enquêtés selon leur situation matrimoniale 337](#_Toc17784)

[7. Répartition des enquêtés selon le nombre d’enfants qu’ils ont. 337](#_Toc26736)

[IV. DISCUSSION 341](#_Toc16250)

[V. CONCLUSION. 345](#_Toc4985)

[BIBLIOGRAPHIE 347](#_Toc346)

[INTRODUCTION 349](#_Toc23182)

[XV 1. bref aperçu sur l’importance des méthodes contraceptives pour une famille planifiée. 350](#_Toc1305)

[XVI B. Buts de la planification familiale 350](#_Toc18161)

[C. Critères psycho-sociaux à prendre en compte lors du choix d’une méthode contraceptive 351](#_Toc20787)

[XVII 1. Conseil pratique au technicien (Clinicien) 351](#_Toc18045)

[XVIII 2. Facteurs associés à la non acceptabilité des méthodes contraceptives 351](#_Toc24603)

[Stratégies d’aide au choix en matière de contraception 355](#_Toc17857)

[11. En pratique : focus sur 6 des principales étapes de la consultation (modèle BERCER) 357](#_Toc24705)

[7. Choix d’une méthode de la planification familiale 359](#_Toc17304)

[CONCLUSION 362](#_Toc31997)

[REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 362](#_Toc29376)

[VII. MESURES D’APPLICATION POUR LA REUSSITE DE LA MISE EN ŒUVRE DES ACTVITES DE LA COUVERTURE SANTE UNIVERSELLE EN RDCONGO 365](#_Toc3536)

[INTRODUCTION 365](#_Toc24841)

[ Pratiquer les exigences des 10P du Marketing-Mix. 377](#_Toc28113)

[CONCLUSION 381](#_Toc23531)

[BIBLIOGRAPHIE 382](#_Toc9974)

[VIII. MOTIVATION : UNE SOURCE EFFICACE POUR AMELIORER LA PERFORMANCE D’UNE ORGANISATION, CAS DE LA SOCIETE F.COMPTA. 385](#_Toc2218)

[I.INTRODUCTION 386](#_Toc2688)

[I. La Motivation et la Performance 387](#_Toc478)

[1.1. La Motivation 387](#_Toc4121)

[1.2. La Performance 388](#_Toc1940)

[1.3. Les théories de la motivation et de la performance 389](#_Toc32010)

[1.3.1 Les théories de la motivation 389](#_Toc423)

[1.3.1.1. Les Théories de contenu 389](#_Toc6857)

[1.3.1.2 Théories des processus 391](#_Toc6308)

[1.3.2. La performance 393](#_Toc18621)

[1.4. Le lien entre la motivation et la performance 394](#_Toc27431)

[1.5.2 Identification des facteurs qui ont un impact sur la performance des équipes. 395](#_Toc7348)

[II. MATERIELS ET METHODES 395](#_Toc27361)

[II.1. Présentation du Cabinet fudiciaire F.CAMPTA Sarl. 395](#_Toc4174)

[II.2. Méthodes, techniques et instruments de collecte des données. 396](#_Toc1751)

[II.3. Population et échantillon. 396](#_Toc27330)

[III. RESULTATS 396](#_Toc13472)

[B. Opinion des travailleurs du cabinet Fudiciaire F. Compta sur le style Managérial du Top Manager 401](#_Toc20885)

[IV. DISCUSSION 405](#_Toc14519)

[V. CONCLUSION 407](#_Toc64)

[RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES 407](#_Toc19982)

[IX. FINANCEMENT DES SOINS PAR APROCHE MUTUELLE DE SANTE : AVIS DES ENSEIGNANTS D’EPST-RD CONGO SUR LA QUALITE DE SERVICES DE LA MESP. 411](#_Toc26073)

[Mots clés : Financement—soins—soins de santé—enseignants – EPST—Mutuelle de santé-- Mesp 412](#_Toc3975)

[I.INTRODUCTION 412](#_Toc8509)

[II. METHODOLOGIE 413](#_Toc23049)

[1. Présentation du terrain d’étude 413](#_Toc22349)

[I.1. Droits Et Devoirs de l’enseignant affilié à la MESP 414](#_Toc21562)

[1. Droits de l’affilié de la MESP Asbl: 414](#_Toc31796)

[2. les devoirs de  L’affilié: 414](#_Toc28980)

[3. Sanctions en cas de fraude ou d’utilisation abusive des soins 415](#_Toc12250)

[4. Prise en charge en cas d’urgence 415](#_Toc11688)

[5. Les cas non pris charge par la Mesp/asbl 415](#_Toc3820)

[II. Matériels et Méthodes de la Recherche 416](#_Toc842)

[III. RESULTATS 416](#_Toc9503)

[Présentation des résultats sur les avis des enseignants concernant la gestion de la MESP et la qualité des soins de santé offert par les professionnels de santé des formations médicales en partenariat avec la MESP. 416](#_Toc11395)

