



## Accès aux soins et violences au Congo (RDC)



Résultats de cinq  
enquêtes épidémiologiques

décembre 2001



## **RESUME**

La population congolaise vit depuis des années dans une situation de crise chronique, caractérisée par une destruction du tissu économique et social. Cette situation a été exacerbée par les deux guerres successives qu'a connues le pays depuis 1996. Pour mieux répondre aux besoins des populations et guider ainsi de manière objective les initiatives des décideurs politiques et humanitaires en leur permettant d'acquérir des données fiables sur la mortalité, l'accès aux soins de santé et les violences en RDC, Médecins Sans Frontières a mené une enquête épidémiologique rétrospective d'août à octobre 2001 dans cinq zones de santé : Basankusu et Lisala (Equateur), Kilwa (Katanga), Kimpangu (Bas-Congo) et Inongo (Bandundu). 4.500 familles ont été interrogées. La méthode du sondage en grappes à deux degrés a été utilisée. Voici les résultats de l'enquête :

### **Les taux de mortalité dans les zones proches du front sont très préoccupants**

A Basankusu (Equateur), une zone très proche du front sous contrôle rebelle, nous pouvons extrapoler que sur une année, environ 10% de la population globale est décédée (2.7 décès/10.000/jour), alors que dans une situation normale dans un pays en développement, il faut s'attendre à ce que 2% de la population décède en moyenne chaque année. A Kilwa (Katanga) et à Lisala, deux zones de repli pour les militaires et les civils sous contrôle gouvernemental, 4 et 3 % de la population sont décédés sur une année (1.1 décès/10.000/jour et 1 décès/10.000/jour).

Dans la zone sur le front, la mortalité dépasse donc largement le seuil d'urgence (2 décès/10.000/jour), appelant à une intervention spécifique. Les deux zones de repli sont aux alentours du seuil d'alerte (1 décès/10.000/jour) et les autres zones en dehors du front ont des taux de mortalité comparables à la normale mais se situent sur le fil du rasoir.

### **La guerre a particulièrement touché les enfants**

A Basankusu, nous pouvons extrapoler qu'environ un quart des enfants de moins de cinq ans sont morts en une année, alors que le taux de mortalité des moins de cinq ans dans une situation normale serait d'environ 3.6%. A Kilwa, les taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans sont également inquiétants, puisque environ 11% des enfants de moins de cinq ans seraient décédés en une année. Dans les autres zones étudiées, le pourcentage des enfants de moins de cinq ans décédés est supérieur au seuil d'alerte sans que la situation soit aussi grave.

### **La guerre a provoqué une augmentation des maladies infectieuses et de la malnutrition**

Bien qu'en relation avec les violences, l'augmentation de la mortalité dans les zones touchées par la guerre est surtout due à l'augmentation des maladies infectieuses et de la malnutrition. Si les populations ne sont pas mortes par violence physique, l'effet indirect de la violence n'en est pas moins dévastateur. La violence subie détruit les mécanismes de survie et rend les familles plus vulnérables aux maladies.

### **Des violences importantes ont été commises des deux côtés du front**

Des deux côtés du front (Basankusu et Kilwa), parmi les familles ayant subi les violences, les pillages atteignent des taux vertigineux pour l'année 2000 dans les deux zones (77% pour chacune des zones) et restent importants en 2001 (45% et 17%). Les taux de destruction totale ou partielle des maisons ou des champs, par incendies, bombardements ou autres, sont également très importants dans la zone très proche du front (de 30 à 46%), beaucoup moins dans la zone de repli

(3 à 4%). Par ailleurs, dans les zones de Basankusu et de Kilwa, de 50 à 90% des foyers interrogés ont fui au cours de la guerre qui a débuté en août 1998.

Concernant les violences physiques, le même constat s'impose: les coups et blessures, les arrestations et détentions arbitraires, les tortures et les sévices sexuels accusent des taux élevés dans la zone très proche du front et un moins élevé dans la zone de repli. Par exemple, dans la zone très proche du front, avant 2001, 15% des foyers ayant subi des violences ont eu au moins un des membres de la famille torturé et 13% ont connu au moins un cas de violences sexuelles dans la famille. Dans la zone de repli, avant 2001, 17% des foyers ayant subi des violences ont connu au moins un cas de recrutement forcé par les militaires au sein de leur famille.

Des violences ont également été commises dans la zone de santé de Kimpangu, proche d'un conflit voisin, mais dans une proportion moindre (12% des foyers). Ces violences sont soit liées au repli des rebelles en août 1998 lors de leur tentative d'ouvrir un front à l'ouest, soit liées aux incursions fréquentes (raids) des rebelles de l'Unita (Angola) dans cette région frontalière.

### **Les violences et l'augmentation des décès sont liées**

Dans les zones proches du front, les foyers qui ont subi des violences ont connu plus de décès dans les six derniers mois. Par exemple, à Basankusu, le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans vivant dans des familles ayant subi des violences est de 7/10.000/jour, alors qu'il est de 4/10.000/jour pour les enfants vivant dans des familles n'ayant pas fait l'objet de violences. La violence engendre la fuite mais paralyse les transports. La violence provoque une rareté des produits et des services mais augmente la fréquence des vols et des destructions des biens des familles. La violence engendre l'affaiblissement des défenses immunitaires des populations mais renforce la résistance des agents infectieux par l'utilisation de faux médicaments et/ou de traitement incomplet.

### **Pas d'accès aux soins de santé pour une partie importante de la population**

Dans les deux zones proches du front (Basankusu et Lisala), environ trois à quatre malades sur dix n'ont pas consulté quelqu'un d'extérieur à la famille (infirmier, médecin, tradipraticien, pharmacien, secouriste), essentiellement pour des raisons financières (consultation et médicaments trop chers pour environ les trois-quarts d'entre eux), mais également en raison du manque de médicaments disponibles et, dans une moindre mesure, des problèmes de transport. Par ailleurs, entre le quart et la moitié des patients qui consultent n'obtiennent pas les médicaments ou se contentent de la cure incomplète de la prescription médicale, essentiellement par manque de moyens (pour plus de 80% d'entre eux) et, dans une moindre mesure, en raison du manque de médicaments disponibles. Les résultats des zones moins touchées par le conflit ne sont pas plus encourageants.

En regroupant les catégories, nous pouvons dire que pour quatre zones sur cinq, entre 40 et 70% des malades n'ont pas reçu une offre de soins adéquats (soit ils n'ont pas pu consulter, soit ils n'ont pu obtenir les médicaments prescrits ou ont obtenu seulement une partie d'entre eux). Sans pouvoir chiffrer les taux de pauvreté, les enquêteurs ont observé une pauvreté extrême dans ces zones, avec quasi-démonétisation dans la zone rurale (pas de billets de banque pour la plupart des ménages, même en petite coupure; enfants, et parfois même adultes, complètement nus; pas de sel; problèmes de malnutrition,...). Par ailleurs, pour ceux qui ont obtenu un traitement complet, toujours pour les mêmes zones, entre un quart et la moitié des malades est satisfait de leurs

traitements, ce qui laisse supposer qu'un certain nombre d'entre eux ont reçu des faux médicaments.

### **Il existe des degrés dans la souffrance des populations**

Le Congo n'est pas homogène. Si l'accès à la santé des populations est partout catastrophique, cet accès devient de plus en plus difficile à mesure que l'on se rapproche des zones de violence. Dans les zones sur le front, les indicateurs de mortalité et d'accès aux soins sont alarmants, dans d'autres préoccupants.

### **Par rapport à la gravité extrême de la situation, MSF demande aux partenaires extérieurs et/ou aux autorités congolaises:**

- un arrêt des violences, la réouverture effective du fleuve, un meilleur contrôle des troupes et la réfection de certaines routes et ponts ;
- que les fonds octroyés de manière générale à l'action humanitaire et, en particulier, au secteur de la santé, soient triplés par rapport à l'aide actuellement consentie ;
- un renforcement de l'aide sur les zones à problèmes et davantage de souplesse et de flexibilité dans l'approche et le financement des projets ;
- une distribution de kits sociaux et d'outils là où les besoins sont les plus importants ;
- la vaccination systématique des enfants contre la rougeole ;
- qu'une attention particulière soit accordée au traitement de la malaria, du sida, de la tuberculose et de la trypanosomiase ;
- un véritable accès aux soins pour les populations, avec une participation communautaire réaliste pour l'ensemble des zones et la gratuité des soins pour les zones particulièrement touchées par le conflit.

## TABLE DES MATIERES

I. INTRODUCTION ET CONTEXTE .....	7
II. OBJECTIFS DE L'ENQUÊTE .....	9
III. METHODOLOGIE.....	11
IV. RESULTATS DES ENQUETES INDIVIDUELLES .....	13
1. Mortalité .....	13
2. Accès aux soins.....	15
3. Vaccination.....	24
4. Violences et déplacements de population.....	26
V. DISCUSSION.....	30
VI. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS.....	38

## I. INTRODUCTION ET CONTEXTE

La population congolaise vit depuis des années dans une situation de crise chronique, caractérisée par une destruction du tissu économique et social. Cette situation a été exacerbée par les deux guerres successives qu'a connues le pays depuis 1996. En juin 1997, le régime de Mobutu est renversé par la rébellion conduite par Laurent Désiré Kabila. Un peu plus d'une année plus tard, en août 1998, un nouveau mouvement rebelle, appuyé par le Rwanda et l'Ouganda, lance une offensive dans le but de renverser le gouvernement du président Kabila. Aujourd'hui, trois ans plus tard, le conflit continue de toucher la population civile, même si l'avancement du processus de négociation laisse espérer une paix prochaine.

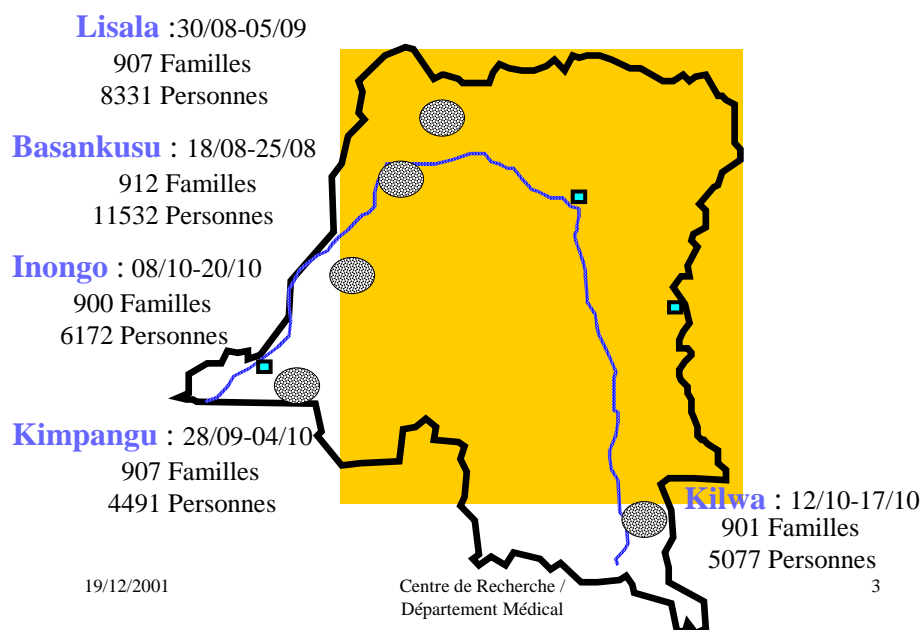
Médecins Sans Frontières (MSF) travaille en République Démocratique du Congo (ex-Zaïre) depuis 1981. Pendant ces années d'activité, nous avons été les témoins d'une détérioration de la situation et de l'apparition d'une catastrophe humanitaire de grande ampleur. En décembre 1999, MSF attirait déjà l'attention sur la détérioration rapide des indicateurs économiques, humanitaires et médicaux de ce pays et lançait un appel afin que des mesures urgentes soient prises pour arrêter cette spirale infernale de violences et de souffrances humaines. Mais à cette époque, il était difficile, vu l'insécurité, de recueillir des données fiables sur la situation des populations au Congo. Le dossier MSF, intitulé « Survivre en République Démocratique du Congo » se limitait donc à dégager des tendances donnant des indications sur la situation économique et sanitaire dans le pays, avec des illustrations sur l'état déplorable des services de santé<sup>1</sup>. En juin 2000 et en avril 2001, l'ONG International Rescue Committee (IRC) publiait les résultats de 11 enquêtes de mortalité dans l'est de la RDC, indiquant des taux de mortalité très élevés. Afin de recueillir des données précises dans d'autres régions de ce vaste pays, MSF a décidé de mener une enquête sur la mortalité, l'accès aux soins, la couverture vaccinale et les violences, dans cinq zones de santé<sup>2</sup> : Basankusu et Lisala (Equateur), Kilwa (Katanga), Kimpangu (Bas-congo) et Inongo (Bandundu).

---

<sup>1</sup> Roger Job/Médecins Sans Frontières, Congo 2000, Santé d'Etat, Etat de santé, éditions Luc Pire, Bruxelles, 2000.

<sup>2</sup> Le Congo est divisé en 306 zones de santé regroupant de 100.000 à 150.000 habitants. Chaque zone possède un bureau central de la zone, dirigé par un médecin chef de zone. Les centres de santé et les hôpitaux généraux de référence sont les lieux où se prend réellement en charge la santé de la population.

