

UNIVERSITE LIBRE DES PAYS DES GRANDS LACS



**Annales de la Faculté de Santé
et Développement Communautaires
de l'ULPGL de Goma**

Revue scientifique

Publication de l'Université Libre des Pays des Grands Lacs

N°02, Juillet 2018

MORBIDITES ET SYSTÈME DE SANTE EN RDC : SYNTHÈSE INTERPRÉTATIVE ET CRITIQUE DE LA LITTÉRATURE

Jean-Bosco Kahindo Mbeva¹⁵³, Hermès Karemera¹⁵⁴, Lévis Nyavanda¹⁵⁵ et
Prudence Mitangala Ndeba¹⁵⁶

Résumé

Introduction : L'approche multisectorielle de lutte contre la maladie constitue une voie indiquée aux systèmes de santé depuis la déclaration d'Alma Ata sur les soins de santé primaires. Dans cette perspective et face à la prévalence considérable des morbidités en RDC, cette étude propose une adaptation du paradigme d'action du système de santé de la RDC. **Méthodes :** S'inscrivant dans une approche inductive, cette étude a procédé par une synthèse critique interprétative de la littérature recherchée sur *Pubmed* et sur les sites du ministère de la santé et des organisations traitant des questions de santé en RDC, à partir des mots clés relatifs à la morbidité et au système de santé.

Résultats : L'analyse fait émerger, en RDC, quatre pôles des morbidités (infectieuses et parasitaires, celles liées à la fragilité de la mère et de l'enfant, celles liées aux contextes humanitaires, enfin celles émergentes non infectieuses liées aux phénomènes de mondialisation et d'urbanisation). Deux axes d'analyses mettent en exergue les contextes explicatifs de ces morbidités. Pour adresser ces morbidités, il est proposé une reconfiguration des priorités conditionnelles et d'actions du système de santé (compréhension des morbidités et des contextes, adaptation du système de santé, assainissement des politiques publiques), une gouvernance adaptative du système de santé et des compétences spécifiques en négociation, en plaidoyer et en gestion des processus de changement et de leur complexité. **Discussion et conclusion :** Cette proposition bien que théorique paraît pertinente pour la RDC et pour d'autres pays partageant des contextes et des morbidités similaires.

Mots clés : RDC, morbidités, pathologies chroniques, multisectorialité, profil épidémiologique, système de santé, gouvernance adaptative.

¹⁵³ MD, MPH, PhD de l'ULB, Professeur à l'UOR et à l'ULFGL

¹⁵⁴ MD, MPH, PhD de l'UCL, Professeur à l'UCB et à l'Université du Cinquantenaire de Luira

¹⁵⁵ Chef des travaux à l'ULFGL, et doctorant à l'Université de Kisumu (Kenya)

¹⁵⁶ MD, MPH, PhD de l'ULB, Professeur à l'UOR et à l'UCB.

1. Introduction

Parvenir à un meilleur état de santé est une aspiration de tout individu et un préalable au bien-être visé par le troisième objectif de développement durable (PNUD, 2015). Au-delà des préoccupations permanentes des personnes pour leur santé, l'amélioration de la santé des citoyens s'inscrit en principe dans les priorités sociales pour toute gouvernance publique qui se veut légitime aux yeux de la communauté dont elle a la charge.

Comme indiqué par la déclaration d'Alma Ata sur les soins de santé primaires (OMS, 1978), dix ans plus tard par la charte d'Ottawa et vingt ans après par l'OMS (OMS, 2008), la prise en charge des priorités de santé des communautés impose des actions multisectorielles. En effet, au-delà des facteurs individuels comme par exemple les prédispositions génétiques, les traits psychophysiologiques et les comportements individuels, les conditions sociales ainsi que les contextes sociopolitiques, économiques et écologiques sont les déterminants directs ou indirects de la santé. Outre les souffrances individuelles et d'autres conséquences en termes d'invalidités, de décès, les états morbides engendrent des foyers de répercussions collectives, sociales et économiques majeures. Certaines maladies sont susceptibles de contagions ou de réelles épidémies comme c'est le cas pour la rougeole, le choléra et la maladie à virus Ebola. D'autres maladies, surtout quand elles sont chroniques, peuvent induire des incapacités susceptibles d'occasionner la baisse de la productivité, voire la perte d'emploi avec des conséquences familiales et sociales néfastes. Comme le démontre Dujardin (2002), ces morbidités renvoient, en santé publique, aux déterminants de la santé et imposent ainsi une perspective multisectorielle de prise en charge des morbidités.

L'approche multisectorielle corrobore le paradigme de la nouvelle santé publique, depuis la déclaration d'Alma Ata sur les soins de santé primaires. Des auteurs l'ont particulièrement documentée pour des maladies chroniques dont le VIH/Sida (Foreot *et al.*, 2012; Baddock-Walters *et al.*, 2012), les maladies nutritionnelles (Aranceta *et al.*, 2007), les maladies mentales (Saxena and Setoya, 2014) et même pour les morbidités survenant dans des contextes humanitaires (Laliberté, 2007).

