

## **SECTION I**

# **LA PROBLEMATIQUE DES INCOHERENCES THEORICO- PRATIQUES DANS LA POLITIQUE DU SYSTEME DE SANTÉ EN RDC**

*« Cas de la Zone de Santé Urbaine de Kanzala/Tshikapa »*

**Par : TSHIBINDA MUSENGA Clément**

**Université Simon Kimbangu**

**Résumé**

La Zone de Santé de Kanzala, enquêtée sur son mode de fonctionnement en cette année 2021, témoigne quelques incohérences relatives à la non-conciliation des normes en vigueur en RDC, face à la réalité sur le terrain pratique. Ces écarts graves et non sans conséquence dans la population à desservir, que les gouvernants doivent se rendre compte et proscrire dans la mesure du possible. Nonobstant, cette étude ayant porté sur « la problématique des incohérences théorico-pratiques dans la politique du Système de Santé en RDC », s'est focalisée dans l'espace géographique de la ZS de Kanzala et a révéler ce qui suit : la ZS de Kanzala dessert 311.539 habitants, avec une capacité d'accueil de 56 lits d'hôpital, soit un ratio de 1 lit pour 5563 habitant en lieu et place de 1 lit pour 1000 habitants comme prévu dans les normes. Il faut ajouter à cela que l'HGR de Kanzala est dépourvu de pharmacien. La superficie de l'Hôpital général de Référence est la plus moindre qui soit, par rapport à celle prévue dans les normes structurales de l'HGR soit 1090 m<sup>2</sup> au lieu de 2400 m<sup>2</sup>. S'agissant de la rémunération des agents de la ZS de Kanzala, 0,6% soit 3 agents sur 495 touchent leurs salaires, et 17,4% soit 86 agents sur les 495 que compte la ZS touchent leurs primes de risque. La prime locale de l'hôpital étant insignifiante, les 133 personnes de l'HGR touchent autour de 25 000 FC soit 12\$ américains par mois et par personne. Ce constat, pousse à redouter la qualité de soins qu'administre cette Zone de Santé à sa population. Suggérons ainsi aux acteurs impliqué directement dans ce domaine à tous les niveau, de venir au rescousse non seulement de Kanzala, mais de toute autre structure de la Santé en souffrance ; pour ainsi parler librement de soins de Santé de qualité que prône l'O.M.S.

**Sigles et abréviation**

ZS : Zone de Santé

HGR : Hôpital Général de Référence

CS : Centre de Santé

CSR : Centre de Santé de Référence

RDC : République Démocratique du Congo

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SSP : Soins de Santé Primaires

## Introduction

La République Démocratique du Congo s'apprête à fêter bientôt son 62<sup>ème</sup> anniversaire, telle qu'une personne entrant dans son troisième âge. C'est donc l'occasion de tourner le regard sur son histoire, en vue d'envisager un meilleur avenir. Le regard que nous proposons fait délibérément le choix de se focaliser sur les aspects positifs qui, malgré les problèmes sociopolitiques qui ont longuement empêché le décollage du pays, ont permis à la population de survivre et même d'envisager un futur plus favorable. Dans la mesure où l'on ne peut parler de tous les secteurs de manière exhaustive, notre réflexion se focalisera principalement sur le système de Santé. Un pays très vaste, subdivisé en 26 provinces, 145 territoires, et 515 ZS pour une population de 95.784.841 habitants en 2019.<sup>1</sup> Notre intérêt pivote autour de la seule ZS urbaine de Kanzala, dans la province du Kasai, ville de Tshikapa.

En effet, une Zone de Santé étant l'unité de mesure du Système de Santé dans notre pays, elle attire bon nombre des chercheurs du domaine, évoluant dans le sens de préserver la Santé des populations par la prévention des problèmes relatifs au bien-être de ces dernières, et à la promotion des activités de la Santé publique. Comme eux, nous avons trouvé utile de scruter le Système de Santé de la RDC, en interrogeant la Zone de Santé Urbaine de Kanzala, en vue d'en tirer des conclusions idoines ; en menant avec attention soutenue, cette étude intitulée « **la problématique de quelques incohérences théorico-pratiques dans la politique du Système de Santé en milieu urbain de la R.D.C.** »