# Congo : 5 études 08-10/20001



## Equateur (Zones de santé de Basankusu et Lisala)

L'Equateur est l'une des provinces les plus durement touchées par la guerre en cours depuis 1998. Elle est coupée en deux, le Nord et l'Est sous occupation des rebelles du FLC (Forces de Libération Congolaise), l'Ouest et le Sud sous le contrôle du gouvernement. Les deux zones de santé investiguées, Basankusu et Lisala, se trouvent du côté rebelle. Les activités militaires intenses dans cette province ont eu pour conséquence une insécurité généralisée, caractérisée par le pillage de la population, la destruction des récoltes et les déplacements massifs des populations. Selon une estimation de la FAO faite en mars 2001, plus de 100.000 personnes auraient fui les affrontements vers la République Centrafricaine, le Congo Brazzaville ou le sud de Basankusu. Par ailleurs, les quelques entreprises qui travaillaient dans la région (huilerie, savonnerie, ...) ne fonctionnent plus à cause de la fermeture du fleuve Congo. La situation humanitaire est particulièrement précaire dans les zones sur le front ou proches de ce dernier, notamment dans la zone de santé de Basankusu, qui accueille encore aujourd'hui des déplacés des zones de santé voisines (Bolomba et Befale). Sur les 34 zones de santé que compte la province, 28 ont connu le pillage systématique de leurs structures sanitaires (source OCHA). La zone de santé de Lisala, éloignée du front, a été plus épargnée par la guerre.

## Katanga (Zone de santé de Kilwa)

La province du Katanga est divisée en deux parties par la ligne de front : la partie nord est sous le contrôle des rebelles du RCD-Goma (Rassemblement Congolais pour la Démocratie), et la partie sud sous celui du gouvernement. La situation humanitaire y est également préoccupante. Les activités militaires intenses dans le nord du Katanga ont engendré des déplacements de population, un enclavement de la région, la recrudescence de différentes épidémies, des problèmes de



malnutrition, ... Les déplacements massifs de population se sont effectués jusqu'en Zambie et en Tanzanie. La zone de santé investiguée par MSF, Kilwa, se situe au sud de la ligne de front. En juin 2001, elle accueillait encore 24.812 déplacés (source OCHA/Kinshasa). Sur les 40 zones de santé que compte la province, seules 14 zones sont fournies régulièrement en médicaments essentiels (source OCHA).

### **Bas-Congo (Zone de santé de Kimpangu)**

La province du Bas-Congo subit depuis plusieurs années les effets des conflits dans les pays voisins, à savoir l'Angola et le Congo Brazzaville. Ces deux pays drainent sur le sol congolais un nombre important de réfugiés. En mai 2001, ces réfugiés étaient estimés à 69.409 (source HCR). La guerre en cours depuis août 1998 n'a pas épargné cette province sous le contrôle du gouvernement, surtout pendant les premiers jours : pillages des infrastructures socio-économiques et des populations, nombreuses pertes en vies humaines, etc. En novembre 1999, la ville de Kimpangu, chef-lieu de la zone de santé du même nom dans laquelle MSF a mené l'enquête, est attaquée par les rebelles angolais de l'Unita, faisant une incursion en RDC. L'hôpital général de référence (HGR) de Kimpangu ainsi que le bureau central de la zone de santé sont complètement pillés. Tout est emporté ou détruit : matériel de la chaîne de froid, équipements chirurgicaux, dépôts pharmaceutiques, ... En décembre 1999, MSF suspend son appui à la zone de santé à cause de l'insécurité. Cette aide reprendra en juillet 2000.

### **Bandundu (Zone de Santé d'Inongo)**

La province du Bandundu se situe également du côté gouvernemental. C'est la seule province qui n'a pas été touchée directement par la guerre. Elle accueille toutefois un certain nombre de réfugiés (26.423, source HCR) et subit les contrecoups de la conjoncture économique que traverse le pays. Dans la zone de santé d'Inongo où MSF a mené son enquête, l'absence de conflit n'a pas amélioré la situation des populations de cette région. L'essentiel des infrastructures, telles que les routes et les ponts, continuent de se dégrader et rendent certaines régions pratiquement inaccessibles. Le système de santé ne fonctionne plus faute de médicaments, matériels, et financements. L'hôpital de référence le plus proche (Lukolela, en Equateur, à 350 km d'Inongo) est difficilement accessible. Payer les quelques médicaments disponibles sur le marché n'est pas facile pour une population géographiquement isolée, où il y a très peu de commerce vu l'état des routes et la carence en bateaux. Sur les 38 zones de santé que compte cette province, seules 17 sont fournies régulièrement en médicaments essentiels

## **II. OBJECTIFS DE L'ENQUÊTE**

L'enquête de MSF poursuivait trois objectifs :

- 1) Compléter la récolte de données fiables permettant de mesurer la mortalité des populations civiles en République Démocratique du Congo, dans d'autres régions que celles étudiées par IRC, afin de mesurer et faire connaître le degré et l'étendue de la crise meurtrière que traverse le Congo ;
- 2) Permettre aux décideurs politiques et aux acteurs humanitaires d'acquérir des données fiables sur la mortalité, l'accès aux soins de santé et les violences en RDC, pour mieux répondre aux besoins des populations et guider ainsi de manière objective leurs initiatives ;
- 3) Mesurer l'effet et les limites des projets MSF d'appui aux soins de santé primaires et réorienter, si nécessaire, les programmes de ces opérations.

### III. METHODOLOGIE

La même méthodologie a été utilisée pour l'estimation de la mortalité, de l'accès aux soins, de la couverture vaccinale et des violences.

#### **Localisation géographique, échantillonnage et méthodes d'interviews**

Pour chacune des cinq enquêtes conduites en RDC durant l'été et l'automne 2001, le Taux Brut de Mortalité rétrospective (TBM) ainsi que les résultats sur l'accès aux soins et les violences ont été estimés en utilisant la méthode du sondage en grappes à deux degrés. Cette approche est la même que celle utilisée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour l'estimation des couvertures vaccinales (Expanded Programme for Immunization EPI).

Cinq zones de santé ont été sélectionnées, deux en zone rebelle et trois en zone gouvernementale, sur base des critères suivants :

- zone de santé appuyée par MSF/ zone de santé non appuyée par un intervenant externe (isolée)
- zone de santé à proximité de front/loin du front/ à proximité d'un autre conflit
- localisation, si possible, des zones dans des provinces différentes
- accessibilité (sécurité et logistique)
- coopération des autorités locales et du médecin chef de zone
- zones non couvertes par l'enquête IRC.

Les zones de santé de Basankusu (Equateur), de Lisala (Equateur), de Kimpangu (Bas-Congo), de Kilwa (Katanga) et de Inongo (Bandundu) ont donc été visitées. Les listes de population par zone, divisée en aires de santé<sup>3</sup>, nous ont été communiquées par les autorités sanitaires locales et datent de la dernière campagne de vaccination contre la polio lancée par l'OMS en juillet et août 2001. Dans un premier temps, le nombre de grappes a été calculé par aire de santé, proportionnellement à leur population (méthode OMS). Ensuite, la localisation spécifique des grappes dans chaque aire de santé (village, hameau) a été déterminée en suivant la même méthode.

Une fois les sites spécifiques identifiés, les enquêteurs déterminaient le centre du village, du hameau ou du quartier et choisissaient une direction au hasard. Les maisons dans cette direction à l'intérieur de la grille sont dénombrées. Un chiffre au hasard est choisi et définit la première maison à partir de laquelle l'enquête commencera. La deuxième maison choisie sera celle la plus proche de la première, et ainsi de suite...

En moyenne, 12 équipes de deux personnes ont été sélectionnées sur base de leurs capacités, de leur connaissance du terrain et de leur habilité à parler les langues locales. Ces équipes ont reçu un entraînement spécifique sur la méthodologie et les procédures utilisées et ont été soumises à une période de test. Un contrôle a été organisé par au minimum deux superviseurs, chapeautés par un coordinateur. Le questionnaire utilisé comprenait 22 questions fermées ou semi-ouvertes, structuré en quatre parties (mortalité, accès aux soins, vaccination et violences) et a également été testé

---

<sup>3</sup> Chaque aire de santé comprend théoriquement un centre de santé (1 pour environ 5 à 10.000 habitants).

préalablement. Contrairement à l'enquête de mortalité et à l'enquête sur les violences où tout le foyer était concerné, les questions relatives à l'accès aux soins de santé et à la vaccination ne concernaient qu'un malade ou qu'un enfant tiré au sort par foyer.

### **Calcul de la taille de l'échantillon et analyse**

La taille de l'échantillon a été calculée sur base d'un pourcentage de morts attendus à partir de l'hypothèse d'un triplement de la mortalité dans les zones enquêtées. Le taux de mortalité dans une population stable est de 0.5/10.000/jour dans les pays en développement. Sur 180 jours et pour une population de 5.000 personnes, ce pourcentage de décès s'élève à 0.9%, par rapport à un taux de décès attendu de 2.7%. Pour nous permettre de différencier une situation normale d'une situation avec un triplement de la mortalité, l'intervalle de confiance que nous nous sommes fixé est de 0.8%. Cet intervalle de confiance et un effet de grappe entre 3 et 4 exige un échantillon de personnes compris entre 4.731 et 6.308. Si la moyenne des personnes par foyer se situe entre 5 et 7, la taille de notre échantillon doit s'élever à 900 foyers, soit 30 grappes de 30 foyers. La période étudiée pour l'enquête de mortalité et l'enquête sur l'accès aux soins était d'environ huit mois (à partir de janvier 2001 jusqu'au moment de l'enquête). Concernant les violences et les déplacements, la période étudiée était plus longue (à partir d'août 1998).

Nous avons choisi le foyer comme unité de base et non la famille, qui peut être entendue dans le sens large du terme (famille élargie) et comprendre des membres qui n'habitent pas nécessairement sous le même toit. Parler de membres de la famille avec qui l'on ne partage pas la vie de tous les jours aurait pu biaiser les données (précision des réponses, problèmes de mémoire). La définition du foyer utilisée était la suivante : personnes qui dorment et qui mangent sous le même toit au moins trois jours par semaine. Suivant le type d'habitat et les codes sociaux, pouvaient être compris dans le foyer : frères, sœurs et leur famille nucléaire, deuxième et xème femme si polygame, petit cousin adopté, ...

Les données ont été encodées sur une base journalière et/ou hebdomadaire dans le programme Epi Info 6.04 fr et vérifiées dès le retour des superviseurs du terrain. L'analyse a été effectuée à Bruxelles. Vu la méthode d'échantillonnage utilisée, les résultats ne seront pas étendus à une région plus grande (province par exemple). Une étude qualitative dans les mêmes zones de santé ainsi que dans d'autres zones de la RDC a été menée en parallèle et fera l'objet d'une publication séparée.

## IV. RESULTATS DES ENQUETES INDIVIDUELLES

### 1. Mortalité

#### Basankusu (Province de l'Equateur)

Ensemble de la zone

Foyers visités :	912
Population de l'échantillon :	11.532
Population totale de l'endroit :	198.438
Population des moins de cinq ans :	2.783
% des < 5 ans de l'échantillon :	24%
TBM 1/01-21/08/2001 :	2.7/10.000/jour <sup>4</sup> (95% IC : 2.3-3.1)
Taux de mortalité < 5 ans :	6.6/10.000 /jour <sup>5</sup> (95% IC : 5.3-7.9)

Parmi les foyers interrogés dans la zone de santé de Basankusu, la malnutrition, regroupée avec l'anémie (24.2%), est citée comme la première cause de mortalité. Viennent ensuite les maladies diarrhéiques, regroupés avec les problèmes du tube digestif (20.9%) et la fièvre-malaria (18.9%). La violence est une cause de mortalité non négligeable puisqu'elle représente 4.1% des causes de mortalité des foyers interrogés. Pour un aperçu complet des causes de mortalité, voir annexe.

Distinction zone urbaine-zone rurale

#### *Ville de Basankusu*

Population de l'échantillon :	2.219
Population totale de l'endroit :	43.017
Population des moins de cinq ans :	487
% des < 5 ans de l'échantillon :	22%
TBM 1/01-21/08/2001 :	1.3/10.000/jour (95% IC : 1.0-1.6)
Taux de mortalité < 5 ans :	3.2/10.000 /jour (95% IC : 2.3-4.1)

#### *Zone rurale*

Population de l'échantillon :	9.313
Population totale de l'endroit :	155.421
Population des moins de cinq ans :	2.296
% des < 5 ans de l'échantillon :	25%
TBM 1/01-21/08/2001 :	3.0/10.000/jour (95 % IC : 2.6-3.5)
Taux de mortalité < 5 ans :	7.3/10.000 /jour (95 % IC : 5.9-8.8)

---

<sup>4</sup> Le Taux Brut de Mortalité (TBM) dans une population stable dans les pays en développement est estimé à environ 0.5/10.000/jour (pour les pays industrialisés, ce taux est d'environ 0.3) La situation commence à devenir inquiétante lorsque le Taux Brut de Mortalité (TBM) est supérieur à 1/10.000/jour. L'urgence est déclarée lorsque ce taux dépasse 2/10.000/jour.

<sup>5</sup> Pour les moins de cinq ans, la situation est déclarée inquiétante lorsque le Taux Brut de Mortalité (TBM) est supérieur à 2/10.000/jour. L'urgence est déclarée lorsque le taux dépasse 4/10.000/jour.