Au-delà de cette évidence, des actions multisectorielles pertinentes ne peuvent être menées efficacement sans une bonne compréhension des morbidités, de leurs dynamiques et des contextes dans lesquels elles surviennent. Une des

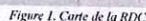
dynamiques des morbidités concerne les évolutions temporelles au niveau macro. Cette dynamique, a fait émerger la théorie de transition épidémiologique développée par Abdel Omran (Mahler *et al.*, 2010). Cette théorie propose une perspective historique d'évolution des morbidités au niveau global sous forme de trois âges: (i) l'âge des pestes et des famines, marqué par des niveaux élevés de morbidité et une espérance de vie très basse (moins de 30ans), (ii) l'âge du recul des pandémies marqué par l'amélioration de la longévité (plus de 50ans) et enfin (iii) l'âge des maladies dégénératives et des maladies de société. Cette modélisation semble globalement séduisante.

Toutefois, elle pourrait être questionnée au regard des fortes inégalités sociales et des milieux de vie, observées entre pays au sein d'un même continent, et de plusieurs provinces au sein d'un même pays. Au sein d'un même pays ou entre plusieurs pays, il peut coexister plusieurs profils au cours des mêmes périodes. Au sein de certains pays, de larges franges des populations vivent dans des conditions misérables de suite d'une gouvernance problématique, soit des crises complexes récurrentes ou chroniques qui s'imposent à elles. Ces conditions et ces contextes dégradés de vie influent fortement sur les profils des morbidités des communautés. En outre, le phénomène de mondialisation amène des large franges des populations, en particulier celles vivant dans certains milieux urbains, à adopter des comportements, parfois déviants dans les domaines alimentaires, de la mobilité, de l'addiction à certains produits comme l'alcool, le tabac et certaines drogues. Fort de ces éléments, d'autres auteurs proposent plutôt le concept de transition sanitaire (Ibidem).

Nombreux Etats mettent en route des stratégies de lutte contre la pauvreté et dans ce cadre, des stratégies plus ciblées contre les morbidités. Pour qu'elles soient les plus efficaces et les plus efficientes, ces stratégies doivent reposer, être canalisées et modulées par des systèmes de santé cohérents et bien articulés. Le rôle crucial des systèmes de santé dans les processus visant l'amélioration de la santé des populations, a été particulièrement argumenté par plusieurs études et plusieurs rapports de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2000; OMS, 2005; OMS, 2008).

Somme toute, la compréhension des morbidités et des contextes de leur apparition et de leurs évolutions peut être perçue comme un des préalables à l'élaboration des stratégies pertinentes de lutte et de mitigation contre lesdites morbidités. Bien que l'OMS édicte et met à jour de manière régulière des directives de lutte contre les morbidités, comme ce fut récemment le cas contre

La méthodologie d'étude choisie relève d'une synthèse critique interprétative de la littérature en lieu et place d'une synthèse agrégée, c'est-à-dire une méta-analyse. Contrairement à la méta-analyse, qui s'inscrit dans une perspective déductive en vue de tester une théorie faite des concepts définis dès le départ, la synthèse interprétative s'inscrit dans une approche plutôt inductive (Gilson *et al.*, 2012 ; Blais et Martineau, 2006). Elle vise à proposer ou à générer une théorie à partir des concepts généraux, au travers d'une approche inductive, d'une interprétation (Dixon-Woodset *et al.*, 2006). Une synthèse interprétative est appropriée lorsque les matériaux répertoriés dans le cadre de la revue de la littérature sont de natures diverses au point de vue théorique, conceptuel et méthodologique (Grimshaw, 2009). Elle permet de rassembler, de ré-analyser et d'articuler les résultats de plusieurs études dans un tout cohérent qui, idéalement, fournit un nouveau cadre théorique ou un cadre conceptuel original qui va largement au-delà des résultats des études isolées incluses dans la synthèse (Denis *et al.*, 2007).



Qualité des données et inclusion dans l'étude : la qualité des données a été appréciée sur base de la légitimité et la robustesse de ses sources (qualité de la revue publication, notoriété de l'organisation), de la cohérence du contenu et du lien avec la question et les objectifs de la recherche. Ont été incluses dans cette étude les données documentaires des dix dernières années (2006 à 2017), ayant traité des morbidités prévalant en RDC, des contextes et des facteurs de survenue des morbidités, des systèmes et des services de santé, leur organisation et leurs performances. Ont également et systématiquement été incluses, les statistiques sanitaires mondiales ainsi que les rapports et les directives produits par l'OMS traitant des maladies et des systèmes de santé.

Ci-dessous le schéma du processus de recherche documentaire et l'effectif des documents retrouvés :

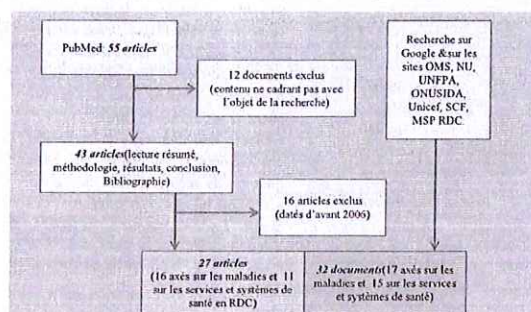


Figure 2. Schéma du processus de recherche documentaire

Extraction des données et synthèse interprétative : chaque ressource documentaire incluse dans l'étude a fait l'objet d'une lecture systématique du résumé et d'une lecture plus ciblée et plus approfondie. La lecture plus approfondie a été guidée par une grille de lecture, qui comportait les éléments suivants : (i) les pathologies, (ii) les contextes et facteurs explicatifs des morbidités, (iii) les stratégies de lutte, (iv) les réponses apportées par les services et les systèmes de santé. Les éléments consignés dans la grille de lecture ont fait l'objet d'un processus circulaire d'interprétations. Ces interprétations ont permis de faire émerger les principaux thèmes constitutifs sur lesquels sont articulées les synthèses interprétatives en guise de résultats. Les résultats sont présentés en faisant référence aux sources jugées les plus pertinentes et les plus actuelles.

