

La carte sanitaire de la ville de Lubumbashi, République Démocratique du Congo Partie I : problématique de la couverture sanitaire en milieu urbain congolais

Mukalenge Chenge¹, Jean Van der Vennet², Denis Porignon^{3,4},
Numbi Luboya¹, Ilunga Kabyla¹ et Bart Criel²

Résumé : Cet article fait l'inventaire physique de toutes les structures de soins existantes dans la ville de Lubumbashi en 2006, étudie l'évolution de leur apparition dans le temps, détermine leur répartition géographique et identifie les différents prestataires institutionnels et opérationnels qui y travaillent. Une enquête de terrain a permis de collecter des informations se rapportant à ces objectifs pour l'année 2006. Les résultats révèlent une augmentation annuelle du nombre des structures de soins et leur concentration vers le centre-ville ; une grande diversité institutionnelle des prestataires (Etat, confessions religieuses, ONG locales, entreprises paraétatiques et privés indépendants) ; une évolution exponentielle du nombre de structures de première ligne et une croissance de la pratique médicalisée dans ces structures ; une marginalisation de l'Etat comme prestataire de première ligne (moins de 10% de l'offre) mais qui reste néanmoins prestataire majoritaire dans l'offre de soins hospitaliers (51% de lits d'hospitalisation). Ces résultats plaident pour une évolution dans les rôles de l'Etat : celui-ci devrait se concentrer en priorité sur l'offre de soins hospitaliers, ensuite sur son rôle de démonstration des bonnes pratiques en première ligne et enfin sur la régulation de l'offre privée de soins de première ligne. (*Global Health Promotion*, 2010; 17(3): pp. 63–74)

Mots clés : République Démocratique du Congo, Lubumbashi, Services de santé urbains, Prestataires de soins, Plan de couverture

Introduction

La République Démocratique du Congo (RD Congo) connaît depuis 1990 des crises politiques et des guerres. Celles-ci ont plongé sa population dans un état d'extrême pauvreté : 59.2% de la population vit avec moins d'un dollar par jour (1). Elles ont également contribué à la destruction de l'essentiel de son système de santé. Après l'organisation en 2006 des élections présidentielles et législatives, une relative

stabilité est observée sur le plan politique. Malgré la persistance de foyers d'insécurité à l'Est, le pays amorce sa reconstruction.

Conscient que les efforts de réhabilitation d'un système de santé après une longue période de conflit sont souvent caractérisés par une faible coordination des acteurs extérieurs – agences multilatérales, bailleurs de fonds et organisations non-gouvernementales (2), le Ministère de la santé de la RD Congo entend reprendre le *leadership* de la

1. Correspondance à : Mukalenge Chenge École de Santé Publique de l'Université de Lubumbashi, RD Congo. (chengefaust@yahoo.fr)
2. Département de Santé Publique de l'Institut de Médecine Tropicale Prince Léopold, Belgique.
3. Ecole de Santé Publique de l'Université Libre de Bruxelles, Belgique.
4. Department for Health System Governance and Service Delivery, WHO, Genève, Suisse.

(Cet article a été soumis le 1 août 2009. Après évaluation par des pairs, il a été accepté pour publication le 31 janvier 2010).

Global Health Promotion 1757-9759; Vol 17(3): 63–74; 375173 Copyright © The Author(s) 2010, Reprints and permissions: <http://www.sagepub.com.uk/journalsPermissions.nav> DOI: 10.1177/1757975910375173 <http://ghp.sagepub.com>

reconstruction de son système de santé. Tout en réaffirmant les soins de santé primaires et la zone de santé respectivement comme stratégie de base et unité opérationnelle de la politique nationale de santé, il a élaboré en juin 2006 la « Stratégie de Renforcement du Système de Santé (SRSS) » dont l'un des axes principaux est le développement / la revitalisation des zones de santé et la correction des distorsions faites à ce niveau (3,4). Le pays a une réputation historique en matière de développement des zones des santé, notamment avec le succès relatif au cours des années 70 des expériences en médecine communautaire en zones rurales (Bwamanda, Kasongo, Kisantu et Vanga) qui ont été très déterminantes et ont significativement influencé sa politique de santé et celle de nombreux autres pays africains depuis les années 80 (3,5); et ceci, contrairement à l'idée que le développement sanitaire ou la révolution des systèmes de soins passe le plus souvent par les villes (6). A notre connaissance, aucune expérience de ce genre n'a été réalisée et documentée en milieu urbain congolais. On pourrait être tenté de mentionner le projet de réhabilitation des services de santé communautaire des zones de santé de la région de Kinshasa (7). Mais, le fait que ce projet n'ait concerné que 3 zones de santé de la partie rurale de Kinshasa ne peut ni donner une vision globale de l'offre de soins, ni poser avec pertinence la problématique de l'organisation de ceux-ci dans cette ville. Donc, bien que la santé dans les villes soit un thème d'actualité en santé publique, l'organisation des systèmes et des services de santé en milieu urbain est insuffisamment documentée comme étant un sujet particulier (8–10), tant l'idée d'une meilleure couverture sanitaire en ville demeure fortement ancrée dans les esprits (11). On se contente très souvent d'appliquer à la ville des expériences réalisées en zones rurales sans s'adapter au contexte différent (8). Ceci nous semble être l'une des plus importantes distorsions à corriger dans le cadre de la mise en œuvre de la SRSS.

La ville de Lubumbashi est un cas d'espèce dans cette nouvelle dynamique. Elle est soumise à une urbanisation galopante. Et comme dans bien d'autres villes des pays en développement, l'urbanisation peut être un formidable moyen d'organiser les soins (12). C'est pourquoi nous avons voulu contribuer à ce long processus de réorganisation du système de santé de Lubumbashi en dressant sa carte sanitaire. Il s'agit de faire un état des lieux, base de la réflexion sur

l'élaboration d'une stratégie d'amélioration, des services de santé dans la ville. Car, comme cela a été démontré dans certaines études antérieures réalisées ailleurs (13–15), la carte sanitaire est un outil de négociation au service de la planification d'une offre de services rationnelle.