### **Lisala (Province de l'Equateur)**

Foyers visités :	907
Population de l'échantillon :	8.331
Population totale de l'endroit :	204.544
Population des moins de cinq ans :	1.955
% des < 5 ans de l'échantillon :	23%
TBM 1/01- 2/09/2001:	0.8/10.000/jour (95 % IC : 0.6-1.0)
Taux de mortalité < 5 ans :	1.8/10.000/jour (95 % IC : 1.0-2.5)

Dans la zone de santé de Lisala, les deux causes de décès les plus représentées sont les infections respiratoires (14.7%) et la fièvre-malaria (14.1%). Les violences représentent 2.4 % des décès. (Aperçu complet des causes de mortalité en général en annexe).

### **Kimpangu (Province du Bas-Congo)**

Foyers visités :	907
Population de l'échantillon :	4.491
Population totale de l'endroit :	93.975
Population des moins de cinq ans :	914
% des < 5 ans de l'échantillon :	20%
TBM 1/01- 1/10/2001 :	0.6 /10.000/jour (95 % IC : 0.4-0.7)
Taux de mortalité < 5 ans :	2.0/10.000/jour (95 % IC : 1.4-2.6)

La fièvre-malaria est la première cause de mortalité à Kimpangu (40.3%). La diarrhée est la deuxième cause de mortalité (11.1%). La violence représente 1.4 % des causes de mortalité (Voir annexe).

### **Kilwa (Province du Katanga)**

Foyers visités :	901
Population de l'échantillon :	5.077
Population totale de l'endroit :	234.630
Population des moins de cinq ans :	1.178
% des < 5 ans de l'échantillon :	23%
TBM 1/01- 15/10/2001:	1.1/10.000/jour (95 % IC : 0.8-1.3)
Taux mortalité < 5 ans :	3.1/10.000/jour (95 % IC : 2.3-3.8)

Dans la zone de santé de Kilwa, la première cause de mortalité est la fièvre-malaria (32.7%), suivie par les diarrhées (22.0%) et les infections respiratoires (19.5%). La violence ne représente que 0.6 % des causes de mortalité. Pour les autres causes de mortalité, voir annexe.

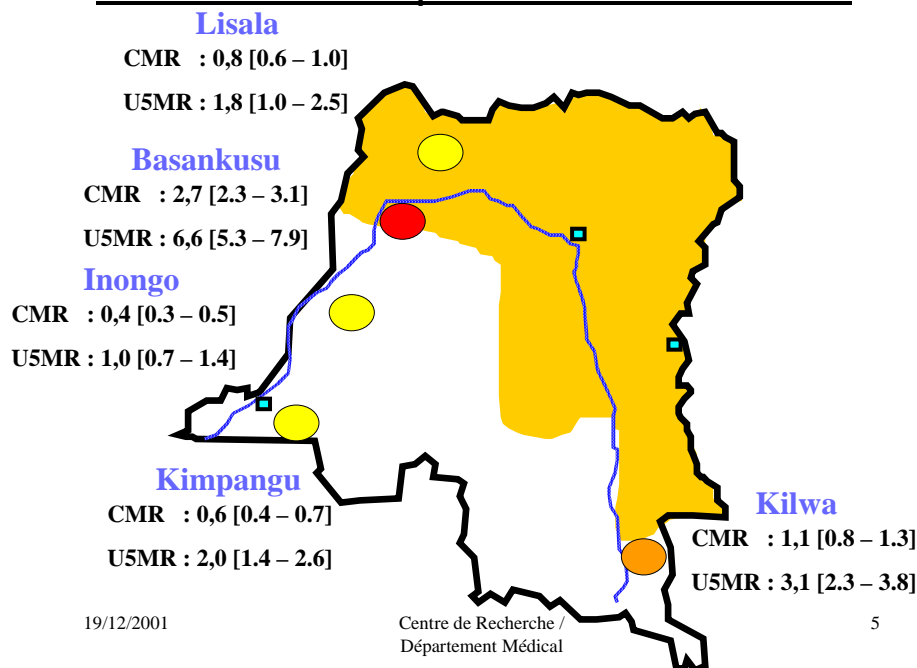
### **Inongo (Province du Bandundu)**

Foyers visités :	900
Population de l'échantillon :	6.172
Population totale de l'endroit :	241.240

Population des moins de cinq ans :	1463
% des < 5 ans de l'échantillon :	24%
TBM 1/01- 13/10/2001:	0.4/10.000/jour (95 % IC 0.3-0.5)
Taux mortalité < 5ans :	1.0/10.000/jour (95 % IC 0.7-1.4)

La malaria (19.7%) et les infections respiratoires (18.4%) sont les deux premières causes de mortalité dans la zone d'Inongo. Il n'y a pas eu de décès par violence recensés à Inongo (voir annexe).

## Mortalité rétrospective en 10 000 / Jour



## 2. Accès aux soins

Pour une vue synthétique des résultats sur l'accès aux soins, nous avons créé deux catégories de malades : ceux qui estiment avoir reçu une offre de soins complète et ceux qui au contraire n'ont pas reçu de soins ou n'ont pas reçu de soins complets. Dans la première catégorie, nous avons regroupé les personnes qui, ayant consulté une structure médicale, ont obtenu un traitement complet (accès aux soins). Dans la deuxième, nous avons regroupé celles qui n'ont pas consulté, alors qu'elles considéraient qu'une consultation était nécessaire, avec ceux qui n'ont pas obtenu de traitement ou n'ont pas obtenu l'entièreté de leur traitement (pas accès aux soins).

	Basankusu (n=884)		Lisala (n=869)		Kimpangu (n=793)		Kilwa (n=841)		Inongo (n=891)	
	*	IC	*	IC	*	IC	*	IC	*	IC
Accès	32.6	[24.1-41.0]	58.8	[51.1-66.5]	86.9	[81.9-91.9]	55.7	[49.6-61.8]	57.9	[52.4-63.4]
Pas accès	67.4	[59.0-75.9]	41.2	[33.5-48.9]	13.1	[8.1-18.1]	44.3	[38.2-50.4]	42.1	[36.6-47.6]

Deux tiers des malades à Basankusu n'ont pas eu accès aux soins et deux cinquièmes pour Lisala, Kimpangu et Kilwa.

Nous avons aussi calculé les taux de mortalité des différentes zones suivant ces deux catégories :

	Basankusu (n=884)		Lisala (n=869)		Kimpangu (n=793)		Kilwa (n=841)		Inongo (n=891)	
	*	IC	*	IC	*	IC	*	IC	*	IC
TMB servi	1.6	[1.3-1.9]	0.7	[0.5-0.9]	0.4	[0.2-0.5]	1.0	[0.8-1.2]	0.4	[0.3-0.6]
TMB pas servi	3.3	[3.0-3.7]	1.0	[0.7-1.3]	1.3	[0.5-2.2]	1.2	[0.8-1.6]	0.4	[0.2-0.6]
TM < 5 servi	4.2	[3.4-5.1]	1.6	[1.2-2.1]	1.3	[0.5-1.9]	3.0	[2.2-3.7]	1.0	[0.5-1.4]
TM < 5 pas servi	7.8	[6.7-9.0]	1.8	[1.1-2.4]	4.3	[1.8-6.7]	3.2	[2.0-4.4]	1.1	[0.5-1.6]

\*décès/10.000/j

Dans la catégorie des foyers qui ont reçu une offre de soins complète, le taux de mortalité est dans toutes les zones moins élevé. Toutefois, la différence n'est statistiquement significative que pour Basankusu.

Pour une vue complète de l'enquête sur l'accès aux soins, voici les résultats.

### Basankusu

Sur 912 foyers interrogés, 884, soit 96.9%, ont déclaré avoir eu au moins une personne malade dans les six derniers mois. Pour réduire l'effet grappe intrafamilial, le cas d'une personne malade a été tiré au sort. Sur l'ensemble de ces personnes déclarées malades, 36.4% ont affirmé n'avoir pas consulté quelqu'un d'extérieur à la famille (infirmier, médecin, guérisseur, pharmacien,...). Pourquoi ? Le tableau ci-dessous donne les raisons invoquées par les malades.

<i>Raisons invoquées non consultation (n=322)*</i>	#	%	IC
Consultation trop chère	255	79.2%	[67.0-91.4]
Médicaments trop chers	252	78.3%	[65.4-91.1]
Absence de médicaments	151	46.9%	[30.1-63.7]
Problème de distance/transport	138	42.9%	[24.6-61.1]
Pas de confiance dans le personnel soignant	28	8.7%	[2.0-15.4]
Problèmes de sécurité	20	6.2%	[0-14.6]
Sentiment que la consultation n'était pas nécessaire	17	5.3%	[1.2-9.3]

\*Plusieurs réponses étaient possibles



Le manque de moyens financiers pour se payer une consultation ou pour acheter les médicaments sont les deux premières raisons invoquées. Deux autres raisons quantitativement non négligeables sont l'absence de médicaments dans les centres de santé et les problèmes de transport pour se rendre jusqu'au centre de santé, l'hôpital ou un autre intervenant médical. Ces deux explications ressortent particulièrement en zone rurale (48 et 52%) tandis qu'elles restent assez minimales en ville (2.6 et 7.9%). En zone rurale, l'absence de personnel soignant est fréquemment invoquée (26.8%) alors que ce problème n'existe pas en ville (0%).

<i>Si oui, qui a effectué la consultation? (n=562)</i>	#	%	IC
Médecin ou infirmier de centre de santé public ou religieux	274	48.8%	[ 34.3-63.3]
Médecin ou infirmier d'hôpital	198	35.2%	[22.1-48.4]
Médecin ou infirmier privé	77	13.7%	[5.3-22.1]
Médecine traditionnelle	8	1.4%	[0-3.6]
Pharmacien	5	0.9%	[0.1-1.6]

De manière générale, ce sont les centres de santé publics ou religieux qui sont le plus fréquentés par les malades, suivis de l'hôpital. En ville, c'est l'hôpital qui est le plus fréquenté (89% des malades consultants se rendent à l'hôpital contre 3.4% dans les centres de santé) alors qu'en zone rurale, les tendances sont inversées (64.7 % des malades consultants se rendent dans les centres de santé, contre 16.3% à l'hôpital).

Pour l'ensemble des personnes déclarées malades et s'étant rendues en consultation, 98.2 % ont reçu une prescription de médicaments. Ont-elles obtenu ces médicaments ? De manière générale, 49.5 % des malades interrogés déclarent ne pas avoir obtenu de médicaments ou ne pas avoir obtenu l'entièreté de la prescription. Pourquoi ? Les raisons invoquées sont :

<i>Raisons invoquées non obtention (n=273)*</i>	#	%	IC
Médicaments trop chers	239	87.5%	[80.3-94.8]
Médicaments pas disponibles	85	31.1%	[15.5-46.7]
Problèmes de distance/transport	18	6.6%	[1.8-11.4]
Autres raisons	15	5.5%	[0.8-10.2]

\*Pas de médicaments ou traitement incomplet. Plusieurs réponses étaient possibles

Encore une fois, le manque de moyens financiers est la première cause de non-obtention des médicaments (87%). Suivent les problèmes d'absence de médicaments et de transport. (31 et 7 %). Comme pour la consultation, ces deux raisons sont plus importantes en milieu rural (34.7 et 7.6%) qu'en milieu urbain (8.1 et 0%). Chez ceux qui ont obtenu une partie seulement des médicaments, le taux d'efficacité déclaré est beaucoup moins important que chez ceux qui ont obtenu l'entièreté des médicaments (12.3% contre 47.9%).

<i>Où avez-vous obtenu totalement ou partiellement les médicaments?</i>	#	%	IC
Centre de santé	279	54.2%	[39.1–69.2]
Hôpital	169	32.8%	[19.1-46.5]
Pharmacie commerciale	52	10.1%	[2.7-17.5]
Marché	8	1.6%	[0.0-3.1]
Autres lieux	7	1.4%	[0.1-2.6]

De manière générale, comme pour la consultation, les centres de santé et l'hôpital restent les deux lieux principaux pour la diffusion des médicaments (54 et 33%).

En milieu urbain, l'hôpital est plus fréquenté que le centre de santé pour l'acquisition des médicaments (86% pour l'hôpital contre 7.1% pour les centres de santé) tandis que les tendances s'inversent en milieu rural (72% dans les centres de santé contre 12.6% à l'hôpital).

Sur l'ensemble des malades qui ont obtenu des médicaments partiellement ou totalement (n=515), 92.6% déclarent avoir payé ces médicaments.

### **Lisala**

Sur 907 foyers interrogés, 869, soit 95.8%, ont déclaré avoir eu au moins une personne malade dans les six derniers mois. Après tirage au sort d'un malade par foyer, il ressort que 23.8% des malades ont déclaré n'avoir pas consulté quelqu'un d'extérieur à la famille. Les raisons de cette absence de consultation sont :

<i>Raisons invoquées non consultation (n=207)*</i>	#	%	IC
Consultation trop chère	162	78.3%	[66.8 – 89.7]
Médicaments trop chers	156	75.4%	[62.9 – 87.8]
Sentiment que la consultation n'était pas nécessaire	18	8.7%	[3.5 – 13.9]
Problème de distance/transport	4	1.9%	[0.1 – 3.7]
Problèmes de sécurité	2	1.0%	[0 – 2.3]
Absence de personnel soignant dans la structure de santé	1	0.5%	[0-1.4]
Pas de confiance dans le personnel soignant	1	0.5%	[0-1.4]

\*Plusieurs réponses étaient possibles

Plus des trois quarts des malades non consultants déclarent ne pas avoir de moyens financiers pour se rendre à la consultation ou pour acheter des médicaments.