3. Résultats

3.1 Faciès épidémiologique : quatre pôles des morbidités en RDC

L'analyse interprétative fait émerger un faciès épidémiologique dominé par quatre pôles des morbidités en RDC (Fig.3): (i) des morbidités infectieuses et parasitaires, (ii) des morbidités spécifiques à la santé du couple mère et enfant,

(iii) des morbidités non infectieuses émergentes, enfin, (iv) des morbidités liées aux contextes des urgences humanitaires.

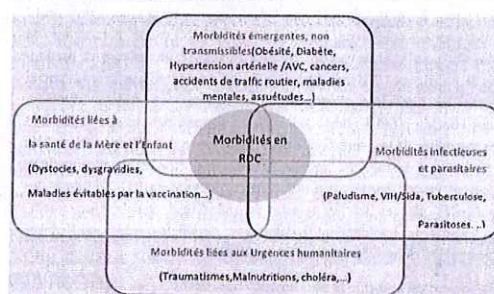


Figure 3. Quatre pôles des morbidités en RDC

Morbidités infectieuses et parasitaires : pathologies très anciennes, elles sévissent en RDC sous des formes épidémiologiques diverses (épidémies, endémies, cas sporadiques). Ces formes épidémiologiques sont fonction de plusieurs facteurs : les particularités géographiques et écologiques, les comportements des agents infectieux, les biotopes de certains agents infectieux ou parasitaires, les comportements et les biotopes de certains vecteurs éventuels. Les susceptibilités individuelles et les comportements humains, le développement et l'efficacité des moyens de prévention et de ruptures d'éventuelles chaînes de transmission figurent également sur la liste des facteurs. Quatre pathologies sont illustratives de l'ampleur et la diversité de ces morbidités en RDC.

(i) **Le Paludisme :** considéré comme endémique en RDC (Losimba, 2012), le paludisme en RDC occupe le deuxième rang au niveau mondial après le Nigeria, au point de vue endémique, de la morbidité et de la mortalité (RDC/PNLP, 2009). D'après une stratification mise au point par l'OMS, 97% du territoire de la RDC, faite des forêts, des savanes post forestières et des savanes humides, connaissent un paludisme dit stable, caractérisé par les faciès équatorial et tropical. Cette forme comporte une transmission soit intense soit permanente, avec une recrudescence saisonnière longue. Les anciennes provinces de

l'Equateur, de deux Kasai, du Bandundu et une bonne partie de l'ancienne province du Bas-Congo connaissent particulièrement ce profil épidémiologique du paludisme. Seulement 3% du territoire, faits des zones montagneuses et des hauts plateaux à plus de 1500m d'altitude, connaissent un profil épidémiologique de paludisme instable avec probabilité de persistance de l'épidémie. On peut y observer des formes graves de la maladie et pseudo-épidémies de paludisme (Ibidem). La transmission est sporadique et saisonnière. C'est le cas des territoires montagneux localisés sur les chaînes Mitumba, chaînes qui vont du Nord Katanga à l'Ituri, en passant par le sud et le Nord Kivu. Les modalités de transmission, liées à la présence des biotopes favorables aux anophèles et à la capacité vectorielle face aux espèces de plasmodium, déterminent en grande partie, ce profil épidémiologique en RDC. D'après les études partielles menées sur le vecteur du paludisme, sur la cinquantaine d'espèces d'anophèles transmettant le Paludisme, *Anopheles gambiae* est l'espèce rencontrée en RDC dans 92% des cas (OMS, 2009).

Anopheles funestus est la forme la plus rencontrée dans les régions hautes de l'Est de la RDC. Au Bandundu, prédomine *Anopheles paludis* (Swarthout et al. 2006). Une dizaine d'autres espèces sont également retrouvées dans une moindre proportion (OMS, 2009). Les facteurs climatiques, édaphiques et humains conditionnent la présence des gîtes larvaires. La densité de ces gîtes larvaires détermine la multiplication des anophèles, vecteurs de paludisme. Certaines catégories de populations sont plus susceptibles, comme celles dont la prémunition est basse (cas des habitants des hautes montagnes) ou celles dont l'immunité générale est affaiblie (gestantes, enfants âgés de 6 mois à 6 ans, personnes déplacées). Des épidémies peuvent survenir lors de mouvements de populations peu exposées au paludisme vers des zones hautement endémiques.

Ces facteurs pourraient expliquer pour la grande partie les épidémies rapportées au Nord Kivu à Mweso en 2015-2016 et à dans la région montagneuse à l'Est de la zone de santé de Lubero en 2016. Des réductions d'incidences du paludisme sont possibles avec des mesures de prévention, du genre distribution et utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides, destruction des gîtes larvaires, mise en route des traitements préventifs, en particulier chez les gestantes. Comme dans certains autres pays, il est toutefois rapporté en RDC, des résistances de l'anophèle contre les insecticides et des résistances du plasmodium aux antipaludéens usuels (OMS, 2009 ; Mobula et al. 2006). Ainsi, le programme national de lutte contre le paludisme a mené des changements des

molécules de première ligne, quasi tous les 3 à 5 ans, pour la prise en charge des cas de paludisme, au cours de quinze dernières années (Alker et al., 2008).