Cette première partie de la carte sanitaire inventorie les structures de soins existantes pour disposer d'une image statique (répartition géographique des structures), étudie l'évolution de leur apparition dans le temps et identifie les différents prestataires institutionnels et opérationnels qui y travaillent.

Contexte

La ville de Lubumbashi sise au Sud-Est de la province du Katanga en est le chef-lieu (voir Figure 1). Sa superficie de 747 km², dont 140 km² urbanisés, et sa population estimée en fin 2006 à 1 500 000 habitants dont environ 1 400 000 habitent dans la partie urbanisée (soit une densité de 10 000 habitants/km²)ⁱ, en font la deuxième ville de la RD Congo, après Kinshasa, la capitale. Avec les multiples mouvements de populations occasionnés par les conflits armés sus-évoqués, la proportion de la population vivant en milieu urbain en RD Congo atteint 40 à 45% (16).

Le système sanitaire de la RD Congo est composé de trois niveaux : central, intermédiaire et périphérique. Le niveau périphérique ou opérationnel est la zone de santé. La ville de Lubumbashi compte 9 zones de santé, géographiques et 2 zones de santé spécialesⁱⁱ. Les zones de santé sont subdivisées en aires de santé, au nombre de 106 pour la villeⁱⁱⁱ. Etant donné la présence de plus d'une structure de soins dans les aires de zones de santé de Lubumbashi, la notion de « structure responsable »^{iv} de l'aire n'existe pas. Théoriquement, chaque zone de santé est sensée avoir un réseau de centres de santé (première ligne de soins) autour d'un hôpital général de référence (hôpital de premier recours); ces deux niveaux opérationnels devant fonctionner de manière complémentaire comme un système intégré. Dans des zones de santé vastes, comme c'est souvent le cas en zones rurales en RD Congo, on admet la création de centres de santé de référence pour résoudre le problème d'accessibilité géographique, notamment en ce qui concerne la prise en charge de certaines urgences médico-chirurgicales (transfusions sanguines, césariennes...) dont le délai pour atteindre l'hôpital de référence peut être inévitablement préjudiciable pour le patient.

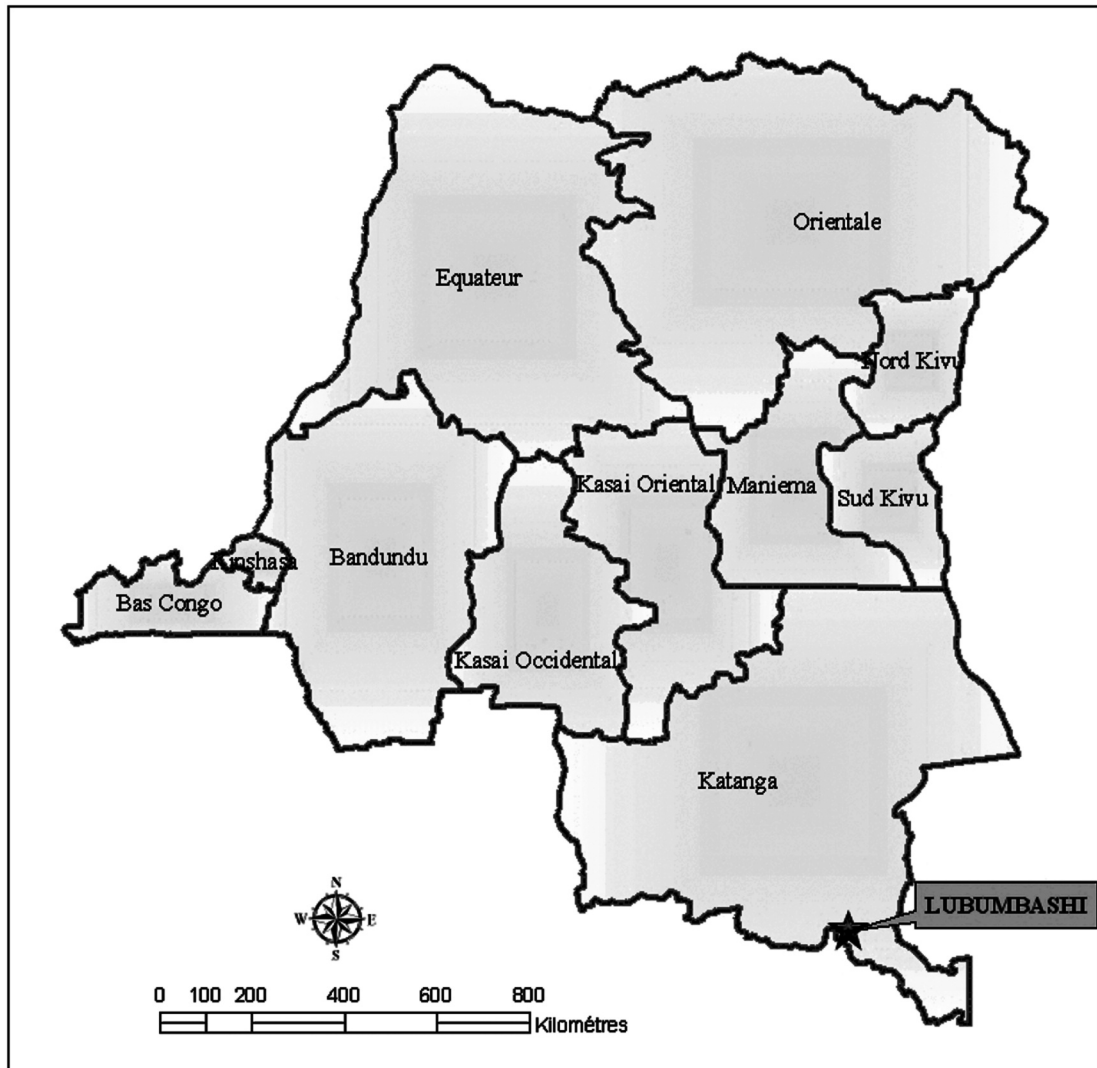


Figure 1. Carte de la République Démocratique du Congo situant la ville de Lubumbashi dans la province du Katanga

Méthodologie

L'identification et la localisation géographique des structures de soins existantes s'est faite en collaboration avec le laboratoire de pédologie, le système d'information géographique (GIS) et de cartographie numérique de la faculté des sciences agronomiques de l'université de Lubumbashi et des Bureaux Centraux des Zones de Santé (BCZS) de la ville de Lubumbashi.