Certes, plusieurs observations ont été faites par rapport au fonctionnement des structures socio-sanitaires de la République Démocratique du Congo, faisant ainsi état d'incohérences dans le Système et Politique de Santé parfois inaperçues, ou encore omises par

---

<sup>1</sup> PNDS 2010, rapport final du séminaire national de réflexions sur les réformes sanitaires en RDC, Kinshasa 26-27/10/2002, page 7.

les décideurs, ignorant que cela entre en ligne de compte de facteurs d'insécurité socio-sanitaire qu'il ne faut pas négliger. Lorsqu'il faut tenir compte de la théorie édictée dans les textes légaux régissant les structures socio-sanitaires de ce pays, on se rend promptement compte qu'on a affaire à un Système de Santé gigantesque, mettant ses populations à l'abri de toute insécurité socio-sanitaire d'une manière irréprochable qui soit.

Cependant, il y a des remarques à faire. Il suffit de se rendre sur terrain pour comprendre que la tâche n'est pas telle qu'on se l' imagine. Les réalités du terrain sont tout à fait divergentes de la théorie textuelle. Chose qui témoigne une Politique de Santé alarmante et irrégulière, qui a besoin de réajustements nécessaires pour l'intérêt principal de la République ; faute de quoi, le Système de Santé supposé sauver des vies, change de donne pour exposer des vies et par conséquent, rendre la vie des populations aride. A en croire, nous allons au long de cette étude, répondre à la question centrale de savoir, qu'est ce qui ronge le fonctionnement harmonieux du Système de Santé qui, dans son existence, ne parvient à concilier la théorie à la pratique sur terrain, au risque de fournir des services non-escomptés à la population ?

A cet égard, il nous a semblé évident que, les structures socio-sanitaires de base, entendue par là, les Zones de santé ; ont du mal à répondre harmonieusement aux exigences des textes qui les régissent et créent ainsi des incohérences affreuses, cautionnées par la volonté politique du pays, qui fait que l'on accorde peu d'importance aux prestations en Santé Publique telles que nous pourrions le constater plus loin. Cette situation anormale ayant perduré, est perçue comme étant normale ; et on s'en fout des conséquences inhérentes. C'est dans cette optique qu'il est dit : « quant on n'a pas ce qu'on aime, on se contente de ce qu'on a ». À force de ne pas atteindre le niveau voulu, on persiste dans sa position de faiblesse et pense qu'elle vaut la peine. Cela, pour n'avoir pas observé la ligne de conduite préalablement définie dans les prestations des acteurs de Santé publique.

L'objectif poursuivi dans cette étude observationnelle, est de tirer la sonnette d'alarme pour les réajustements utiles à un Système de Santé respectant scrupuleusement sa Politique qui, lorsqu'elle s'avère aride, on la fait passer à sa redéfinition en vue d'un pragmatisme factuel, de manière à sauver judicieusement des vies humaines, et rester conforme vis-à-vis de la mission dévolue aux acteurs de la Santé. Pour mener à bien cette étude, nous avons utilisé certains matériels.

## **Matériels et méthodes.**

### **Matériels utilisés**

La base des données de notre enquête a été facilitée par le recours à un lot de matériels ci-après :

- ☛ Un Questionnaire d'enquête pré-élaboré nous a permis de collecter les informations auprès des services sur la gestion sanitaire ;
- ☛ Un stylo à bille pour la prise des notes ;
- ☛ Un ordinateur pour la saisie et la mise ensemble des informations relatifs à notre recherche.

### **Méthodes et techniques utilisées**

#### **Méthodes**

Nous avons utilisé les méthodes suivantes :

- 1. Méthode empirique**, qui nous a aidé à fonder notre raisonnement sur l'expérience en rapport avec la mauvaise gestion des structures de Santé ;
- 2. Méthode statistique**, qui nous a servi de collecter les données, les organiser en Tableaux pour la bonne interprétation ;
- 3. Méthode épidémiologique**, qui nous a permis de décrire la relation statistique entre les variables dépendantes et les variables indépendantes en tirant des conclusions ;
- 4. Méthode dialectique**, qui nous a été d'importance capitale dans l'enquête, en échangeant avec les Chefs de services concernés ;