Bref, le paludisme constitue la première cause de morbidité et de mortalité en RDC. Pour l'année 2016, les données de surveillance épidémiologique situent l'incidence à près de 15 nouveaux cas pour 1000 habitants (RDC/MSP, 2017). Les résultats des enquêtes épidémiologiques sur les échantillons de sang prélevés sur les enfants de 6 à 59 montrent une prévalence d'infestation de 31% avec les tests de diagnostic rapide (TDR) et 23% avec la goutte épaisse. Cette prévalence varie selon les provinces, avec des taux de plus de 30% pour les provinces du Nord Ubangi, Sud et bas Uélé, Ituri, Maniema, Tanganyika, Lomami, Kasai central, Lualaba. Des taux moyens entre 20% et 30% sont observés au niveau des provinces du Haut Katanga, Haut Lomami, Kasai, Maï-Ndombe et Kongo Central. Enfin, des taux de moins de 20% sont notés dans les 2 Kivu, Kinshasa, Sud-Ubangi, Equateur, Tshuapa, Sankuru, Kwilu et Kwango (RDC/MSP, 2014 ; RDC/MSP, 2016).

Les données sur la ville de Kinshasa montrent une transmission du paludisme moins intense en zones urbaines par rapport aux zones péri urbaines. Une étude menée en 2015 dans une aire de santé de la province Orientale a montré des taux de positivité des tests de diagnostic rapide particulièrement élevés (jusqu'à 47,5%) dans la population générale, avec une prédominance du *Plasmodium falciparum* (94,2%), bien que 56,2% des ménages disposent d'au moins une moustiquaire (Touré et al., 2015). Une étude menée en 2016 sur les morbidités et la mortalité a montré que 54,8% d'hospitalisés et 24,8% des décès hospitaliers en RDC sont liés au paludisme (RDC/MSP-Plan, 2014).

(ii) **Le VIH/Sida** : considéré épidémique en RDC, la prévalence du VIH/Sida au cours de dix dernières années reste relativement stable avec des taux de 1,3% en 2007 et 1,3% en 2014 (RDC/MSP, 2016). L'ONUSIDA estime la prévalence en RDC à 0,8% (0,7-1,1%). Le profil épidémiologique montre une triple tendance : féminisation, urbanisation et prédominance chez des personnes d'un niveau socio-économique plus élevé. En effet la prévalence est évaluée à 1,6% chez les personnes de sexe féminin et en milieu urbain (versus 0,6% pour les personnes de sexe masculin et 0,9% en milieu rural). Elle est évaluée à 1,8% chez les plus riches (versus 0,6% chez les plus pauvres) (RDC/MSP-Plan, 2014). La prévalence est particulièrement élevée chez les personnes à partenaires sexuels multiples (1,2% chez les femmes avec un seul partenaire sexuel versus 4,8% chez celles ayant déclaré 5 à 9 partenaires sexuels). En milieu hospitalier,

seulement 2% de patients hospitalisés et 5% de décès hospitaliers sont attribués au VIH/Sida; par contre la létalité au VIH/Sida reste très élevée (24,6%) (RDC/MSP, 2016). Au point de vue de la prévalence du VIH/Sida, l'ancienne province Orientale et le Maniema viennent en tête respectivement avec 2,3% et 4%. Des prévalences de moins de 1% sont notées pour les anciennes provinces du Bas Congo (0,2%), Bandundu (0,3%), Equateur et Kasai Occidental (0,6%), Nord Kivu (0,9%) et Sud Kivu (0,4%). Le faciès épidémiologique semble globalement lié aux comportements sexuels, à la mobilité des personnes et au niveau de pénétration et d'appropriation par les communautés des actions de lutte et de prévention (usage du préservatif, prévention de la transmission mère et enfant du VIH...). Une tendance à l'ignorance du statut sérologique est stigmatisée. Pour les gestantes et les mères, une étude menée au Katanga en 2010 montrait que 52,5 % d'accouchées ignoraient leur statut sérologique. Toutefois, 62,9 % d'entre elles accepteraient d'effectuer le test VIH à la maternité (Mwembo-Tambwe *et al.*, 2012).

En termes de prise en charge des malades VIH en RDC, le nombre de séropositifs était estimé en 2016 à 381187 dont 42145 enfants de moins de 15 ans et 224673 femmes. Seuls 121762 sujets parmi les malades VIH et 66 % des gestantes séropositives bénéficiaient d'un traitement antirétroviral (ARV) pour réduire la transmission mère enfant. Or, il est connu que sans traitement, environ un tiers d'enfants nés des mères séropositives naît avec le VIH.

(iii) **La tuberculose** : d'après l'OMS (2015), l'incidence de la tuberculose (TB) est évaluée à 325 nouveaux cas pour 100 000 habitants et la prévalence à 532 cas pour 100000 habitants en RDC. Avec ces chiffres, la RDC figure parmi les 30 pays à forte charge de la TB et occupe le onzième rang dans le monde et le troisième en Afrique. Dans certaines zones de santé, comme la zone de santé urbaine de Lubumbashi, des prévalences de l'ordre de 500 cas pour 100 000 habitants sont rapportées, avec une prédominance chez les jeunes personnes (54,8% des cas chez les personnes de 20 à 40 ans) et une plus grande létalité pour les formes extra-pulmonaires (Ngama *et al.*, 2014). Aussi, la RDC est l'un des 13 pays faisant face en même temps aux défis de la tuberculose multi résistante et de la coinfection TB - VIH (RDC/MSP, 2016; Misombo *et al.*, 2016; Kaswa *et al.*, 2014).