Comme l'ont fait d'autres auteurs ailleurs (11,17) avant nous, nous avons procédé au cours du premier trimestre 2007 à l'identification physique de toutes les structures de soins existantes en 2006 dans chaque zone de santé, au relevé de leurs coordonnées géographiques (latitude/longitude) à l'aide d'un appareil GPS (*Global Positioning System*) et à la détermination du paquet d'activités qui y est réalisé (consultations curatives, accouchements, hospitalisation, chirurgie). Ces informations ont été

rapportées sur une fiche d'enquête qui reprenait aussi les données de base de chaque structure de soins (nom de la structure, appartenance institutionnelle, année d'ouverture) et des informations plus spécifiques telles que l'année d'intégration des consultations médicales, année d'ouverture de la salle d'opération...).

Par structure de soins, nous entendons toute formation sanitaire pourvue en personnel de santé qualifié (18) et identifiée comme dispensaire, centre de santé, cabinet ou centre médical, clinique, polyclinique ou hôpital par une inscription sur une pancarte ou sur le mur du bâtiment qui l'abrite. Bref, il s'agit des services de santé formels et basés sur une approche moderne ou occidentale des soins. Sont exclus de cette étude, tous les prestataires de soins clandestins ou informels (secouristes, médecins ou infirmiers qui font des consultations curatives et traitent à domicile en dehors des heures de travail officielles sans qu'il y ait une insigne sur leur domicile indiquant qu'une offre de soins y est disponible) ainsi que ceux relevant du secteur traditionnel (guérisseurs, herboristes, marabouts, féticheurs...).

L'utilisation du GPS et du GIS permet respectivement de localiser les structures avec une précision d'environ 50m, basée sur l'information satellitaire (19) et de digitaliser les données ainsi produites (17). Les logiciels utilisés sont « ArcGIS 9.x et ArcView 3.3 ». Par la suite et sous la supervision du premier auteur, le laboratoire de pédologie a finalisé la cartographie de toutes ces structures.

A partir des activités réalisées et du plateau technique disponible, nous avons proposé la classification opérationnelle suivante des structures de soins :

- *Structures de soins de première ligne* : tous les établissements sanitaires réalisant uniquement des soins ambulatoires et des accouchements par voie basse, qu'ils soient publics ou privés et quelle que soit leur dénomination (centre de santé, dispensaire...).
- *Structures de soins intermédiaires* : toutes les formations sanitaires pratiquant de la chirurgie générale majeure (césariennes, appendicectomies, cures de hernie ainsi que différentes laparotomies pour grossesse ectopique, myomes...) et des hospitalisations (sans organiser formellement les 4 services de base), mais dont la capacité d'accueil effective (≤ 50 lits) et/ou le plateau technique sont trop faibles pour être classés comme

des hôpitaux. Elles relèvent pour la plupart du secteur privé et leur appellation est variable : clinique, polyclinique, centre médical ... A priori, ce type de structures était considéré comme faisant partie de la première ligne. C'est au moment de déterminer le paquet d'activités qui y est réalisé que nous avons découvert qu'elles ne répondaient ni à la définition de structures de première ligne ni à celle des hôpitaux.

- *Hôpitaux* : tous les établissements de soins organisant au moins des services de chirurgie, pédiatrie, de médecine générale et de gynécologie-obstétrique et dont le nombre de lits effectifs dépasse 50 ; qu'ils aient ou non toute la gamme d'unités d'appui telles que l'imagerie, le laboratoire, ou la pharmacie.

Les données recueillies sur les personnels techniques, notamment les médecins, prestant dans une structure ne permettent qu'une analyse qualitative (présence ou non du médecin consultant à la première ligne). L'analyse quantitative (nombre de médecins affectés et prestant par structure de soins, et pour l'ensemble de la ville) est rendue inappropriée à cause du biais dû au double, voire triple comptage de certains d'entre eux prestant à la fois dans le secteur public et privé, voire dans plus d'une structure au sein d'un même secteur.

Présentation et analyse des résultats

Evolution dans le temps des structures de soins à Lubumbashi

Un premier résultat de cette étude est une information plus précise sur l'évolution dans le temps du nombre de nouvelles structures de soins à Lubumbashi. La courbe de la Figure 2 présente les incidences cumulées annuellement de la création de nouvelles structures de soins. On constate que des structures de première ligne sont créées chaque année et leur nombre connaît une croissance qui s'accélère de manière exponentielle à partir du milieu des années 80. L'apparition des structures intermédiaires est intervenue au début des années 80 et leur nombre évolue timidement. La courbe des hôpitaux connaît une évolution plus timide, car pendant la période post-coloniale, seulement 4 hôpitaux supplémentaires ont ouvert leurs portes.

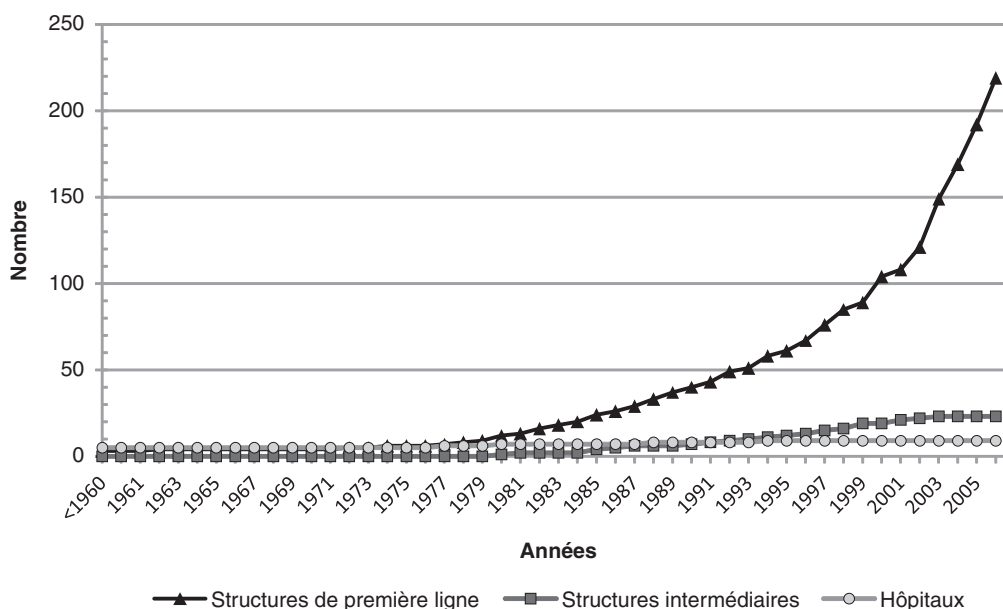


Figure 2. Evolution du nombre de structures de soins à Lubumbashi, de la période coloniale à 2006