<i>Si oui, qui a effectué la consultation? (n=662)</i>	#	%	IC
Médecin ou infirmier de centre de santé public ou religieux	338	51.1%	[39,2 - 62,8]
Médecin ou infirmier hôpital	167	25.2%	[16,3 - 34,1]
Médecin ou infirmier privé	109	16.5%	[10,5 - 22,4]
Médecine traditionnelle	48	7.3%	[4,1 - 10,4]
Pharmacien	0	0.0%	

Parmi ceux qui ont consulté, plus de la moitié se sont rendus dans un centre public ou religieux, un peu plus du quart à l'hôpital et 16% dans une structure privée.

Pour l'ensemble des malades consultants, la quasi-totalité, soit 99.2%, ont reçu une prescription de médicaments. 30.4% des malades consultants interrogés déclarent ne pas avoir obtenu de traitement ou ne pas obtenu l'entièreté du traitement prescrit. Les raisons invoquées sont :

<i>Raisons invoquées non obtention(n=160)*</i>	#	%	IC
Médicaments trop chers	133	83.1%	[73,8 - 92,4]
Médicaments pas disponibles	25	15.6%	[6,7 - 24,5]
Problèmes de distance/transport	5	3.1%	[0 - 7,0]
Autres raisons	4	2.5%	[0,2 - 4,8]

\* Pas de médicaments ou traitement incomplet. Plusieurs réponses étaient possibles

Le manque de moyens financiers est la première cause de non-obtention des médicaments. Suivent les problèmes d'absence de médicaments et de transport.

Chez ceux qui ont obtenu une partie seulement des médicaments, le taux d'efficacité déclaré est beaucoup moins important que chez ceux qui ont obtenu l'entièreté des médicaments ( 45.2% contre 73.7%).

<i>Où avez-vous obtenu totalement ou partiellement les médicaments?(n=653)</i>	#	%	I.C.
Centre de santé	364	55.7%	[46.2–65.3]
Hôpital	162	24.8%	[16.5-33.1]
Pharmacie commerciale	41	6.3%	[3.4-9.2]
Marché	21	3.2%	[1.2-5.2]
Autres lieux	65	10.0%	[5.7-14.2]

Le centre de santé et l'hôpital sont les deux structures les plus fréquentées par les malades consultant pour obtenir leurs médicaments.

Par ailleurs, sur l'ensemble des malades qui ont obtenu des médicaments (n=367), 96.5% déclarent avoir payé ces médicaments.

## **Kimpangu**

Sur 907 foyers interrogés, 793, soit 87.3%, ont déclaré avoir eu au moins une personne malade dans les six derniers mois. Après tirage au sort d'un malade par foyer, il ressort qu'un cinquième des malades, soit 20.2% ont déclaré n'avoir pas consulté quelqu'un d'extérieur à la famille. Voici les raisons invoquées :

<i>Raisons invoquées non consultation (n=160)*</i>	#	%	IC
Sentiment que la consultation n'était pas nécessaire	87	54.4%	[41.4 – 67.4]
Consultation trop chère	83	51.9%	[41.0 - 62.7]
Médicaments trop chers	54	33.8%	[23.1 – 44.4]
Problèmes de distance/transport	9	5.6%	[0 - 15.0]
Absence de médicaments	2	1.3%	[0 – 2.8]
Pas de confiance dans le personnel soignant	1	0.6%	[0-1.8]

\*Plusieurs réponses étaient possibles

Les deux premières raisons sont le sentiment que la consultation n'était pas nécessaire et le manque de moyens financiers.

Parmi les malades qui ont consulté, plus de la moitié l'ont fait dans un centre de santé public ou religieux et environ le tiers dans une structure privée. Seulement 2.5% des malades se sont rendus à l'hôpital.

<i>Si oui, qui a effectué la consultation? (n=633)</i>	#	%	IC
Médecin ou infirmier de centre de santé public ou religieux	363	57.3%	[47.2 - 67.5]
Médecin ou infirmier hôpital	16	2.5%	[0.7 - 4.4]
Médecin ou infirmier privé	221	34.9%	[25.9 - 44.0]
Médecine traditionnelle	28	4.4%	[2.7 - 6.1]
Pharmacien	5	0.8%	[ 0.2 – 1.4]

Pour l'ensemble des personnes déclarées malades, 99.5% ont reçu une prescription de médicaments. Seulement 3% des malades consultants déclarent ne pas avoir obtenu de traitement ou ne pas avoir obtenu l'entièreté du traitement prescrit. Les raisons invoquées sont :

<i>Raisons invoquées non obtention (n=19)*</i>	#	%	IC
Médicaments trop chers	12	63.2%	[38.4 – 87.9]
Médicaments pas disponibles	6	31.6%	[7.6 - 55.5]
Autres raisons	1	5.3%	[0 – 15.6]
Problèmes de distance/transport	0	0.0%	

\* Pas de médicaments ou traitement incomplet. Plusieurs réponses étaient possibles

Le manque de moyens financiers est la première cause de non-obtention des médicaments. Suivent les problèmes d'absence de médicaments. Chez ceux qui ont obtenu une partie seulement des médicaments, le taux d'efficacité déclaré est beaucoup moins important que chez ceux qui ont obtenu l'entièreté des médicaments (54.5% contre 85.9%).

<i>Où avez-vous obtenu totalement ou partiellement les médicaments?(n=622)</i>	#	%	IC
Centre de santé	492	79.1%	[72.1-86.1]
Hôpital	20	3.2%	[1.6-4.8]
Pharmacie commerciale	84	13.5%	[8.4-18.6]
Marché			
Autres lieux	26	4.2%	[2.4-6.0]

Le centre de santé est la première structure de distribution des médicaments, suivi par la pharmacie commerciale.

Sur l'ensemble des malades qui ont obtenu des médicaments (n=622), 95.2 % déclarent avoir payé ces médicaments.

### **Kilwa**

Sur 901 foyers interrogés, 841, soit 93.3%, ont déclaré avoir eu au moins une personne malade dans les six derniers mois. Après tirage au sort, 28.2% ont déclaré n'avoir pas consulté quelqu'un d'extérieur à la famille. Le tableau ci-après reprend les raisons de cette absence de consultation :

<i>Raisons invoquées non consultation (n=237)*</i>	#	%	IC
Consultation trop chère	192	81.0%	[74.1- 87.9]
Médicaments trop chers	177	74.7%	[63.5 - 85.9]
Problèmes de distance/transport	38	16.0%	[3.9 - 28.2]
Consultation n'était pas nécessaire	23	9.7%	[3.4 - 16.0]
Absence de personnel soignant dans la structure de santé	18	7.6%	[0 - 18.3]
Absence de médicaments	14	5.9%	[0 - 15.5]
Pas de confiance dans le personnel soignant	2	0.8%	[0-2]
Problèmes de sécurité	2	0.8%	[0-2]

\*Plusieurs réponses étaient possibles

Plus des trois quarts des malades non consultants ont déclaré ne pas avoir de moyens financiers suffisants pour se rendre à la consultation ou pour acheter les médicaments. Une autre raison quantitativement non négligeable sont les problèmes de transport pour se rendre jusqu'au centre de santé, l'hôpital ou un autre intervenant médical.

<i>Si oui, qui a effectué la consultation? (n=604)</i>	#	%	IC
Médecin ou infirmier de centre de santé public ou religieux	251	41.6%	[29.0 - 54.1]
Médecin ou infirmier hôpital	114	18.9%	[9.6 - 28.2]
Médecin ou infirmier privé	178	29.5%	[18.8 - 40.1]
Médecine traditionnelle	38	6.3%	[2.9 - 9.7]
Pharmacien	23	3.8%	[ 0.6 - 7.0]

Parmi ceux qui ont pu se rendre à une consultation, plus du tiers se sont rendus dans un centre public ou religieux, environ un tiers dans une structure privée et un cinquième à l'hôpital.

Pour l'ensemble des personnes déclarées malades consultants, la quasi-totalité, soit 99.5 % ont reçu une prescription de médicaments. Un quart, soit 24.5 % des malades consultants interrogés n'ont pas obtenu de traitement ou n'ont pas obtenu l'entièreté du traitement prescrit. Les raisons invoquées sont :

<i>Raisons invoquées non obtention (n=147)*</i>	#	%	IC
Médicaments trop chers	130	88.4%	[82.8 - 94.1]
Problèmes de distance/transport	13	8.8%	[2.7-15.0]
Médicaments pas disponibles	8	5.4%	[2.4-8.5]
Autres	6	4.1%	[0.2-7.9]

\* Pas de médicaments ou traitement incomplet. Plusieurs réponses étaient possibles

Le manque de moyens financiers est la principale cause de non-obtention des médicaments. Suivent les problèmes de transport et l'absence de médicaments.

Chez ceux qui ont obtenu une partie seulement des médicaments, le taux d'efficacité déclaré est beaucoup moins important que chez ceux qui ont obtenu l'entièreté des médicaments ( 46.1% contre 61.5%).

<i>Où avez-vous obtenu totalement ou partiellement les médicaments?(n=595)</i>	#	%	IC
Centre de santé	337	56.6%	[44.5-68.7]
Hôpital	100	18.8%	[8.6-25.0]
Pharmacie commerciale	26	4.4%	[2.1-6.6]
Marché	43	7.2%	[1.0-13.4]
Autres lieux	89	15.0%	[8.9-21.0]

Plus de la moitié des malades consultants s'approvisionnent en médicaments dans les centres de santé et un cinquième à l'hôpital.

Sur l'ensemble des malades qui ont obtenu des médicaments (n=515), 96.3% déclarent avoir payé ces médicaments.

## **Inongo**

Sur 900 foyers interrogés, 891, soit 99%, ont déclaré avoir au moins une personne malade dans les six derniers mois. Après tirage au sort, 22.2% ont déclaré n'avoir pas consulté quelqu'un d'extérieur à la famille. Voici les raisons de cette absence de consultation :

<i>Raisons invoquées non consultation (n=198)*</i>	#	%	IC
Consultation trop chère	160	80.8%	[72.4-89.3]
Médicaments trop chers	151	76.3%	[67.2-85.4]
Consultation n'était pas nécessaire	90	45.5%	[33.3-57.6]
Absence de médicaments	23	11.6%	[5.5-17.8]
Pas de confiance dans le personnel soignant	15	7.6%	[1.8-13.4]
Absence de personnel soignant dans la structure de santé	9	4.5%	[0.4-8.7]
Problèmes de distance/transport	6	3.0%	[0-6.3]
Problèmes de sécurité	1	0.5%	[0-1.5]

\*Plusieurs réponses étaient possibles

Les raisons principales invoquées restent l'absence de moyens financiers pour se rendre à la consultation ou pour acheter les médicaments. En outre, près de la moitié des malades considère que la consultation n'était pas nécessaire.

<i>Si oui, qui a effectué la consultation? (n=693)</i>	#	%	IC
Médecin ou infirmier de centre de santé public ou religieux	427	61.6%	[49.1-74.1]
Médecin ou infirmier hôpital	130	18.8%	[7.5-30.0]
Médecin ou infirmier privé	75	10.8%	[6.1-15.6]
Médecine traditionnelle	48	6.9%	[4.7-9.1]
Pharmacien	13	1.9%	[0.1-3.7]

Le centre public ou religieux a été fréquenté par environ 60% des malades qui ont consulté. Par contre, l'hôpital et les structures privées n'ont été fréquentés respectivement que par 19% et 11% des malades consultants.

Pour l'ensemble des malades consultants, 98.3% ont reçu une prescription de médicaments. 32.9% d'entre eux n'ont pas obtenu de traitement ou n'ont pas obtenu l'entièreté du traitement prescrit. Les raisons invoquées sont :

<i>Raisons invoquées non obtention (n=224)*</i>	#	%	IC
Médicaments trop chers	136	60.7%	[46.4-75.1]
Médicaments pas disponibles	118	52.7%	[39.3-66.1]
Autres raisons	11	4.9%	[1.2-8.6]
Problèmes de distance/transport	8	3.6%	[0.9-6.3]

\* Pas de médicaments ou traitement incomplet. Plusieurs réponses étaient possibles

L'absence de moyens financiers est la première cause de non-obtention des médicaments. Par ailleurs, plus de la moitié des malades consultants déclarent que les médicaments prescrits n'étaient pas disponibles.