(iv) **La Maladie à Virus Ebola (MVE)**: cette maladie est caractérisée en RDC comme ailleurs par des niveaux très élevés de contagiosité et de létalité (39,8% au niveau global) (OMS, 2016; Gatüzère et Aubry, 2016). La RDC figure parmi

les pays ayant connu les premières épidémies dont celle décrite à Yambuku en 1976, avec une létalité qui allait jusqu'à 88,1%. Elle a, par ailleurs enregistré au cours de ces dix dernières années, six autres épidémies. Le tableau 1 ci-dessous donne un aperçu des provinces concernées et du niveau élevé de létalité liée à ce phénomène.

Tableau 1. Incidence et létalité de la Maladie à Virus Ebola en RDC de 1977 à 2017.

Années	Provinces	Nb cas	Nb décès	Létalité (%)
2017	Bas-Uélé (Likati)	8 (cas confirmés)	4	50,0
2014	Equateur (Boende, Lokolia, Watsi)	66	49	74,2
2012	Orientale (Isiro)	36	13	36,1
2009	Kasai Occidental (Kalumba)	32	15	46,9
2007	Kasai Occidental (Mweka)	264	187	70,8
1995	Bandundu (Kikwit)	315	250	79,4
1977	Equateur (Tandala)	1	1	100,0
1976	Equateur (Yambuku)	318	280	88,1
Totaux		1040	799	76,8

Source: adapté de l'OMS, 2016 et Gatüzère BA et Aubry P, 2016.

La contagion se fait par contact avec les liquides biologiques des cadavres d'animaux contaminés (chauve-souris frugivores de la famille des *Pteropodidae* qui en sont les hôtes naturels, chimpanzés, gorilles, antilopes de bois, porcs épiques) (Gatüzère et Aubry, 2016; Aletti *et al.*, 2016). Toutes ces espèces sont présentes et largement consommées dans certaines contrées de la RDC. Les comportements alimentaires et la faiblesse de l'hygiène en communautés et en milieu de soins expliquent en partie la récurrence des épidémies et le niveau élevé de létalité de la MVE en RDC.

Morbidités spécifiques à la santé de la mère et de l'enfant : ces morbidités sont liées aux fragilités maternelles au cours de la grossesse et à l'immaturité immunitaire de l'enfant, mais accentuées à la suite des services de santé déficients. En RDC, comme le montre une étude sur la surveillance des gestantes à Kinshasa, les services de santé sont globalement peu structurés et répondent peu aux besoins et aux attentes des patients (Feinstein *et al.*, 2013). L'enquête menée en RDC (MSP, 2014) sur la mesure de l'indice de disponibilité et de capacité opérationnelle des services (SARA) montre un niveau de disponibilité à 33% pour le planning familial, 78% pour les consultations prénatales, 89% pour les accouchements, moins de 12% pour les soins

obstétricaux d'urgence de base, 75% pour les vaccinations et 17% pour les services de santé de l'adolescent. Avec une prévalence contraceptive si basse évaluée à 17% en RDC (OMS, 2016), le risque de grossesses précoces (44% de filles de 19 ans avec au moins un enfant) et des grossesses beaucoup trop rapprochées reste très élevé. Ces grossesses surviennent parfois sur un fond de malnutritions dans 14% des cas ou d'obésité (18% des cas)(RDC/MSP-Plan, 2014).

Comme pour certains autres pays, une étude multi-pays réalisée par Nove *et al.*(2014) montrait une mortalité maternelle plus élevée chez les adolescentes (15-19ans) par rapport aux mères de 20 à 24 ans en RDC. Avec la tendance croissante aux accouchements par césariennes (une hausse de 13,1% à 21,4% entre l'année 2004 et l'année 2010 en RDC) (Vogel *et al.*, 2015), les risques pour la mère et le nouveau-né augmentent surtout quand les compétences des prestataires ne sont pas suffisantes. Certaines de ces grossesses se soldent par des fistules urogénitales, qui surviennent dans des contextes d'accessibilité faible aux soins obstétricaux d'urgence ou de mauvaise qualité de la prise en charge obstétricale, notamment la césarienne.

D'après une étude multi-pays menée par Maheu-Giroux *et al.*(2015), la prévalence de fistules urogénitales est évaluée à 1cas pour 1000 femmes en âge de procréation en RDC (IC (0,3-2 pour 1000)). Dans la province de la Tshopo, une étude en milieu hospitalier a révélé une prévalence beaucoup plus élevée, jusque 8 cas de fistules pour 1000 femmes en âge de procréation (Likwekwe *et al.*, 2014) Les conséquences sur le plan individuel, familial et social des fistules sont désastreuses. Une femme congolaise les a illustrées par ce verbatim : «*Ma vie est ruinée ; je suis devenue comme une femme folle qui doit vivre seule tout en étant isolée du monde. Je vis loin de mes parents, de mon village et de mon mari afin d'échapper au bruit (insultes et questions) des autres personnes et essayer de me faire soigner* »(Engender Health, 2012).