Cartographie des structures de soins de Lubumbashi

La Figure 3 (carte des structures de soins) montre la répartition géographique par zone de santé des 251 structures de soins répertoriées dans la ville de Lubumbashi en 2006 dont 219 structures de soins de première ligne (soit une moyenne de 1,6 structures de première ligne au km² ou une moyenne de 2,1 structures de première ligne par aire de santé), 23 structures de soins intermédiaires et 9 hôpitaux. Toutes ces structures se répartissent en 9 zones de santé, comme indiqué sur la carte. On note une concentration des structures de soins vers le centre-ville au détriment de la périphérie de Lubumbashi.

Le Tableau 1 donne les moyennes du nombre de structures de première ligne pour 10 000 habitants par zone de santé. Les zones de santé ont en moyenne entre 1,1 et 1,7 structure de première ligne pour 10 000 habitants, à l'exception de la zone de santé de Lubumbashi qui a une moyenne de 2,4 structures de première ligne pour 10 000 habitants.

Prestataires de soins identifiés

Un des éléments qui caractérisent l'offre de soins à Lubumbashi est la diversité institutionnelle

des structures de soins. Il s'agit du gouvernement (Ministère de la santé, université de Lubumbashi, police et armée, affaires sociales), des confessions religieuses (Églises catholique, luthérienne, adventiste, kibanguiste, gareganza...), des entreprises locales (Gécamines, SNCC, Régideso, SNEL...), des ONG locales (Radem, Bumi...) et des agents privés indépendants travaillant en groupe ou en solo.

Le Tableau 2 montre qu'au niveau des services de première ligne, les structures de soins gouvernementales représentent moins de 10% du total alors que les structures de soins privées appartenant à des agents indépendants se taillent la part du lion avec 164 structures dénombrées, soit 3/4 du total. Dans cette dernière catégorie de structures, les professionnels de santé qui y travaillent (médecins, infirmiers et autres paramédicaux) sont aussi les propriétaires de 134 structures, représentant 61,2% du total des structures de première ligne. Les médecins sont propriétaires de 56,5% du total des structures intermédiaires. Le gouvernement, l'Église catholique et les entreprises sont les seuls à offrir des soins hospitaliers.

En 2006, nous avons dénombré à Lubumbashi 1913 lits effectifs (c'est-à-dire lits montés et prêts à accueillir des malades), ce qui donne un ratio de 13 lits d'hospitalisation pour 10 000 habitants. La répartition

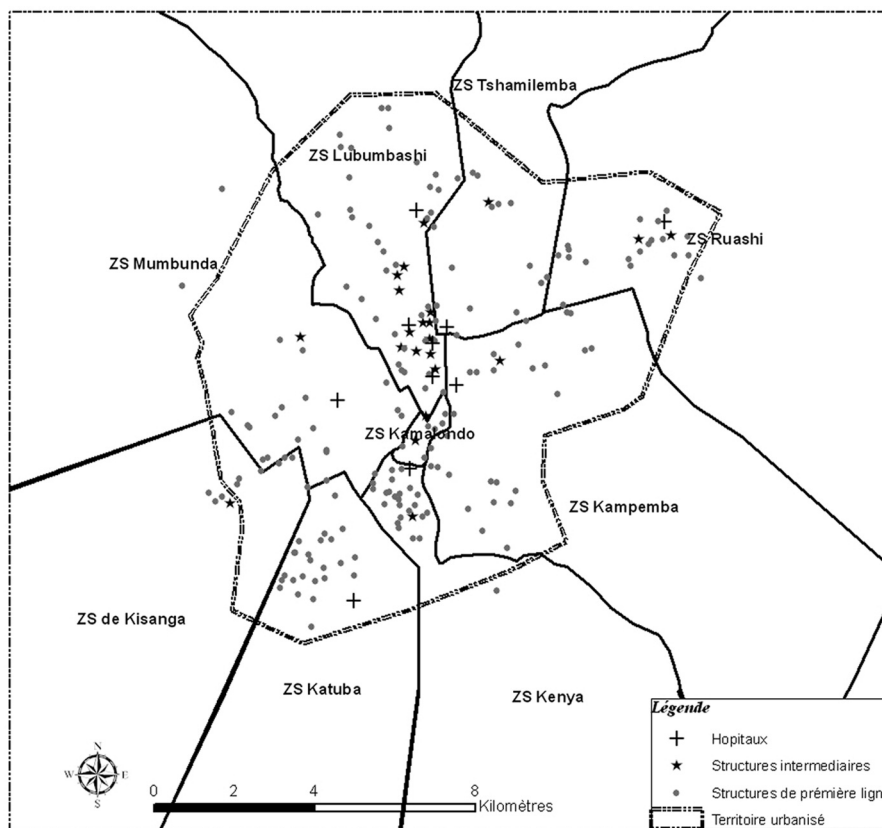


Figure 3. Distribution spatiale des structures de soins à Lubumbashi, en 2006

de ces lits entre les différents groupes de prestataires est présentée à la Figure 4. Un peu plus de la moitié de l'offre est gouvernementale, mais il est frappant de constater que plus de 10% des lits sont gérés par des privés indépendants. Le Tableau 3 indique le ratio du nombre de lits d'hospitalisation pour 10 000 habitants par zone de santé et on note une disparité importante de la densité de lits par habitant entre les zones de santé.