Pour compléter ces méthodes, nous avons utilisé des techniques suivantes :

1. **Recherche documentaire :** Des précisions ont été collectées dans les différents ouvrages disponibles dans des bibliothèques et sur l'internet. Cette recherche documentaire a porté sur des ouvrages et articles généraux et spécifiques abordant la problématique de la gestion de sanitaire.
2. **Observation du Terrain :** Des visites effectuées sur Terrain ont permis d'avoir un aperçu général sur l'état fonctionnel de notre milieu d'étude, d'observer le cadre du travail des acteurs de la santé afin de nous imprégner des réalités de vie quotidienne dans la Z. S. de Kanzala.
3. **Enquêtes par Interviews :** Les Enquêtes par Interviews réalisées ont permis d'approfondir les recherches et apporter des éléments des réponses à certaines questions liées au leadership en Santé publique. A cet effet, nous avons eu à mener primo, une pré-enquête et enfin l'enquête proprement dite qui a consisté à sonder les chefs de services ciblés.
4. **Enquête par Entretien :** Les entretiens ont été menés dans la Zone de Santé urbaine de Kanzala auprès des membres du Bureau Central de celle-ci. Ces entretiens nous ont permis d'identifier quelques problèmes liés au bon fonctionnement de la Zone de Santé.
5. **Enquête par Questionnaire :** Cette technique traditionnelle nous a permis de recueillir les informations auprès de la population concernée.

## Résultats.

A l'instar de tout travail qui se veut scientifique, notre étude pour atteindre sa fin, a dû produire des résultats chiffrés que nous avons pu présenter en forme des Tableaux, reprenant les Paramètres étudiés ci-après.

**Tableau I : Situation sanitaire de la zone de sante de Kanzala**

Ord	Indicateurs	Définitions	Normes OMS	Etat actuel
01	Population	C'est le nombre	100000 – 15000	311.539

	totale de la ZS	d'habitants que couvre la ZS et auquel elle est appelé à desservir	habitant en milieu rural ; et 150000 -200000 en milieu urbain	
02	Lits de l'H.G.R.	C'est le nombre des lits usuels de l'HGR	100-150 en milieu rural ; et 150-200 en milieu urbain	56
03	Médecins	Docteur en médecine, inscrit régulièrement à l'ordre national des médecins	-	33
04	Infirmiers	Des personnes qualifiées en techniques médico-hospitalières	-	315
05	Pharmacie n	Licencié en sciences pharmaceutiques et inscrit régulièrement à l'ordre national des pharmaciens	1	0

**Tableau II : Densité des Professionnels de Santé**

Ord	Indicateurs	Définitions	Normes OMS	Etats actuels
01	Ratio Médecin/population	C'est le rapport entre le nombre de médecins (toutes spécialités comprises) sur la population totale pour	1/5 000	1/9441



		une année donnée		
02	Infirmiers/population	C'est le rapport entre le nombre d'infirmiers (toutes spécialités comprises) sur la population totale pour une année donnée	1/2500	1/989
03	Pharmaciens/ZS	Le nombre des pharmaciens pour une Zone de Santé	Au moins 1/ZS	0

**Tableau III : Capacité d'accueil de l'HGR**

Ord	Indicateurs	Définitions	Normes OMS	Etats actuels
01	Superficie totale des bâtiments de l'HGR	C'est la mesure de la surface plane qu'occupent les bâtiments abritant l'HGR	2400 m <sup>2</sup>	1090 m <sup>2</sup>
02	Ratio lit/habitant	C'est le rapport entre nombre des lits de l'hôpital et une population X	1/1000	1/5563

**Tableau VI : Situation rémunératoire de la Z.S. de Kanzala**

Ord	Indicateur	fréquences	Effectifs agents ZS	proportions
01	Salaires de l'Etat	3	495	0,6%
02	Prime de risques	86	495	17,4%

Source : Listes déclaratives et listing de paie T4 2021 de la ZS-Kanzala

## Discussion des résultats

Au regard de résultats tels qu'inscrits dans les tableaux 1, les incohérences dans le système et politique de Santé sont manifestes vis-à-vis de la non-conciliation entre la théorie édictée dans les textes