Pour la santé de l'enfant, avec des niveaux de vaccination complète à 47% en 2014, des morbidités, pourtant évitables, comme la rougeole demeurent encore fréquentes. Au cours de l'année 2016, un effectif de 87 zones de santé dans 18 des 26 provinces de la RDC ont enregistré des phénomènes épidémiques de rougeole (RDC/MSP, 2017). Une étude multi-pays conduite par Figueiredo *et al.* (2016) montrait que le niveau socio-économique bas et les faibles compétences du personnel, sont globalement associés à des couvertures vaccinales basses. Au point de vue nutritionnel, 47% d'enfants de 6 à 59 mois étaient atteints d'anémie,

avec les taux les plus élevés au Kasai Oriental (60%) et les moins élevés au Nord et sud Kivu (27%). Enfin en 2014, une proportion non négligeable d'enfants de 6 à 59 mois (43%) présentait un état retard de croissance, 8% d'enfants souffraient d'émaciation et 23% d'enfants présentaient une insuffisance pondérale. Cet état de malnutrition accroît le risque pour ces enfants de contracter bien des morbidités infectieuses. Dans ce contexte de morbidités, les taux de mortalité maternelle et de mortalité néonatale demeurent encore à des niveaux beaucoup trop élevés en RDC (693 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes (Nv), 33 décès néonataux pour 1000 Nv et 98,3 décès d'enfants de moins de 5 ans pour 1000 Nv en 2016 d'après l'OMS (2017). Une étude menée au Katanga par Ntambue *et al.* (2016) a montré le lien qui existe entre la mortalité périnatale et le faible niveau d'instructions de la mère.

Morbidités liées aux urgences humanitaires : Depuis son indépendance en 1960, la RDC reste confrontée à une récurrence de crises humanitaires. D'après Wilame (2007), ces crises ont subsisté en dépit des premières élections démocratiques organisées en 2006. Ces crises sont attribuées à des groupes armés locaux et étrangers et occasionnent des déplacements récurrents des populations, de nombreuses morbidités et des viols. D'après Human Right Watch (2016), le retard dans l'organisation des élections en 2016, a occasionné des manifestations des partisans de l'opposition réprimées dans la violence. La ligne de temps ci-dessous montre la récurrence des crises depuis les années 90 jusqu'à des phénomènes plus récents en 2016.

1992	1994	1996-7	98-2001	Janv-2001	2002-05	2006	2007	2010	2011	2014	2016
Crises Mozab	Régimes Rwandais	Guerre AFDL	GUERRE MONAC	GUERRE FDLR	Transition post sancty	Élections Président	Attentat BIS, DRCM	Attentat DRCM	Attentat BIS	Attentat BIS	Attentat BIS

Figure 4. Ligne de temps des événements sources d'urgences humanitaires en RDC

Bien que les provinces de l'ancien Kivu avec les phénomènes AFDL, RCD, CNDP, M23, Nyatura, Mai-Mai, ADF, FDLR et l'Ituri avec les phénomènes FRPI, UPC, semblent avoir constitué l'épicentre de l'instabilité en RDC, d'autres provinces ont été touchées à des degrés divers, à savoir: le Katanga (affrontements Pygmées-Bantous), l'équateur (phénomène Enyelé), le Bas-congo (phénomène BuduDia Kongo (Bdk), refoulement des congolais de l'Angola), Kinshasa (refoulement des congolais du Congo Brazzaville, tentative de Putsch attribuée au Pasteur Mukungubila) et les provinces de l'espace Kasai (phénomène Kamwina Nsapu (K-Nsa)).

L'ampleur en RDC de ces phénomènes, occasionne des urgences complexes, qui sont sources de violences collectives tel que définies dans le rapport mondial sur la violence et la santé (Krug *et al.*, 2002). D'après le Centre de recherche sur l'épidémiologie des catastrophes (CRED) cité par Save The Children (2014), 19% de la population de la RDC était, en 2012, soit déplacée, soit réfugiée, soit résidente touchée par des conflits. Une étude publiée sur la RDC par Kalonda (2011) revient de manière explicite sur les déplacements des populations et les conséquences socio-économiques. D'après cette étude, près de 1,3 millions de personnes vivant dans des camps ont été confrontées à l'insuffisance de soins, la malnutrition (38% d'enfants malnutris chroniques) et à l'éclosion récurrente des épidémies dont le choléra, la rougeole et la méningite. En RDC, les violences sexuelles, dont certains chiffres sont supposés surestimés (Douma and Hilhorst, 2012), sont en partie, liées aux troubles armés en RDC. Certaines de ces morbidités se soldent par des décès. L'effectif de décès liés directement ou indirectement aux conflits armés en RDC, entre août 1998 et avril 2007, a été évalué globalement à 4,5 millions de décès et à 45 000 décès chaque mois (Coghan *et al.*, 2008).

Morbidités émergentes non transmissibles : Comme pour bien des pays africains, la RDC est de plus en plus confrontée à deux phénomènes liés qui impactent de manière plus ou moins profonde son profil de morbidités: la mondialisation et l'urbanisation. D'après les projections des Nations unies (2015), la proportion de la population urbaine est passée de 37,9% en 2005 à 42,5% en 2015 en RDC ; en outre, un habitant sur deux vivra en milieu urbain en RDC en 2030. Ces deux phénomènes s'accompagnent de changements de certains comportements comme par exemple ceux relatifs à l'alimentation, l'alcoolisme, le tabagisme et la sédentarité (Unwin and Alberti, 2006). Certains phénomènes comme la pollution, la sédentarité, le stress lié à la lutte quotidienne pour la survie et la densité du trafic routier, contribuent à accroître l'incidence de certaines maladies chroniques non transmissibles (Kabamba *et al.*, 2014).