Un phénomène important dans le paysage sanitaire de Lubumbashi : la pratique médicalisée à la première ligne

Sur les 219 structures offrant uniquement des soins de première ligne, 148 (67,6%) offrent des consultations curatives faites par un médecin. Les consultations médicalisées en première ligne ne sont plus

un fait rare, et ceci quelle que soit l'appartenance institutionnelle des structures concernées. En effet, excepté les structures gouvernementales où le phénomène est relativement moins prononcé (1/3 seulement des structures gouvernementales compte un médecin consultant), il existe dans au moins 50% des cas un médecin consultant dans les autres structures (Figure 5).

La Figure 6 indique que la pratique médicalisée à la première ligne s'est développée de façon quasi exponentielle pendant les 10 dernières années.

Discussion

Avant de discuter les résultats, relevons d'abord une limite méthodologique majeure de notre étude : l'exclusion de l'offre clandestine ou informelle de soins constitue un biais. En effet, une partie, a priori

Tableau 1. Ratio du nombre de structures de 1^{ère} ligne pour 10 000 habitants par zone de santé, en 2006

<i>Zones de santé</i>	<i>Population totale</i>	<i>N</i>	<i>Nb/10 000 habitants</i>
Kamalondo	61 975	7	1,1
Kampemba	324 033	39	1,2
Katuba	204 233	22	1,1
Kenya	166 695	29	1,7
Kisanga	123 076	19	1,5
Lubumbashi	186 440	44	2,4
Mumbunda	117 348	15	1,3
Rwashi	195 868	27	1,4
Tshamilemba	120 332	17	1,4
Ensemble de la ville	1 500 000	219	1,5

non négligeable, de l'offre de soins curatifs a lieu à ce niveau. Ce biais est dû au fait qu'il est très difficile d'identifier des prestataires de soins clandestins ou informels.

Malgré cette limite, notre travail a le mérite d'être la première étude systématique donnant une vue d'ensemble de l'organisation des soins dans un milieu urbain congolais, étape préalable et indispensable pour la négociation et l'élaboration d'une stratégie appropriée de couverture.

L'une des caractéristiques principales des systèmes de santé urbains est la grande diversité de prestataires offrant une multiplicité de services (8,11,20,21). Ceci est confirmé dans cette étude montrant qu'il existe à Lubumbashi des structures appartenant à différents prestataires (gouvernement, confessions religieuses, ONG locales, entreprises paraétatiques, privés indépendants) qui offrent des soins à des niveaux différents : première ligne, niveau intermédiaire et hôpital.

Un aspect important traité dans cette étude est l'évolution dans le temps du nombre de nouvelles structures de soins fonctionnelles à Lubumbashi. Cette évolution est spectaculaire pour les structures de 1^{ère} ligne pendant les 2 dernières décennies (voir Figure 2). En effet, le Ministère de la santé de la RDC (3) reconnaît que le fonctionnement de son système de santé se caractérise entre autres par des stratégies de survie individuelles et institutionnelles qui ont conduit à une multiplication incontrôlée des structures de soins. Cette évolution a aussi, en partie, été stimulée par le premier plan d'ajustement structurel signé avec la Banque mondiale et le Fonds Monétaire International qui encouragerait le développement du secteur privé afin d'assurer, en théorie, un meilleur accès aux soins à l'ensemble de

Tableau 2. Répartition des structures de soins de Lubumbashi selon l'appartenance institutionnelle, en 2006

<i>Appartenance institutionnelle</i>	<i>Nombre de structures de 1ère ligne (% du total)</i>	<i>Nombre de structures intermédiaires (% du total)</i>	<i>Nombre d'hôpitaux (% du total)</i>
Gouvernement			
Ministère de la santé	6 (2,7)	4 (17,4)	2 (22,2)
Armée	3 (1,4)	0 (0)	2 (22,2)
Police	3 (1,4)	0 (0)	0 (0)
Université de Lubumbashi	2 (0,9)	0 (0)	2 (22,2)
Ministère des Affaires sociales	1 (0,5)	0 (0)	0 (0)
Sous-total	15 (6,8)	4 (17,4)	6 (66,7)
Confessions religieuses			
Eglise Catholique	23 (10,5)	1 (4,3)	1 (11,1)
Autres églises	8 (3,6)	1 (4,3)	0 (0%)
Sous-total	31 (14,1)	2 (8,7)	1 (11,1%)
ONG locales			
Entreprises paraétatiques	5 (2,3)	1 (4,3)	0 (0%)
Privés indépendants	4 (1,8)	0 (0)	2 (22,2%)
Médecins	39 (17,8)	13 (56,5)	0 (0%)
Infirmiers	91 (41,6)	0 (0)	0 (0%)
Autres paramédicaux	4 (1,8)	0 (0)	0 (0%)
Non professionnels de santé	30 (13,7)	3 (13,0)	0 (0%)
Sous-total	164 (74,9)	16 (69,6)	0 (0%)
TOTAL	219 (100)	23 (100%)	9 (100%)

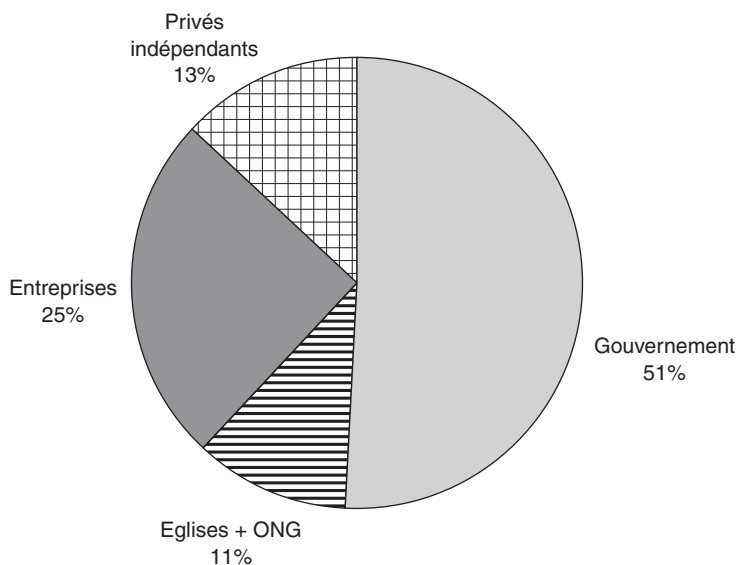


Figure 4. Répartition de lits d'hospitalisation entre différents prestataires, en 2006