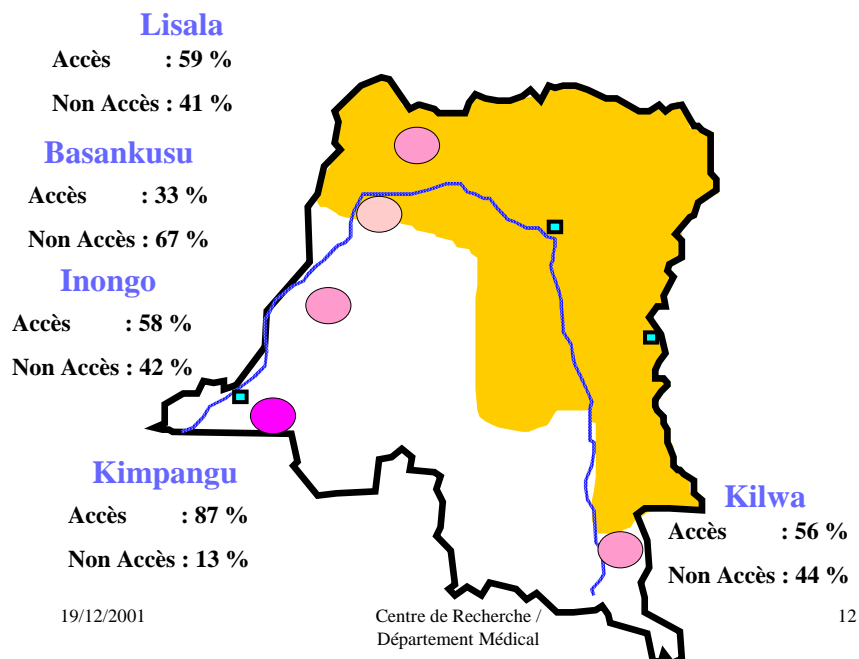
Chez ceux qui ont obtenu une partie seulement des médicaments, le taux d'efficacité déclaré est beaucoup moins important que chez ceux qui ont obtenu l'entièreté des médicaments (32.7% contre 57.8%).

Où avez-vous obtenu les médicaments totalement ou partiellement?(n=668)	#	%	IC
Centre de santé	421	63.0%	[53.3-72.7]
Hôpital	12	1.8%	[0.6-3.0]
Pharmacie commerciale	177	26.5%	[17.4-35.6]
Marché	12	1.8%	[0.4-3.2]
Autres lieux	46	6.9%	[4.6-9.2]

Les centres de santé et les pharmacies sont les deux premiers lieux de délivrance des médicaments.

Sur l'ensemble des malades qui ont obtenu des médicaments (n=668), 93.6% déclarent avoir payé ces médicaments.

## Accès & Non Accès aux soins de santé



### 3. Vaccination

La vaccination a été évaluée sur les enfants de 9 mois à 59 mois parmi les familles ayant un enfant dans cette tranche d'âge. Afin de limiter un effet « grappe » intra famille, un enfant a été tiré au sort. Les chiffres ci-dessous ne portent donc que sur un seul enfant par foyer.



POLIO	Basankusu (n=783)		Lisala (n= 742)		Kimpangu (n=566)		Kilwa (n= 613)		Inongo (n=732)	
	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC		IC
Carte*	<b>4.9</b>	[1.8-8.3]	<b>0.7</b>	[0.1-1.2]	<b>34.4</b>	[26.1-42.4]	<b>8.8</b>	[2.7-14.9]	<b>3.1</b>	[0.9-5.4]
Histoire**	91.2	[87.2-95.2]	98.1	[97.0-99.2]	64.8	[56.6-73.0]	87.8	[81.3-94.3]	96.2	[94.0-98.4]
Non	<b>4.0</b>	[2.1-5.8]	<b>1.2</b>	[0.42.1]	<b>0.9</b>	[0.0-1.9]	<b>3.4</b>	[1.8-5.1]	<b>0.7</b>	[0.1-1.2]
PEV***	BCG****		ROUGEOLE		ROUGEOLE		ROUGEOLE		ROUGEOLE	
Carte	<b>1.5</b>	[ 0.2-2.9]	<b>4.3</b>	[1.2-7.4]	<b>29.2</b>	[21.2-37.1]	<b>6.0</b>	[2.4-9.7]	<b>2.7</b>	[0.9-4.6]
Histoire	53.1	[41.1-65.2]	27.2	[17.2-37.2]	41.3	[32.5-50.2]	39.0	[30.6-47.4]	20.5	[11.8-29.2]
Non	<b>45.3</b>	[33.2-57.5]	<b>68.5</b>	[58.1-78.8]	<b>29.5</b>	[20.9-38.0]	<b>55.0</b>	[45.4-64.6]	<b>76.8</b>	[67.5-86.0]

\*= vaccination consignée sur une carte de vaccination

\*\*= pas de carte de vaccination mais parents déclarent oralement que l'enfant a été vacciné

\*\*\*= Programme élargi de vaccination

\*\*\*\*= Vaccin tuberculose

La campagne d'éradication de la polio a été évaluée dans les cinq zones de santé. Tandis que le PEV a été évalué pour une vaccination précoce (naissance) à Basankusu (tuberculose) et pour une vaccination tardive (9 mois-5 ans) dans les autres zones de santé (rougeole).

### Basankusu

Parmi les 912 foyers interrogés, 783 ont déclaré avoir au moins un enfant entre 9 mois et cinq ans. Le taux de couverture polio est élevé si l'on prend en compte les déclarations des personnes qui ont affirmé que leur enfant était vacciné, mais sans pouvoir nous fournir une preuve de cette vaccination. Même en tenant compte des déclarations orales des mères, le taux de BCG est bas.

### Lisala, Kilwa et Inongo

Comme pour Basankusu, le taux de vaccination polio, en tenant compte des déclarations des mères, est élevé. Par contre, le taux de vaccination rougeole est très bas.

### Kimpangu

Parmi les 907 foyers interrogés, 566 ont déclaré avoir un enfant entre 9 mois et cinq ans. Même remarque générale que pour les zones précédentes concernant la polio mais notons toutefois une distillation différente des résultats : 34.3% des enfants tirés au sort possédaient une carte de vaccination avec mention polio. Concernant la rougeole, 29.2% des enfants possédaient la carte et 41.3% des mères ont déclaré que leurs enfants avaient été vaccinés, ce qui conduirait à un taux global de l'ordre de 70%.

## Vaccination Rougeole : programme pev

### Lisala

Vacciné avec carte : 4 %

Déclaré non vacciné : 69 %

### Basankusu (= BCG)

Vacciné avec carte : 2 %

Déclaré non vacciné : 45 %

### Inongo

Vacciné avec carte : 3 %

Déclaré non vacciné : 77 %

### Kimpangu

Vacciné avec carte : 29 %

Déclaré non vacciné : 30 %

### Kilwa

Vacciné avec carte : 6 %

Déclaré non vacciné : 55 %

19/12/2001

Centre de Recherche /  
Département Médical

18

## 4. Violences et déplacements de population

De manière générale, les habitants de Basankusu et Kilwa, qui sont les deux zones proches de la ligne de front, ont subi des violences importantes, touchant jusqu'à plus de 80% des foyers interrogés pour la zone de santé de Basankusu :

Violences	Basankusu	Lisala	Kimpangu	Kilwa	Inongo
#	771/912	NR*	112/907	360/901	0/900
%	84.5%	NR	12.3	40.0%	0%

\* Données non récoltées

Dans les zones proches du front, les pillages et les destructions de biens sont généralisés. Les autres violences n'ont pas été systématiques, mais accusent néanmoins des taux importants, allant jusqu'à plus d'un cinquième des foyers interrogés (coups et blessures).

### Basankusu

Sur 912 foyers interrogés, 771, soit 84.5% ont déclaré qu'au moins une personne vivant dans le foyer a subi des violences durant la deuxième guerre, qui a débuté en août 1998.

<i>Types de violence (n=771)**</i>	<b>&lt;2001*</b>	<b>%</b>	<b>IC</b>	<b>2001</b>	<b>%</b>	<b>IC</b>
Vols	596	77.3%	[65.8 - 88.8]	349	45.3%	[29.9-60.7]
Destructions maison ou champs	362	47.0%	[33.0 - 60.9]	236	30.6%	[16.7 - 44.5]
Coups	160	20.8%	[10.2 - 31.3]	140	18.2%	[7.0 - 29.3]
Emprisonnement	85	11.0%	[5.7 - 16.4]	59	7.7%	[3.2 - 12.1]
Torture	118	15.3%	[8.5 - 22.1]	55	7.1%	[3.2 - 11.01]
Séviçes sexuels	103	13.4%	[5.8 - 20.9]	82	10.6%	[4.0 - 17.3]
Mines	3	0.4%	[0-0.8]	2	0.3%	[0 - 0.8]
Blessures par balles	41	5.3%	[0.4-10.2]	34	4.4%	[0-9.2]
Blessures par arme blanche	34	4.4%	[0.2 - 8.6]	13	1.7%	[0.6 - 2.8]
Recrutement forcé	82	10.6%	[2.1 - 19.2]	54	7.0%	[2.0 - 12.0]

\* Violences commises à partir de 1998.

\*\* Plusieurs réponses possibles.

Les pillages et les destructions de biens sont les deux types de violence les plus répandus, aussi bien avant 2001 (respectivement 77% et 47%) qu'en 2001 (respectivement 45% et 30%). Les coups et blessures, les tortures, les emprisonnements et les séviçes sexuels accusent également des taux élevés, allant de 7% à 21%.

#### Taux brut de mortalité en fonction des violences subies

TBM/violence	Violence		Pas de violence	
	décès/10.000/j	IC	décès/10.000/j	IC
TBM	2.9	[2.5-3.3]	1.5	[1.1-1.9]
TM < 5 ans	7.0	[5.6-8.4]	3.9	[2.6-5.1]

Nous pouvons constater que le taux de mortalité des foyers dont l'un des membres au moins a subi des violences est plus élevé par rapport aux foyers qui n'ont déclaré aucune violence directe tant pour les moins de cinq ans que pour la population globale.

#### Accès aux soins en fonction des violences subies

Violence		Pas de violence	
Accès soins	IC	Accès soins	IC
30.1%	[21.8-38.5]	47.5%	[35.1-59.9]

Le phénomène est comparable si nous lions la violence à l'accès aux soins. Les foyers qui n'ont pas subi de violences ont eu un plus grand accès aux soins de santé que ceux qui ont subi des violences.

Sur 912 foyers interrogés, 88.6 % ont déclaré avoir été obligés de fuir ou de se déplacer lors de cette deuxième guerre.

## Lisala

Pour des raisons de sécurité, l'équipe des enquêteurs n'a pas été autorisée à poser des questions sur la violence dans cette zone. Sur 907 foyers interrogés, 88.6 % ont déclaré avoir été obligés de fuir ou de se déplacer lors de cette deuxième guerre.

## Kimpangu

Sur 907 familles interrogées, 112, soit 12%, ont déclaré qu'au moins une personne vivant dans le foyer a subi des violences durant la deuxième guerre.

<i>Types de violence (n=112)</i>	<2001*	%	IC	2001	%	IC
Vols	38	33.9%	[0.0-68.7]	59	52.7%	[15.4-89.9]
Destructions maison ou champs	1	0.9%	[0.0-2.4]	0	0.0%	
Coups	5	4.5%	[0.1-8.8]	6	5.3%	[0.0-14.7]
Emprisonnement	2	1.8%	[0.0-5.1]	0	0.0%	
Torture	2	1.8%	[0.0-5.1]	0	0.0%	
Séviés sexuels	0	0.0%		0	0.0%	
Mines	0	0.0%		0	0.0%	
Blessures par balles	6	5.4%	[0.0-11.8]	0	0.0%	
Blessures par arme blanche	0	0.0%		0	0.0%	
Recrutement forcé	6	5.4%	[0.0-11.8]	1	0.9%	[0.0-2.4]

\* Violences commises à partir de 1998.

Mis à part les vols dans les maisons ou dans les champs qui restent importants, aussi bien avant qu'après 2001 (34 et 52%), les autres types de violence sont minimales: blessures par balles au cours de l'année 2000 (5%), coups et blessures (4% en 2000, 5% en 2001), emprisonnement et torture (2% en 2000). 25.2% des foyers ont fui ou se sont déplacés durant cette seconde guerre.

## Kilwa

Sur 901 familles interrogées, 360, soit 40% des foyers, ont déclaré qu'au moins une personne vivant dans le foyer a subi des violences durant la deuxième guerre.

<i>Types de violences ( n=360)</i>	<2001*	%	IC	2001	%	IC
Vols	278	77.2%	[63.5 - 90.9]	62	17.2%	[3.2 - 31.3]
Destructions maison ou champs	49	13.6%	[7.1 - 20.1]	15	4.2%	[0 - 8.6]
Coups	21	5.8%	[3.1 - 8.5]	5	1.4%	[0 - 2.8]
Emprisonnement	5	1.4%	[0.2- 2.6]	1	0.3%	[0 - 0.8]
Torture	4	1.1%	[0.0 - 2.2]	1	0.3%	[0 - 0.8]
Séviés sexuels	2	0.6%	[0 - 1.3]	1	0.3%	[0 - 0.8]
Mines	1	0.3%	[0 - 0.8]	0	0.0%	
Blessures par balles	3	0.8%	[0 - 2.0]	0	0.0%	
Blessures par arme blanche	5	1.4%	[0.3 - 2.5]	1	0.3%	[0 - 0.8]
Recrutement forcé	61	16.9%	[1.8 - 32.1]	3	0.8%	[0 - 2.0]

\* Violences commises à partir de 1998

Le pillage est le type de violence le plus important (77% en 2000, 17% en 2001). Avant la Noël, les foyers interrogés ont déclaré un nombre important de recrutements forcés de la part des militaires (17%). Les autres types de violence sont minimes, voire inexistantes. Par ailleurs, 53.8 % des foyers interrogés se sont déplacés ou ont fui pendant la deuxième guerre.