[1. Répartition des participants selon leur Age. 416](#_Toc21149)

[2. Répartition des participants selon le sexe. 417](#_Toc25266)

[3. Répartition des participants selon leur niveau d’étude. 417](#_Toc17847)

[4. Répartition des participants selon leur ancienneté au service. 417](#_Toc21388)

[5. Répartition des participants selon leur tribu 417](#_Toc29524)

[3. Répartition des participants selon le nombre d’enfants qu’ils ont. 418](#_Toc11860)

[1. Répartition des participants selon les raisons d’adhérer la mutuelle de santé 418](#_Toc3002)

[2. Répartition des participants selon ce qu’ils ont fait pour adhérer la mutuelle. 419](#_Toc28678)

[3. Répartition des participants selon qu’ils décrivent la procédure ou schéma pour bénéficier des soins de santé dans des formations sanitaires. 419](#_Toc5784)

[4. Temps en moyenne depuis l’arrivée à la FOSA jusqu’au départ 420](#_Toc3500)

[5. Répartition des participants selon leur degré de satisfaction. 420](#_Toc30854)

[6. Répartition des participants selon les failles qu’ils constatent. 421](#_Toc22123)

[7. Répartition des participants selon leurs suggestions pour le bon fonctionnement de la chose communautaire (mutuelle de santé) et la satisfaction des besoins de santé des membres. 424](#_Toc30030)

[IV. DISCUSSION DES RESULTATS. 425](#_Toc29468)

[V. CONCLUSION. 430](#_Toc7615)

[RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES 432](#_Toc22367)

[CONCLUSION GENERALE 434](#_Toc19674)

[TABLE DES MATIERES 436](#_Toc22663)

1. Guy HERMET, Politique publique ,ed ; 2015

   15. Ives MENY et Jean Claude THOENIG, Politiques Publiques, Thémis, éd,PUF,1989 P112. [↑](#footnote-ref-0)
2. Ives MENY et Jean Claude THOENIG, Politiques Publiques, Thémis, éd,PUF,1989 P112.

   16. M.BASLE cité par P.MAKALA NZENGU, Politiques Publiques et Gestion du secteur Agricole et Rural, Ed.Cavk , 2015 [↑](#footnote-ref-1)
3. M.BASLE cité par P.MAKALA NZENGU [↑](#footnote-ref-2)
4. M. BASLE Les pratiques de l’évaluation française des contrats de plans Etat-région, Evaluation au cours de

   l’avenir, CNE, Rapport annuel, Paris, 1999 P.95 [↑](#footnote-ref-3)
5. MUKOKA NSENDA Modèle du nouveau management public face aux réalités étatiques de l’Afrique.in Congo-Afrique n0359, Kinshasa 2001, Page536. [↑](#footnote-ref-4)
6. MEYA NGEMBA ENSELME, Analyse des politiques publiques, éd.PUK, 2017 page 26 [↑](#footnote-ref-5)
7. Pierre MULLER ;Op. Cit. [↑](#footnote-ref-6)
8. MUKOKA NSENDA F ; Crises des Politiques et de gouvernance au Congo des années 1960.Analyse sociale, Hommage à MABIKAKALANDA, Vol .II n01 Janvier 2002 P.5 [↑](#footnote-ref-7)
9. Charles O. JONES Les politiques publiques dans les pays du tiers monde, Ed. Harmattan, Paris2000, P.48 [↑](#footnote-ref-8)
10. Georges Edwards III et coll. : Les politiques publiques, Elaboration et mise en œuvre, Paris, Tendances Actuelles, 1981 P.73

    24.BIT-STEP,Guide pour l’étude de faisabilité de système de micro-assurance santé,éd.STEP2005.Entierement revue.

    25. MENY Ives et All.Op.Cit. [↑](#footnote-ref-9)
11. [↑](#footnote-ref-10)
12. [↑](#footnote-ref-11)
13. GERSTON Larry N, Politiques Publiques et les citoyens, éd. 2015 [↑](#footnote-ref-12)
14. MENY Ives et THOENING Jean Claude Op.Cit 2010. [↑](#footnote-ref-13)
15. MENY Ives et THOENING Jean Claude Op.Cit 2010 [↑](#footnote-ref-14)
16. . MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE RDC, Politique publique de santé, texte reproduit en grande partie pour la bonne compréhension de la politique de santé , 2001, 28P. [↑](#footnote-ref-15)
17. Ce vademecum du partenariat élaboré en 2002 mérite d’être adapté dans le cadre de la décentralisation.

    44. PNDS2018-2022, texte pris en grande quantité pour sa pertinence au sujet du financement de santé en RDC [↑](#footnote-ref-16)
18. 44. PNDS 2018-2022, texte pris en grande quantité pour sa pertinence au sujet du financement de santé en RDC [↑](#footnote-ref-17)