Tableau 3. Ratio du nombre de lits d'hospitalisation pour 10 000 habitants par zone de santé, en 2006

Zone de santé	Population totale	Nombre (% du total)	Nombre/ 10 000 habitants
Kamalondo	61 975	36 (1,9)	5,8
Kampemba	324 033	129 (6,7)	4
Katuba	204 233	72 (3,8)	3,5
Kenya	166 695	93 (4,9)	5,6
Kisanga	123 076	37 (1,9)	3
Lubumbashi	186 440	910 (47,6)	48,8
Mumbunda	117 348	217 (11,3)	18,5
Rwashi	195 868	152 (7,9)	7,8
Tshamilemba	120 332	267 (14)	22,2
TOTAL	1 500 000	1 913 (100)	12,8

la population (22). Cette situation n'est cependant pas particulière à la ville de Lubumbashi. Des études antérieures confirment cette réalité à Bukavu, autre grande ville de la RDC (23), et dans d'autres métropoles africaines : Cotonou au Bénin, Ouagadougou au Burkina Faso et Yaoundé au Cameroun (8,11). L'évolution plus lente des nombres de structures intermédiaires et d'hôpitaux peut s'expliquer par le fait qu'investir dans ces structures coûte évidemment plus cher.

Même s'il y a en moyenne 1,5 structure de première ligne pour 10 000 habitants (Tableau 1), leur répartition géographique est caractérisée par une concentration vers le centre urbanisé de la ville (11) bien qu'elle soit depuis quelques années en pleine expansion géographique et démographique. Cette densité de 1,5 structure de première ligne pour 10 000 habitants est supérieure à la norme de un centre de santé pour 10 000 habitants (24), mais ne constitue nullement un luxe en ville. La concentration de structures de soins vers le centre urbanisé de la ville dénote une planification et une coordination déficientes laissant s'appliquer librement la loi du marché sur les soins de santé. En effet, comme l'observent aussi Cadot et Harang à Ouagadougou (11), les structures de soins privées sont pour la plupart implantées sur les grands axes routiers et aux environs des points d'attraction (centre commercial, marchés) où la demande est sans doute forte et payante, soulignant ainsi la logique marchande de leur implantation.

Heureusement, on sait que les patients dans les villes ne connaissent pas ou peu de barrière géographique : un malade peut facilement se déplacer d'une structure de soins à une autre. Cela étant, la subdivision d'une zone de santé en aires de responsabilité de 10 000 habitants en ville ne se justifie en

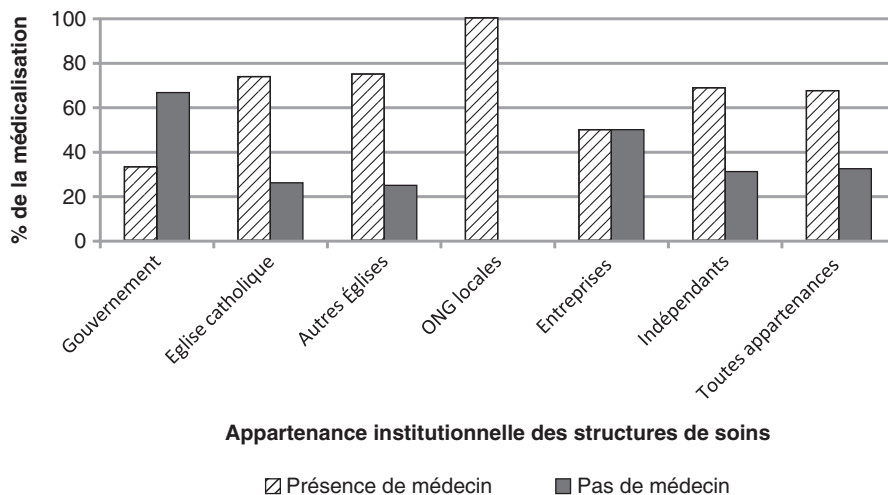


Figure 5. Importance (en pourcentage) de la pratique médicalisée dans les structures de soins de première ligne réparties selon l'appartenance institutionnelle, en 2006

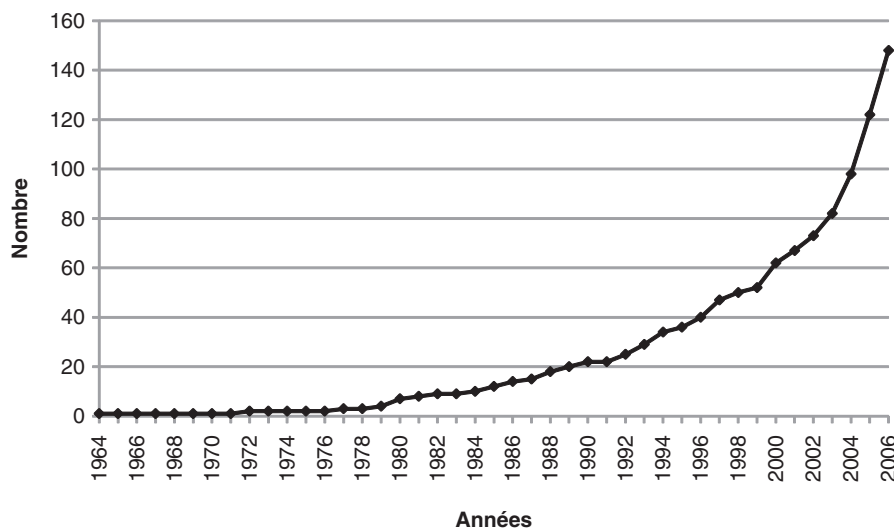


Figure 6. Evolution de la pratique médicalisée dans les structures de soins de première ligne, de 1964 à 2006

réalité que pour l'organisation des activités des axes prioritaires de santé publique (prévention, lutte contre les grandes endémies) qui requièrent absolument une population de responsabilité.