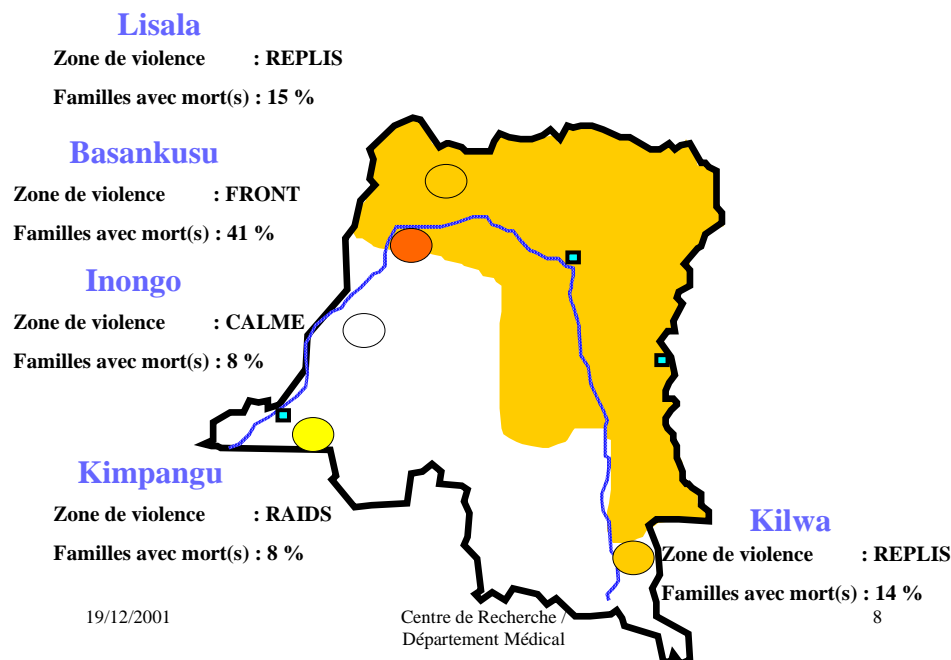
TBM/violence	Violence		Pas violence	
	décès/10.000/j	IC	décès/10.000/j	IC
TBM	1.3	[1.0-1.7]	0.8	[0.7-1.0]
TM < 5 ans	3.7	[2.6-4.8]	2.5	[1.8-3.2]

Nous pouvons constater que le taux de mortalité de la catégorie des foyers dont l'un des membres au moins a subi des violences est augmenté de 50%. Cette augmentation est statistiquement à la limite de la signification statistique pour le Taux Brut de Mortalité. Elle n'est pas significative pour les moins de cinq ans.

### Inongo

Les foyers de la zone de santé d'Inongo n'ont déclaré aucune violence ni déplacement liés à la deuxième guerre.

### Type de zone de violence & Familles avec mortalité



## V. DISCUSSION

### Biais possibles

#### *Choix des zones*

Dans le choix des zones, nous avons décidé de ne pas refaire d'enquêtes à l'Est, pour ne pas répéter le travail effectué par IRC auquel nous avons participé sur Kisangani. Par ailleurs, un des critères qui a déterminé nos choix était l'accessibilité. Il est probable que les résultats d'une enquête similaire dans les zones qui étaient encore inaccessibles pendant la période où nous avons effectué notre enquête pourraient être encore plus catastrophiques que celles où MSF a mené son enquête.

#### *Accessibilité*

Dans la zone de santé de Basankusu, quatre aires de santé très proches du front n'étaient pas accessibles pour des raisons de sécurité (sur un total de population de 198.438 personnes, ces aires inaccessibles représentaient 5.2% des personnes). Les résultats sont donc seulement extrapolables à 94.8% du territoire de Basankusu. Les taux de mortalité ainsi que les autres résultats sur l'accès aux soins, la vaccination et les violences pourraient donc être légèrement sous-estimés.

Dans la zone de santé de Lisala, une aire de santé n'était pas accessible à cause de la destruction d'un pont (sur un total de 195.336 personnes, cette aire représentait 2.3% des personnes). Les résultats sont donc seulement extrapolables à 97.7% du territoire. Vu l'hétérogénéité entre les grappes (pas de différences marquées entre les zones urbaines et rurales, entre le Nord et le Sud,...), il n'est pas possible de déterminer si, de par ce biais, les résultats sont très légèrement sous ou surestimés.

#### *Absence des habitants*

Une proportion élevée de maisons vides en zone rurale a été constatée dans la zone d'Inongo, car l'enquête a été menée en saison sèche. Un nombre important d'habitants avait quitté leur village pour vivre en campement en brousse et en forêt pour pêcher. Dans les personnes restées au village, le nombre de vieilles personnes et d'enfants paraissait plus important que la moyenne. Cette d'absence d'un nombre relativement important de foyers pourrait biaiser certains résultats.

#### *Sexe des enquêteurs*

Lors de l'engagement des équipes d'enquêteurs sur place, malgré nos efforts, il n'a pas été possible d'avoir une répartition égale homme-femme. Il était difficile dans ces zones reculées de trouver du personnel féminin qualifié. Dans les zones de Basankusu, Kimpangu et Kilwa, sur un total variant entre 12 et 26 enquêteurs, une seule femme était présente dans l'équipe. Dans la zone de Lisala et d'Inongo, deux femmes ont été engagées. Nous pensons que ce faible taux de participation féminine dans l'équipe des enquêteurs a considérablement influencé les réponses à propos des violences sexuelles, cette question restant relativement taboue, d'autant plus si elle est posée par des enquêteurs masculins. Nous pensons donc que ces incidents pourraient être sous-estimés.

#### *Réponse socialement admise*

Mise à part la zone de santé d'Inongo, la population connaît bien l'existence de Médecins Sans Frontières et sait qu'il s'agit d'une organisation humanitaire médicale. Lié au fait, que dans le passé, le personnel de santé étatique menait souvent des campagnes de promotion de la médecine

moderne, nous avons parfois observé des réticences de la part de la population à nous parler des consultations effectuées chez le tradipraticien (guérisseur) ou à déclarer que l'enfant n'a pas été vacciné lors de la campagne de vaccination contre la polio organisée par l'OMS. Ces réticences étaient plus fortes encore si le superviseur accompagnant l'équipe d'enquêteurs était blanc. Nous pensons que le taux de fréquentation du tradipraticien pourrait de ce fait être sous-estimé et que le taux de vaccination contre la polio pourrait être surestimé.

#### *Différences culturelles*

Suivant les régions, les cultures, les ethnies, certaines communautés sont moins enclines que d'autres à parler de leurs problèmes de santé et de pauvreté extrême à des étrangers. De fait, nous avons parfois observé que des personnes visiblement malades ou ayant des enfants visiblement mal nourris préféraient nous dire que toute la famille était en bonne santé pour éluder la question relative à la consultation d'un intervenant extérieur médical ou para-médical. Ce phénomène a été particulièrement observé dans la zone de santé de Lisala (Equateur) et de Kimpangu (Bas-Congo). Les taux de fréquentation des centres de santé ou d'autres services médicaux pourraient donc être légèrement sous-estimés.

#### *Répondant dans la famille*

Dans certains villages, nous avons noté des divergences de réaction entre le mari et son épouse. Certains maris étaient moins disposés que leurs épouses à parler des difficultés du ménage, notamment des problèmes de santé des enfants. Par souci de respect envers la famille, nous n'avons jamais relevé ces contradictions mais nous pensons que cet état de fait a parfois biaisé certains résultats dans le sens d'une sous-estimation des problèmes, notamment vis-à-vis de la prise en charge sanitaire des enfants.

## **Interprétation des résultats et comparaison avec d'autres enquêtes**

### **1) Les taux de mortalité dans les zones proches du front sont très préoccupants**

Le TBM de Kilwa, de 1.3/10.000/jour est préoccupant, puisqu'il est supérieur au taux d'alerte de 1/10.000/jour. Le taux de Basankusu, de 2.7/10.000/jour est au-delà du seuil d'urgence (2/10.000/jour). Les TBM de Basankusu et Kilwa sont comparables aux taux de mortalité présentés par IRC pour l'est du pays en mai 2001<sup>6</sup>. Les deux zones sont proches du front.

Comment expliquer les différences de taux entre Basankusu et Kilwa? D'une part, les indicateurs sanitaires ont été, par le passé, toujours plus préoccupants en Equateur qu'au Katanga<sup>7</sup>. D'autre part, la zone de santé de Basankusu est géographiquement plus proche du front que celle de Kilwa (la zone de Kilwa est séparée du front par la zone de santé de Pweto et est plutôt une zone de repli pour les militaires et la population civile).

Le TBM de la zone de santé de Lisala (0.8/10.000/jour), zone relativement épargnée par la guerre mais ayant néanmoins connu des affrontements en 1999 entre les rebelles et l'armée régulière, est légèrement plus élevé que dans une population stable (environ 0.5/10.000/jour), sans toutefois atteindre la phase d'urgence. La zone de Kimpangu, dont la partie sud-est a subi des incursions de la part des rebelles de l'Unita (Angola), a un taux comparable (0.6/10000/jour) à celui d'une zone considérée comme stable. Dans la zone de santé d'Inongo, qui se situe dans la seule province de la RDC à n'avoir pas été directement touchée par la guerre actuelle, le TBM est comparable à celui d'une population stable.

### **2) La guerre a particulièrement touché les enfants**

Les taux de mortalité des enfants en dessous de cinq ans dans les deux zones proches du front sont supérieurs à 2 décès/10.000/jour (seuil d'alerte). Pour Basankusu, le taux de mortalité des moins de cinq ans est trois fois plus important (6.6/10.000/jour) que cette limite généralement admise (2/10.000/jour) et dépasse largement le seuil au-delà duquel la situation est déclarée d'urgence (4/10.000/jour). En différenciant les zones rurales de la zone urbaine (ville de Basankusu), ce taux monte jusqu'à 7.3/10.000/jour en zone rurale contre 3.2/10.000/jour en zone urbaine. Pour Kilwa, le taux est inquiétant (3.2/10.000/jour). Encore une fois, ces taux sont comparables à ceux présentés par IRC<sup>8</sup>. Les taux de mortalité des moins de cinq ans pour les autres zones étudiées par MSF et situées en dehors des zones de conflit sont tous inférieurs ou égaux au seuil d'alerte.

---

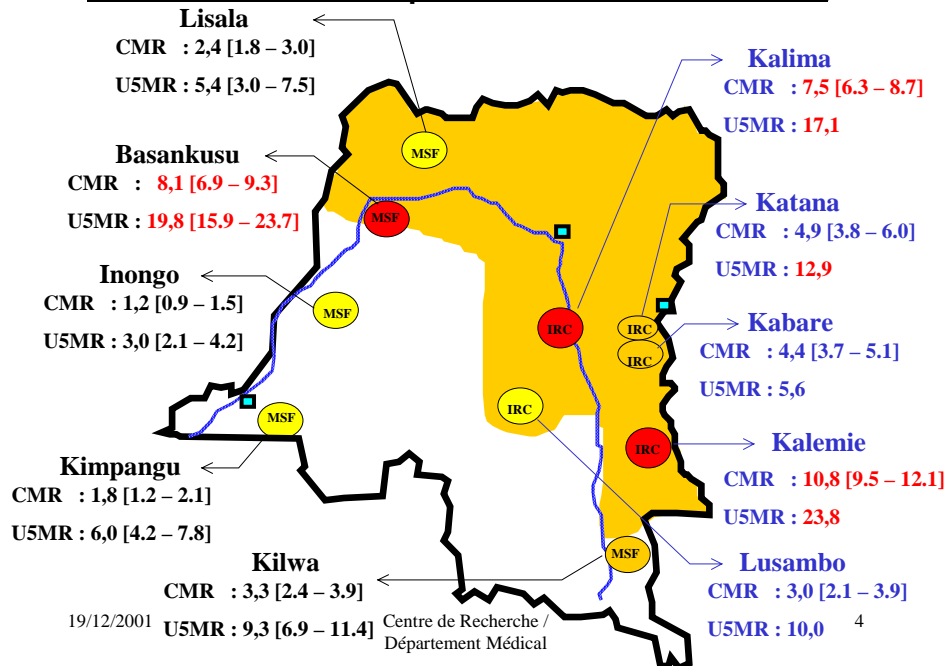
<sup>6</sup> Les taux présentés par IRC étaient exprimés en 1000 décès par mois. Après conversion, les TBM pour Basankusu et Kilwa sont respectivement de 8.1/1000/mois et de 3.3/1000/mois. Les TBM présentés par IRC pour les six zones de santé étudiées variaient entre 2.8 et 10.8/1000/mois.

<sup>7</sup> Par exemple, en 1998, le taux de mortalité infantile (% d'enfants décédés à la fin de la première année) pour la province de l'Equateur était de 208/1000 alors qu'il était de 69/1000 au Katanga (source: République Démocratique du Congo, ministère de la santé publique).

<sup>8</sup> Les taux de mortalité pour les moins de cinq ans pour Basankusu et Lisala sont respectivement de 19.8 et 9.3/1000/jour. Les taux des moins de cinq ans indiqués dans les six enquêtes individuelles de IRC varient entre 5.6 et 23.8/1000/jour.