Une étude menée à Kinshasa par Mbenza *et al.* (2006) a montré une prévalence de tabagisme de 10,2% chez les hommes et 0,6% chez les femmes âgées de plus de 15 ans et un niveau élevé de consommation d'alcool, avec une moyenne de 1,6 litre par jour chez l'homme versus 1,4 litre chez la femme. Selon la même étude, 18% de sujets adultes étaient en état de surpoids et 5% en état d'obésité. Une étude menée en 2014 à Lubumbashi a évalué à 26,2% la prévalence

d'alcoolisme chez la gestante (Kabamba *et al.*, 2014). Dans ce contexte, la probabilité de décès prématuré entre 30 et 70 ans d'une maladie non transmissible a été évaluée par l'OMS (2017) à 23,6% en RDC en 2012.

Une étude multi-pays réalisée par Krishnamurthi *et al.* (2010) a évalué l'incidence des accidents vasculo-cérébraux de type hémorragique à 163,5 nouveaux cas et la létalité à 54,4 décès pour 100 000 personnes-années en RDC. Pour la province du Sud Kivu, la prévalence de l'hypertension artérielle a été évaluée à 41% en milieu urbain et à 38% en milieu rural par une étude par cohorte réalisée par Katchunga *et al.* (2011). Une autre étude menée au Katanga chez les mineurs situait cette prévalence à 49,3% (Kabamba *et al.*, 2015). Par rapport à l'obésité et au diabète, une étude réalisée au Sud Kivu situe la prévalence du diabète sucré à 2,8% versus 3,5% chez les personnes obèses, à 23% chez les personnes atteintes d'obésité abdominale et à 7,2% chez les personnes présentant des problèmes métaboliques (Katchunga *et al.*, 2016).

D'après une estimation de l'OMS (2017), la mortalité imputable à la pollution a été évaluée à 116,4 décès pour 100 000 hab en RDC, le taux de suicides estimé à 8 décès pour 100 000 hab et le taux de mortalité lié aux accidents de trafic routier évalué à 33,2 décès pour 100 000 hab. Les villes sont particulièrement concernées par les accidents de trafic routier, notamment Kinshasa (Wangata *et al.*, 2014), Lubumbashi (Kandolo *et al.*, 2014), Kisangani (Talona *et al.*, 2014) et Goma (Kapiteni *et al.*, 2017). Ces accidents surviennent souvent dans un contexte d'ébriété (Wangata *et al.*, 2014 ; Kapiteni *et al.*, 2017).

Au-delà des maladies métaboliques, cardiovasculaires, de l'alcoolisme, des traumatismes de trafic routier et du tabagisme, la RDC est également confrontée à des problèmes de cancers. Une étude anatomopathologique (n=4237 cas) menée au niveau des cliniques universitaires et de l'hôpital général de Kinshasa entre 1969 et 2008, a montré un âge moyen des personnes atteintes de 42,2 ans. Pour le sexe féminin la distribution comportait : les cancers du col utérin (27,7%), du sein (13,7%), des organes lymphoïdes (10%), de la peau (8,6%) ; pour le sexe masculin, la distribution comprenait les cancers des organes lymphoïdes (15,9%), le Sarcome de Kaposi (14,5%), le cancer de la prostate (14%), le cancer du foie (12,6%) et le cancer de la peau (11,7%) (Mashinda *et al.*, 2012). Pour le cancer de la prostate, une prévalence de 2,5% a été trouvée au sein des travailleurs de sexe masculin d'une entreprise publique de Kinshasa en 2008 (Punga-Maole, 2008).

Chevauchement partiel de 4 pôles de morbidités

Les quatre profils de morbidités chevauchent les uns avec les autres en RDC. En effet, les morbidités infectieuses et parasitaires, comme le paludisme sont exacerbées chez la gestante et les enfants, particulièrement entre l'âge de 6 mois à 6 ans ainsi qu'en contextes d'urgence. Les morbidités spécifiques à la mère et à l'enfant sont également présentes, voire exacerbées en contextes d'urgence. Certains états morbides, comme le diabète sont présents, dans des contextes de grossesses et sont propices au développement de certaines infections. Enfin, dans des contextes humanitaires, quand ils traînent longtemps, des maladies cardiovasculaires et nutritionnelles pré existantes sont parfois exacerbées de suite des difficultés de régulation alimentaire et de suivi médical.

3.2. Faciès épidémiologique en RDC: des contextes explicatifs des morbidités

La revue des morbidités qui prévaut en RDC, fait émerger les contextes explicatifs des morbidités selon deux axes d'analyse (Fig.5).