Quoi qu'il n'existe pas de norme mondiale de densité de lits d'hospitalisation par rapport à la

population totale, le recensement des lits d'hospitalisation est un indicateur de la disponibilité des services hospitaliers (1). Dans notre étude, cette densité est d'environ 13 lits pour 10 000 habitants pour l'ensemble de la ville, ce qui dépasse les moyennes nationale et africaine qui sont respectivement

de 8 et 10 lits pour 10 000 habitants (1). Les disparités en densité de lits par 10 000 habitants observées entre les différentes zones de santé peuvent s'expliquer par le redécoupage de la ville en 2003 ayant porté le nombre de zones de santé de 5 à 9 sans un redéploiement conséquent de lits d'hospitalisation. Heureusement, comme sus-mentionné, ceci n'est pas un problème très perçu en ville.

A l'exception de l'offre des soins hospitaliers, le secteur public est minoritaire à Lubumbashi avec moins de 10% de l'offre disponible. D'autres auteurs (8,9,25) ont observé la même tendance en milieux urbains d'autres pays en développement. C'est le secteur « privé indépendant », tenu essentiellement par des professionnels de santé (infirmiers, médecins ...) qui sont en même temps propriétaires de ces structures de soins, qui intervient de façon majoritaire dans l'offre des soins non hospitaliers, sans doute comme stratégie de survie individuelle (3).

L'apparition de structures intermédiaires est relativement récente : nous faisons l'hypothèse qu'il s'agit d'une infrastructure qui permet d'optimiser les coûts d'investissement avec la possibilité de générer des recettes, voire même du profit. L'investissement est nettement inférieur à ce qui est nécessaire pour construire, équiper et faire fonctionner un hôpital ; mais l'existence de lits et la présence d'une certaine capacité de chirurgie permettent de facturer les patients bien davantage qu'au niveau de la première ligne. De part leur création, leur organisation et leur fonctionnement, elles ne sont pas à confondre avec les centres de santé de référence mis en place dans certaines zones de santé rurales pour résoudre le problème d'accessibilité géographique pour certaines urgences médico-chirurgicales.

Par ailleurs, notre étude a montré qu'en 2006 à Lubumbashi environ 2/3 des structures de soins de première ligne comptaient parmi leurs personnels au moins un médecin consultant à temps plein ou à temps partiel. Déjà en 2002, l'observatoire du changement urbain de l'université de Lubumbashi avait noté la tendance à la pratique médicalisée dans ce type de structures de soins (26). Si cette pratique médicalisée dans les structures de première ligne est récente dans l'organisation de soins de santé primaires en Afrique subsaharienne, elle est cependant une réalité dans la plupart des services de consultations externes des hôpitaux (27-29). De nombreux pays du Sud comme la du RD du Congo avaient fait le choix de déléguer à des

professionnels non médecins (infirmiers, assistants médicaux ou autres) la responsabilité des services de première ligne (24,27). La raison évoquée était la rareté des médecins dont l'utilisation rationnelle plaiderait pour leur affectation à un niveau de soins plus centralisé, à savoir les hôpitaux. La croissance de la pratique médicalisée en première ligne à Lubumbashi peut être due à une production importante de médecins au-delà des capacités d'absorption de la fonction publique et les entreprises paraétatiques locales (Gécamines, SNCC) qui n'engagent plus régulièrement depuis près d'une décennie. Elle peut être aussi considérée comme un rétablissement de fait de l'ordre normal comme c'est en voie de l'être aussi dans certains pays comme le Mali (27), surtout quand on sait que le diagnostic revient au médecin et les soins à l'infirmier. En conséquence, la trajectoire socioprofessionnelle des diplômés en médecine de l'Université de Lubumbashi décrite par Rubbers (30) mérite une mise à jour.

Conclusion

Qu'avons-nous appris de cette étude et quelles sont les perspectives d'avenir ? Cette première partie de la carte sanitaire de Lubumbashi donne une vue d'ensemble de l'organisation et de l'offre des services de soins dans cette ville. On connaît désormais les principaux acteurs, ce qu'ils font, où et depuis quand ils le font. L'analyse des activités et du volume de prestations offertes par ces services sera abordée dans la seconde partie. La diversité institutionnelle des structures de soins observée dans cette étude appelle une évolution conséquente des rôles de l'Etat. En effet, compte tenu de l'importance du secteur privé au niveau de la première ligne de soins, l'Etat devrait bien davantage se concentrer sur la coordination et la régulation de ce secteur dont la contractualisation en est une approche à exploiter. Cette régulation permettra de ne pas laisser la loi du marché s'appliquer librement et ne pas ainsi réserver la pratique médicalisée à la première ligne à une frange limitée de la population, excluant de fait la majorité des pauvres. Les structures étatiques devraient servir de structures de « démonstration » dans cette perspective de régulation. Au niveau des soins hospitaliers, le rôle central de l'Etat en tant que prestataire reste indéniable et devrait être renforcé de façon prioritaire.

Finalement, l'Etat devrait également expérimenter et documenter l'affectation de médecins à la 1^{ère} ligne de soins. Notre étude apporte une base d'évidences à de telles actions, mais les défis qui demeurent sont de taille.

Notes

- i. Cette taille de la population est l'estimation la plus réaliste au regard des chiffres très divergents utilisés d'une part par les services de l'Etat civil et d'autre part par les services de santé.
- ii. Les zones de santé spéciales sont celles de la Police Nationale Congolaise et des Forces Armées de la RDC qui ne sont pas géographiquement circonscrites, mais constituées d'une constellation de camps de la police ou militaires qu'on retrouve dans les villes de Lubumbashi, Likasi et Kolwezi. Pour cette raison, et dans le cadre de ce travail, les données relatives aux camps de Lubumbashi ont été rattachées à celles des zones de santé géographiques où ils sont localisés.
- iii. Par « aire de santé », on entend un espace géographiquement délimité, ayant, en milieu urbain, une population de responsabilité de 10 000 à 12 000 habitants et devant être desservi par un centre de santé.
- iv. La responsabilité, ici, concerne les axes prioritaires de santé publique comme par exemple la vaccination ou la lutte contre les grandes endémies.