## Mortalité rétrospective en 1 000 / Mois



### 3) La guerre a provoqué une augmentation des maladies infectieuses et de la malnutrition

Si les taux de mortalité des zones touchées par le conflit sont plus élevés que ceux des autres zones étudiées, les décès ne sont pas en majorité attribués à la violence (4.1% pour Basankusu et 0.6% pour Kilwa) mais à la malnutrition, au paludisme, aux infections respiratoires et aux maladies diarrhéiques. La guerre a probablement augmenté la létalité par maladies infectieuses par une diminution de la résistance de la personne infectée (problèmes de nourriture, de logement) et par le manque de soins disponibles (destruction, pillage, insécurité). Nous pensons que la moindre proportion de la violence en tant que cause de mort directe indique que, depuis plus de six mois, le cessez-le-feu est relativement bien respecté sur la ligne de front de ces zones de conflit. Ces résultats sont sensiblement différents de ceux présentés par IRC pour l'est du pays, où, malgré l'absence de front sur les lieux d'enquête, la violence physique reste une cause de mortalité assez importante (le pourcentage de morts attribués à la violence se situe entre 0 et 23%).

### 4) Pas d'accès aux soins de santé pour une partie importante de la population

#### Accès au soins

Dans les deux zones proches du front, environ trois à quatre malades sur dix n'ont pas consulté quelqu'un d'extérieur à la famille (infirmier, médecin, tradipraticien, pharmacien, secouriste), essentiellement pour des raisons financières (consultation et médicaments trop chers pour environ les trois-quarts d'entre eux). Par ailleurs, 24 à 49% n'obtiennent pas les médicaments ou doivent se contenter d'un traitement incomplet, essentiellement par manque de moyens (pour plus de 80% d'entre eux). Sans pouvoir chiffrer le taux de pauvreté, les enquêteurs ont observé une pauvreté préoccupante dans la zone de Kilwa (habits en loques, absence d'ustensiles de cuisine, absence de réserves de nourriture) et une pauvreté extrême à Basankusu avec une quasi-démonétisation dans la

zone rurale (pas de billets de banque pour la plupart des ménages, même en petites coupures; enfants, et parfois même adultes, complètement nus; pas de sel; problèmes de malnutrition, ...). L'absence d'argent et le manque de réserves alimentaires dans les endroits proches de la ligne de front sont notamment liés à la difficulté des paysans de produire et/ou de protéger leur récolte en raison de la présence des militaires. Si les violences physiques ont diminué, le cessez-le-feu n'implique pas le retrait des troupes qui, sans logistique, se nourrissent sur la population.

Ces résultats sur l'accès aux soins sont comparables à ceux tirés de l'étude OCHA sur les tendances, niveaux et causes à la base de la mortalité à Kinshasa, effectuée en juin 2001<sup>9</sup>. L'étude montrait qu'un tiers des ménages à Kinshasa s'adressent à une formation médicale en cas de maladie, qu'environ deux ménages sur dix n'ont en aucune manière accès aux soins de santé par manque d'argent et qu'environ 3 ménages sur dix se contentent de la cure incomplète de la prescription médicale par manque de moyens.

#### *Accès aux médicaments*

Dans la zone de santé d'Inongo, qui est la seule zone étudiée par l'équipe MSF à ne pas être appuyée par un intervenant extérieur en matière de soins de santé primaires, l'accès aux soins de santé n'est pas meilleur que dans les zones proches du front, mais les raisons expliquant cet état de fait sont différentes. Le taux des malades qui n'ont pas consulté une formation médicale au sens large est un peu inférieur (22.2%) à ceux déclarés pour les deux zones proches du front (36.4 et 28.2%) mais le taux des foyers qui n'ont pas obtenu de médicaments ou n'ont pas reçu l'entièreté de la prescription médicale est comparable (32.9% pour 49.5 et 24.5%). Par contre, si l'absence de moyens financiers reste la raison principale de cet état de fait (60.7%), plus de la moitié des foyers ont déclaré que les médicaments prescrits n'étaient pas disponibles, alors que cette raison est beaucoup moins invoquée dans les deux zones proches du front mais appuyées par un intervenant extérieur (de 5 à 30%). Cette différence peut s'expliquer facilement: dans les zones appuyées par MSF ou un autre intervenant extérieur, les médicaments essentiels sont fournis gratuitement aux centres de santé appuyés<sup>10</sup>. Dans la province du Bandundu, s'il existe un important dépôt pharmaceutique diocésain à Kikwit qui dessert les structures environnantes, la zone d'Inongo est géographiquement trop éloignée et difficile d'accès pour s'approvisionner en médicaments essentiels. Clairement, la guerre n'est donc pas la seule raison qui explique les problèmes d'accès aux soins de santé rencontrés par la population congolaise.

Il est à noter que même dans les zones appuyées par un intervenant extérieur, l'accès aux médicaments reste un problème en zone rurale. A Basankusu, en zone rurale, 52% des malades non consultants déclarent ne pas se rendre à la consultation car ils savent qu'ils ne trouveront pas les médicaments prescrits et 34.7% des malades consultants ont déclaré que les médicaments prescrits n'étaient pas disponibles (en zone urbaine, ces taux ne s'élèvent qu'à respectivement 7.9 et 8.1%). Même phénomène à Kilwa, mais dans une proportion moindre (aucun malade non consultant urbain n'a déclaré qu'il ne se rendait pas à la consultation faute de médicaments disponibles contre 9% en zone rurale). Sur le terrain, plusieurs explications à ce problème ont été avancées: aires de santé non appuyées et éloignées de celles qui le sont, problèmes de transport de la part du personnel médical

---

<sup>9</sup> Bureau de Coordination des Affaires Humanitaires des Nations Unies (OCHA), Bureau de Kinshasa, République Démocratique du Congo, *Etude sur les tendances, niveaux et causes à la base de la mortalité à Kinshasa*, Document de synthèse, Kinshasa, juin 2001.

<sup>10</sup> Tous les centres de santé d'une zone ne sont pas appuyés par MSF.

pour s'approvisionner au bureau central de la zone, vols des médicaments plus importants en zone rurale par les militaires, accusations de détournement de médicaments par du personnel médical de la part de la population dans certaines aires de santé.

#### *Problèmes de distance ou de transport*

A Basankusu, les distances à parcourir pour se rendre dans une structure de santé reste un problème en milieu rural: 48% des malades non consultants déclarent ne pas se rendre à une consultation en raison de problèmes de distance ou de transport contre 2.6% en zone urbaine. Même phénomène à Kilwa mais toujours dans des proportions moindres: en zone rurale, 19.2% des malades non consultants déclarent ne pas se rendre à une consultation en raison de problèmes de distance ou de transport contre 9.9% en milieu urbain. L'immensité des territoires, le mauvais état des infrastructures routières (plusieurs ponts détruits) et le racket organisé par les militaires envers les habitants qui naviguent sur le fleuve en pirogue expliquent cet état de fait. A Inongo, seulement 3% des malades non consultants ont déclaré qu'ils avaient des problèmes de distance et de transport pour se rendre au centre de santé ou à l'hôpital. Or, sur le terrain, ce problème de transport nous avait frappés. Tout patient cherchant à se soigner doit se déplacer soit à pied, à vélo ou en pirogue. Les distances sont mesurées en jours et non en heures ou en kilomètres. Cette non-déclaration du problème de transport de la part des malades est peut-être due à leur résignation par rapport à ce phénomène structurel.

#### *Fréquentation des structures de santé*

Dans toutes les zones étudiées, le centre de santé public ou religieux est le premier à être consulté par les malades (de 41.6% à 61.6%). Par contre, les différences de fréquentation de l'hôpital d'une zone de santé à une autre sont assez importantes (de 2.5% pour Kimpangu à 35.2% pour Basankusu). Ce très faible taux de fréquentation de l'hôpital à Kimpangu s'explique aisément: l'hôpital de Kimpangu a été détruit en 1999 lors d'une incursion de l'Unita. Les patients nécessitant une hospitalisation sont obligés de se rendre à l'hôpital privé de la zone voisine, qui est assez cher. Lors de notre enquête, des familles nous ont expliqué que des proches, des voisins, sont décédés sur le chemin de cet hôpital.

A Basankusu, en zone urbaine, nous constatons que l'hôpital devient la première structure consultée (le taux de fréquentation de l'hôpital est de 89% alors que celui des centres de santé n'est que de 3.4%) et la première structure à distribuer les médicaments (86.5% des médicaments sont achetés à l'hôpital contre 7.1% dans les centres de santé). Cette situation est assez préoccupante dans le sens où elle pervertit le rôle de l'hôpital, qui doit rester la référence pour toute la zone en cas d'hospitalisation des cas plus compliqués. Ce phénomène n'apparaît pas dans les autres zones.

Les taux de fréquentation d'une structure privée sont comparables pour trois zones (de 10.8% à 16.5% pour Inongo, Basankusu et Lisala) mais sont beaucoup plus élevés pour Kilwa et Kimpangu. A Kilwa, l'explication de ce phénomène est inquiétante: un grand nombre de malades se font soigner par des secouristes. Or, si ces personnes ont reçu une formation se limitant aux premiers soins en cas d'urgence, elles ne sont en aucun cas habilitées à soigner des malades tout venant. Ce pullulement des secouristes apprentis infirmiers est un indicateur du problème d'accès ou du fonctionnement des soins de santé primaires dans cette zone. Cette pratique a également été constatée à Lisala, mais dans une moindre mesure. A Kimpangu, le réseau privé est plus développé que dans les autres zones de santé.

### *Couverture vaccinale*

Grâce à la campagne de vaccination de masse de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), une très grande majorité des enfants, tout au moins sur déclaration des mères (de 96.0% à 99.3%) a reçu au moins la deuxième dose de la vaccination polio<sup>11</sup>. La couverture vaccinale contre la rougeole, même avec déclaration orale des mères, est mauvaise, aussi bien en Equateur et au Katanga (31.5% et 45.0% pour Lisala et Kilwa) que dans la zone non appuyée d'Inongo (23.2%). Ce faible taux de couverture vaccinale s'explique par des raisons diverses: manque de moyens financiers de la part des ménages pour payer les cartes de vaccination, mauvaise gestion du bureau central de la zone et de certains centres de santé, stratégie de vaccination à partir de bases fixes uniquement, problèmes d'approvisionnement des centres de santé en vaccins, problématique de la chaîne de froid (centres de santé éloignés, frigos hors d'usage) ... Nous ne disposons pas du taux de vaccination pour Basankusu, mais étant donné que le vaccin contre la tuberculose est généralement effectué, comme celui de la rougeole, lors du PEV (Programme Elargi de Vaccination) de routine, et que l'on observe généralement une perte de contact entre le BCG (à la naissance) et le vaccin anti-rougeole (à partir de 9 mois), nous pouvons craindre un taux de vaccination contre la rougeole très inférieur à celui du BCG (54.6% pour le BCG). Notons le taux de vaccination rougeole beaucoup plus élevé à Kimpangu (70.5%, dont 29.2% avec carnet). Les conditions socio-économiques moins néfastes dans cette zone et le dynamisme du médecin chef de zone par rapport au PEV de routine expliquent ces résultats encourageants. De manière générale, le faible taux de vaccination avec carte, exception faite pour Kimpangu, s'explique par le fait que ces cartes sont payantes et illustrent une fois de plus les problèmes d'accès financier aux soins de santé.

### **5) Des violences importantes ont été commises des deux côtés du front**

Il existe une gradation dans la violence. La violence est continue à Basankusu et à Kilwa, sporadique à Kimpangu et inexistante à Inongo.

Des deux côtés du front (Basankusu et Kilwa), pour les familles ayant subi des violences, les pillages atteignent des taux vertigineux pour l'année 2000 dans les deux zones (77% pour chacune des zones) et restent importants en 2001 (45.1% et 17.2%). Les taux de destruction totale ou partielle des maisons ou des champs, par incendies, bombardements ou autres, sont beaucoup plus importants à Basankusu qu'à Kilwa. Cette différence peut s'expliquer, d'une part, par le fait que la zone de Basankusu est une base militaire et logistique et d'autre part, par le fait qu'elle a été bombardée en 1999 tandis que Kilwa est plus éloignée du front (zone de repli).

Concernant les violences physiques, le même constat s'impose: les coups et blessures, les arrestations et détentions arbitraires, les tortures et les sévices sexuels accusent des taux plus élevés à Basankusu qu'à Kilwa. Les mêmes explications que celles évoquées plus haut peuvent être avancées: toute la zone de Basankusu a été le théâtre d'affrontements entre les forces rebelles et l'armée gouvernementale à un moment donné ou l'autre de la guerre, suivant le déplacement du

---

<sup>11</sup> Trois doses sont indispensables pour être couvert contre la polio. Dans quatre des zones étudiées, ces trois rappels avaient été effectués. Par contre, à Basankusu, le troisième rappel n'avait pas encore été effectué suite à des problèmes logistiques mais était prévu dans les semaines à venir. Le faible taux de réponses avec carte s'explique par le fait que, lors de la campagne de vaccination en masse soutenue par l'OMS, seuls des jetons sont distribués aux mères et ne sont souvent pas gardés.

front. Tandis que la zone de Kilwa n'a pas été un lieu d'affrontements, mais plutôt de replis, aussi bien pour les militaires de l'armée gouvernementale en débandade que pour la population civile fuyant ou obligée de fuir l'avancée des rebelles vers Pweto en décembre 2000.

La proportion des foyers interrogés obligés de se déplacer au cours de la guerre est également plus importante à Basankusu et à Lisala qu'à Kilwa. A l'occasion des entretiens avec les familles, les enquêteurs avaient reçu comme instruction de ne pas simplement remplir le questionnaire, mais également de laisser parler la population et de consigner leurs propos, surtout dans les cas où les familles étaient particulièrement traumatisées par les violences subies. Sans pouvoir le chiffrer, les enquêteurs ont recueilli un nombre important de témoignages de violences ou de fuites en raison de l'insécurité. Nombreux sont les témoignages exprimant des traumatismes psychologiques suite aux violences subies. Ces témoignages seront édités dans un autre document.

Des violences ont également été commises à Kimpangu, mais dans une proportion moindre (12.6% des foyers). Ces violences sont soit liées au repli des rebelles en août 1998 lors de leur tentative d'ouvrir un front à l'Ouest, soit liées aux incursions fréquentes des rebelles de l'Unita (Angola) dans cette région frontalière.

## **6) Les violences de guerre et l'augmentation des décès sont liés**

Dans les zones proches du front, les foyers qui ont subi des violences ont connu plus de décès durant les six derniers mois. Pourtant, depuis ces six derniers mois, la violence a fortement baissé dans ces régions. Il y a donc un effet rémanent de la violence à l'arrêt de celle-ci. Comme nous l'avons vu dans les résultats de l'enquête, la cause directe de la quasi-totalité de ces décès n'est pas due à la violence, mais à l'augmentation des maladies infectieuses et de la malnutrition. La violence engendre la fuite mais paralyse les transports. La violence provoque une rareté des produits et des services mais une augmentation des vols, des destructions des biens des familles civiles. La violence engendre l'affaiblissement des défenses humaines mais renforce la résistance des agents infectieux par l'utilisation de faux médicaments et de traitement incomplet. Et si la violence s'arrête, ses conséquences se prolongent dans le temps.

## VI. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

### Gravité extrême de la situation

L'enquête démontre que la crise se poursuit de manière aiguë au Congo. Le degré de cette crise s'est intensifié dans certains domaines de la vie sociale et économique, amenant la population à un point de rupture complet, en particulier sur le front. Pendant les années de guerre, la population s'est retrouvée davantage fragilisée et, dans certaines régions, la population sombre dans le dénuement le plus total, où l'absence de monnaie et le manque de vêtements illustre son isolation et son abandon. L'inaccessibilité de ces populations provoque une « exclusion d'humanité » vis-à-vis du monde extérieur. Il est important de se rendre compte que toutes ces victimes meurent en silence, loin de l'attention du monde. Leur souffrance n'en est pas amoindrie pour cela. Pendant l'enquête, de nombreuses personnes interviewées ont insisté pour que nous agissions comme leur porte-parole.

L'enquête IRC avait attiré l'attention sur le problème de la sur-mortalité due au conflit dans les zones de l'Est. L'enquête MSF montre la même situation en Equateur. Dans les zones proches du front, la mortalité dépasse largement les seuils d'alerte, appelant à une intervention spécifique.

Les résultats de notre enquête démontrent que d'autres régions sont également fortement touchées. La mort touche particulièrement les enfants de moins de cinq ans. Bien qu'en relation avec la violence, l'augmentation de la mortalité est surtout liée à la recrudescence des maladies infectieuses. Si la majorité des populations ne sont pas mortes par violence physique, l'effet indirect de la violence n'est pas moins dévastateur. La violence subie détruit les mécanismes de survie et rend les familles plus vulnérables aux maladies.

Dans les autres zones, la surmortalité marquée ne s'y révèle pas mais ces zones sont sur le « fil du rasoir ».

**Etant donné la gravité extrême de la situation et à l'immensité du pays, MSF demande que les fonds octroyés de manière générale à l'action humanitaire en RDC soient considérablement augmentés par rapport à l'aide actuellement consentie.**

### Il existe des degrés dans la souffrance des populations

Le Congo n'est pas homogène. Comme nous l'avons vu dans l'enquête, si la condition des populations est catastrophique, le degré de délabrement de la situation socio-économique et sanitaire varie beaucoup d'une zone de santé à l'autre. Dans les zones sur le front et à l'est du Congo, les indicateurs de mortalité sont alarmants, dans les autres régions, ils sont préoccupants. Or, beaucoup de zones, même celles moins touchées par les conflits, ne reçoivent plus d'aide extérieure depuis de nombreuses années.

Actuellement, un peu plus de 55% des zones de santé en RDC se retrouvent sans l'appui d'un partenaire extérieur. Or, avec l'exemple de la zone de santé d'Inongo (Bandundu), nous avons pu voir à quel point l'appui de l'Etat est déficient et non compensé par le privé. Soit les centres de santé n'ont pas de médicaments, soit la population n'a pas les moyens de les payer. Par ailleurs, les

différentes organisations humanitaires et non gouvernementales sont toutes concentrées dans les endroits les plus accessibles du pays: autour de Kinshasa, Lubumbashi, Goma, Kisangani. Les projets dans le centre du pays sont rares (Bandundu, Equateur, Kasai, ...).

Pour toutes ces raisons, **MSF demande aux partenaires extérieurs un renforcement sur les zones à problèmes et davantage de souplesse et de flexibilité dans l'approche et le financement des projets d'aide.** S'il est parfois utile de catégoriser des situations (entre urgence, réhabilitation et développement), n'oublions pas que notre objectif premier est de sauver des vies. Certaines zones de santé au Congo n'obéissent pas aux critères d'octroi de l'aide ou se situent entre deux catégories définies par les bailleurs de fonds. Souplesse, flexibilité et rapidité de l'intervention doivent nous guider dans chaque étape de notre travail. Les dogmes et les lignes budgétaires trop étroites deviennent vite un carcan. C'est pourquoi MSF demande une aide de base pour tous les Congolais, avec un appui spécifique pour les zones particulièrement touchées par le conflit.

Par ailleurs, pour mettre en œuvre l'ensemble des projets avec le maximum de partenaires, nous pensons qu'une concertation régulière sur les politiques des différents bailleurs de fonds, du gouvernement congolais, des agences humanitaires et des organisations non gouvernementales est l'élément essentiel. La plate-forme de dialogue initiée en juillet à Genève et fin septembre à Nairobi est un premier pas dans cette voie. **MSF demande que ce type de plate-forme soit systématisé et s'organise régulièrement entre les partenaires.**

## **Guerre et violences influent sur la santé des populations**

### *Violences*

A l'est du Congo, IRC démontre clairement que les violences physiques n'ont pas cessé et restent très préoccupantes. Ailleurs, l'enquête MSF montre que si les violences physiques ont diminué, les violences matérielles (pillages, destructions des champs et dans les maisons) restent très importantes. Sur le front, les paysans éprouvent des difficultés à produire et/ou à protéger leurs récoltes en raison de la présence des militaires. Le cessez-le-feu n'implique pas le retrait des troupes, qui sans logistique d'appui se nourrissent sur le dos des populations.

Le processus de paix est long, parsemé d'embûches et difficilement compréhensible pour les populations. Si, sur le terrain diplomatique, l'espoir est permis, pour les populations, aucun changement concret n'est venu améliorer leur quotidien.

Malgré la présence des troupes onusiennes, dont le mandat se limite à la protection du personnel de l'ONU, les pillages et les destructions des champs et des maisons, les vols et les racketts des populations continuent. Nous répétons que la sécurisation des populations est indispensable pour assurer leur survie. Par ailleurs, la taxation excessive des agences humanitaires exercées par toutes les parties en présence sur le sol congolais réduit encore le volume de l'aide qui va directement aux populations.

Personne ne sait quand le processus de paix se terminera. S'il est important que la communauté internationale soutienne ce processus, il est tout aussi capital qu'elle soutienne sans condition les populations. Dans aucun cas les populations ne doivent être prises en otage du processus de

négociation. L'aide nécessaire aux besoins minimaux des populations doit se faire, quel que soit l'avancement du processus de paix et de démocratisation du pays.

**Un arrêt de la violence au Congo est la condition première d'une relance de la situation socio-économique et du secteur de la santé.** Le message que la population nous a demandé de relayer était unanime : « Nous voulons la paix avant tout ».

#### *Restaurer la dignité*

Dans certains endroits proches de la ligne de front, comme en Equateur, des populations restent dans la forêt faute de vêtements ou sont cloîtrées chez elles et refusent de sortir pour se rendre au centre de santé. Beaucoup de familles manquent également de matériels de base et d'outils agricoles. **Une attention particulière devrait être accordée à la distribution de kits sociaux (vêtements, savon, ustensiles de cuisine) et agraires (outils, semences) là où les besoins sont les plus importants.**

#### *Restaurer et sécuriser les principaux axes de communication*

La fermeture du fleuve et la destruction des infrastructures routières (ponts et routes) a complètement détruit le tissu économique. Le fleuve, depuis l'arrivée des troupes de la MONUC a été symboliquement réouvert mais ceci n'a pas été suivi par une reprise du transport fluvial comme espéré. Même sur des trajets limités, le racket des populations par les militaires continue. **La réouverture effective du fleuve, la sécurisation des axes fluviaux et routiers, un meilleur contrôle des troupes et la réfection de certaines routes et ponts sont cruciaux pour la reprise de la vie économique.**

## **L'offre médicale influe sur la santé des populations**

### *1. Crise de base*

#### *Accès financier*

En 1990, l'aide de la Belgique, suivie ensuite par celle d'autres pays, est suspendue. Des tentatives de maintien d'un certain niveau de fonctionnalité ont été expérimentées par MSF et d'autres ONG, financées par la coopération indirecte et basées sur l'autofinancement et le recouvrement des coûts partiels dans les zones de santé. Il ressort de l'expérience MSF et de l'enquête menée auprès des populations que le système de recouvrement de coûts est contre productif dans l'état actuel des choses pour un accès réel de la population aux soins. La situation socio-économique et monétaire du pays ne le permet pas. **Tout système de participation financière de la population doit veiller aux conditions suivantes:**

- **des prix réellement abordables pour 90 à 95% des populations ;**
- **un système de soins de santé gratuit pour les indigents qui fonctionne** et qui n'est pas destiné uniquement aux militaires et aux fonctionnaires de l'Etat. Quand un tel système doit financer le nonaccès de plus de 10% des patients, il serait mieux de l'abandonner et de le remplacer par une tarification plus accessible ;
- **des formations et des supervisions régulières et adaptées,** aussi bien dans les domaines médicaux que de gestion ;
- Le non-paiement des salaires du personnel de santé par l'Etat doit être adressé et résolu.



*Une augmentation considérable des fonds en faveur de la santé*

Vu l'immensité des besoins, **le secteur de la santé nécessite une augmentation considérable de l'input financier, aussi bien de la part des bailleurs de fond que de la part de l'état congolais.**

*Maladies infectieuses*

Dans trois des cinq zones étudiées, la cause première de mortalité reste la malaria. Diverses études dans la région ont montré que le traitement actuel le plus répandu (chloroquine) est inefficace. **MSF demande** que d'autres études soient mises en place d'urgence et **que le protocole de traitement de la malaria soit modifié** en cas de confirmation des résultats. Par ailleurs, **une attention particulière doit être accordée aux traitements du Sida et des MST (avec une attention particulière pour les zones proches du front), de la tuberculose et de la trypanosomiase.**

*Penser des stratégies alternatives*

Le système de santé actuel, même si une fonctionnalité minimale est maintenue grâce à un apport extérieur, n'est pas adapté pour répondre aux problèmes de santé. Il faut passer à d'autres stratégies, plus efficaces pour faire face à la situation catastrophique des soins de santé. **Devant le risque d'épidémie, la vaccination systématique contre la rougeole est une priorité.** Par ailleurs, la population est tellement appauvrie qu'on ne peut pas compter uniquement sur une démarche active du patient vers la structure de santé. **Le staff médical doit aller vers le patient,** dans le but de restaurer une plus forte visibilité du personnel de la santé (avec, par exemple, la mise en place d'équipes mobiles).

*Préparation de la phase de stabilisation*

La phase de stabilisation, de reconstruction et de réhabilitation ne pourra être mise en œuvre que lorsque une certaine stabilité sera revenue. Il convient cependant de préparer dès à présent cette deuxième phase, qui pourrait chevaucher la première.

## **2. Crise aigue**

*Des soins de santé gratuits dans les zones particulièrement touchées par le conflit*

Dans les zones où le taux de mortalité est supérieur à 1/10000/jour, MSF recommande la gratuité des soins pour tous. En effet, dans ces zones extrêmement pauvres ou même démonétisées, tenter d'assurer des soins de santé pour tous avec un système de recouvrement des coûts (système où la population participe aux coûts des soins de santé, à côté de l'Etat congolais et des partenaires extérieurs) est illusoire. Une tarification, même minime, constitue un obstacle réel à l'accès aux soins.

Dans son plan global 2002, l'Union européenne, à travers ECHO, propose la gratuité des soins dans la phase d'urgence et un système de recouvrement des coûts partiels dans une deuxième phase, avant la phase de réhabilitation proprement dite. Selon notre expérience et l'enquête, la passation à la deuxième phase devrait se faire uniquement après une nette amélioration de la situation économique, constatée de manière objective (enquête).

**MSF demande la gratuité des soins dans ces zones de santé, et ce jusqu'à la reprise de l'activité économique.**