Références

1. OMS. Statistiques sanitaires mondiales 2009; 2009.
2. Alonso A, Brugha R. Rehabilitating the health system after conflict in East Timor: a shift from NGO to government leadership. *Health Policy Plan.* 2006; 21: 206–16.
3. Ministère de la santé. Stratégie de renforcement du système de santé. Kinshasa : République Démocratique du Congo ; 2006.
4. Ministère de la santé. Préparation de la décentralisation dans le secteur de la santé. Rapport final de l'atelier sur l'élaboration des mesures transitoires. Kinshasa : République Démocratique du Congo ; 2008.
5. Equipe du projet Kasongo. Le projet Kasongo : une expérience d'organisation d'un système de soins de santé primaires. *Annales de la Société belge de médecine tropicale.* 1981; 60: 1–54.
6. Salem G, Jannée E. Urbanisation et santé dans le Tiers-Monde : transition épidémiologique, changement social et soins de santé primaires. Collections Colloques et Séminaires. Paris : ORSTOM ; 1989.
7. Unité d'appui au programme de la coopération canadienne en RDC. Projet de réhabilitation des services de santé communautaire des zones de santé de la région du grand Kinshasa (PROSA-KIN); 2000. <http://www.uaprdc.org/projets/prosakin.htm>.
8. Grodos D. Le district sanitaire urbain en Afrique sub-saharienne : enjeux, pratiques et politiques. Université catholique de Louvain : département de santé publique, Faculté de médecine ; 2000.
9. Waelkens M-P, Greindl I, Knobloch U, Dujardin B. Urban health: Particularities, Challenges, Experiences and Lessons learnt: a literature review. Concerted Action: improving the effectiveness and quality of health networks in urban areas. Université Libre de Bruxelles, Ecole de Santé Publique ; 2001.
10. Grodos D, Tonglet R. Maîtriser un espace sanitaire cohérent et performant dans les villes d'Afrique subsaharienne : le district de santé à l'épreuve. *Trop Med Int Health.* 2002; 7: 977–92.
11. Cadot E, Harang M. Offre de soins et expansion urbaine, conséquences pour l'accès aux soins. L'exemple de Ouagadougou (Burkina Faso). *Espace Popul Soc.* 2006; 2-3: 329–39.
12. Wyss K, Sy I, Cisse G, Tanner M. Urbanisation et santé à Rufisque (Sénégal). Enjeux et perspectives dans une ville de l'Afrique de l'Ouest. *Bulletin von Medicus Mundi Schweiz* [110]. 2008.
13. Criel B, Macq J, Bossyns P, Hongoro C. A coverage plan for health centres in Murewa district in Zimbabwe: an example of action research. *Trop Med Int Health.* 1996; 1: 699–709.
14. Doherty J, Rispel L, Webb N. Developing a plan for primary health care facilities in Soweto, South Africa. Part II: applying locational criteria. *Health Policy Plan.* 1996; 11: 394–405.
15. Samake S, Dakono G, Guidetti F. La carte sanitaire : outil de négociation pour le développement sanitaire ? In : Brunet-Jailly E, éditeur. *Innover dans les systèmes de santé. Expériences d'Afrique de l'Ouest.* Paris : Editions Karthala ; 1997.
16. Ministère du Plan et Macro International. Enquête Démographique et de Santé, République Démocratique du Congo 2007. Calverton, MD : Ministère du Plan et Macro International ; 2008.
17. Deshpande K, Shankar R, Diwan V, Lönnroth K, Mahadik V, Chandorkar R. Spatial pattern of private health care provision in Ujjain, India : a provider survey processed and analysed with a Geographical Information System. *Health Policy.* 2004; 68: 211–22.
18. Oxfam International. Optimisme aveugle : Une remise en question des mythes concernant les soins de santé privés dans les pays pauvres ; 2009.
19. Boelaert M, Arbyn M, Van der Stuyft P. Geographical information systems (GIS), gimmick or tool for health district management? *Trop Med Int Health.* 1998; 3: 163–5.
20. Harpham T, Burton S, Blue I. Healthy city projects in developing countries: the first evaluation. *Health Promot Int.* 2001; 16: 111–25.
21. Harpham T, Molyneux C. Urban health in developing countries: a review. *Progress in Development Studies.* 2001; 1: 113–37.
22. Benson JS. The impact of privatisation on access in Tanzania. *Soc Sci Med.* 2001; 52: 1903–15.
23. Munyanshongore C, Milabyo KP, Witumbula K, V. Community participation in health agencies in an urban health district of Bukavu (Democratic Republic of the Congo). *Santé.* 2005; 15: 235–40.

24. Ministère de santé. Recueil des normes de la zone de santé. Kinshasa ; 2006.
25. Levesque J-F, Addad S, Arayana D, Ournier P. Outpatient care utilization in urban Kerala, India. *Health Policy Plann.* 2006; 21: 289–301.
26. Kakoma S. Le profil sanitaire du Lushois. Rapport des recherches effectuées durant la troisième session des travaux de l'observatoire du changement urbain, février-juin 2001. Lubumbashi, Presses universitaires de Lubumbashi ; 2002.
27. Dugas S, Van Dormael M. La construction de la médecine de famille dans les pays en développement. *Studies in Health Services Organisation & Policy.* 2003; 22: 1–352.
28. Van Lerberghe W, Van Balen H, Kegels G. Typologie et performances des hôpitaux de premier recours en Afrique sub-saharienne. *Annales de la Société belge de médecine tropicale* 1992; 72: 1–51.
29. Van Lerberghe W, Lafort Y. Le rôle de l'hôpital dans le district : dispenser ou soutenir les soins de santé primaires ? Organisation Mondiale de la Santé. Division de Renforcement des Services de Santé. WHO/SHS/CC/90.2 Mimeo ; 1990.
30. Rubbers R. Devenir médecin en République démocratique du Congo : la trajectoire socioprofessionnelle des diplômés en médecine de l'Université de Lubumbashi. Paris : Harmattan; Tervuren: Institut africain-CEDAF ; 2003.