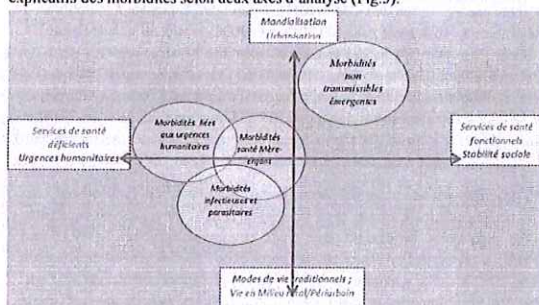


Figure 5. Modélisation des axes explicatifs des morbidités

Le premier axe d'analyse concerne les milieux et les modes de vie des populations. Des modes de vie plus globalisés et plus occidentalisés en milieux urbains, avec des modifications des comportements alimentaires, l'exposition à la pollution et à un trafic routier plus intense et peu régulé exposent les habitants à plus de morbidités émergentes non transmissibles. En revanche les modes de vie plus traditionnels en milieu rural ou péri urbains, avec des

populations soumises à un accès plus limité à l'eau potable et dont les conditions d'hygiène et d'habitat sont globalement plus précaires et l'accès aux services de santé plus limité, sont plus compatibles avec des morbidités infectieuses et parasitaires.

Le deuxième axe d'analyse concerne la fonctionnalité des services de santé et la stabilité socio-économique. Les services de santé semblent globalement plus fonctionnels en contextes socio-économiques stables. Dans ces conditions, ces services sont plus enclins de développer des activités curatives, préventives et promotionnelles avec une plus grande implication des communautés. En outre, ces contextes sont plus propices à adresser les morbidités liées à la santé de la mère et de l'enfant ainsi que les morbidités infectieuses et parasitaires. Par contre, quand la situation socio-économique est instable, comme c'est le cas lors des urgences humanitaires, les communautés sont en état de précarité, leur participation est plus difficile à mobiliser et les services de santé sont globalement déficients. Dans ces contextes, l'incidence des morbidités liées aux urgences humanitaires, des morbidités liées à la santé de la mère et de l'enfant et des maladies infectieuses est plus accrue.

Par rapport à ces deux axes, les facteurs explicatifs de trois de quatre pôles de morbidité en RDC, semblent globalement liés à l'instabilité sociale, aux contextes d'urgences complexes, ainsi qu'aux modes de vie traditionnels en milieu rural et en milieu péri urbain.

3.3 Les 4 pôles de morbidités, un défi réel pour le système de santé de la RDC

La gouvernance sanitaire en RDC à rude épreuve

Les deux axes d'analyse des contextes explicatifs des morbidités en RDC semblent éluder le rôle crucial de la gouvernance sanitaire. Ce rôle est pourtant central, car c'est cette fonction qui créerait les conditions permettant d'anticiper et développer des stratégies de prévention des morbidités et à créer les conditions d'atténuation de leurs effets. En dépit de l'adoption en 2006 d'une stratégie de renouveau du système de santé en RDC (RDC/MSP, 2006), il subsiste plusieurs paradoxes dix ans après. En effet, la mise en œuvre des réformes préconisées au niveau de l'administration de la santé, peinent d'être implémentées, surtout au niveau central. Celles engagées au niveau provincial et opérationnel semblent entravées par certaines décisions et directives prises par le niveau central du Ministère (RDC/MSP, 2016).

L'option prise de considérer les coordinations provinciales des programmes, comme des structures déconcentrées des programmes verticaux, désincarne les divisions provinciales de la santé, d'une bonne partie des fonctions d'information, logistiques, gestionnaires et techniques, indispensables pour accompagner efficacement l'intégration des activités des programmes verticaux au niveau opérationnel. En outre, elle gêne la posture de l'Inspection provinciale de la santé dans l'exercice de ses fonctions d'inspection et contrôle, fonctions pourtant essentielles pour renforcer la reddition des comptes dans le secteur santé en province. Le rattachement des hôpitaux provinciaux au niveau central induit des difficultés de mobilisation par la Division Provinciale de la santé des compétences cliniques présentes à ce niveau dans le renforcement des prestations cliniques des hôpitaux des zones de santé.

La mise en place des sites de soins communautaires au niveau des zones de santé dénuées de problèmes d'accessibilité, crée une concurrence susceptible de nuire au bon fonctionnement et aux prestations de la première ligne de soins et expose, à terme, à des difficultés de pharmacovigilance et à une démultiplication des prestataires incontrôlés des soins. Le secteur santé reste sous financé en RDC (4,2% du budget national, dont 40,1% supportés par les ménages) et sans un réel système solidaire de prépaiement (93,3% en mode de paiement direct (*out of pocket*) en 2015) (RDC/MSP, 2017).

Le système national d'approvisionnement en médicaments essentiels mis en place depuis plus de 10 ans et basé sur les Centrales de Distribution Régionale des médicaments (CDR), croule sous le poids des systèmes alternatifs conventionnés avec certains bailleurs de fonds et sous la concurrence rude des fournisseurs privés non régulés (Asrames, 2016). Les systèmes d'informations sanitaires, sont plusieurs fois réformés, plus dans une logique non déclarée de reddition verticale et ascendante des comptes au niveau central du ministère et aux bailleurs de fonds. Ils s'éloignent davantage des besoins pourtant légitimes des services de santé de base dans leur prise en charge globale du patient. L'offre de soins prestée au premier échelon par du personnel infirmier, demeure d'une qualité largement insuffisante. Elle est, doublée des sites de soins communautaires en vue d'accroître l'accessibilité aux soins (Karemere *et al.*, 2017). Implantés, sans analyse suffisante, dans des zones de santé avec une bonne accessibilité géographique, ces sites de soins communautaires, aggravent les problèmes d'acceptabilité et la qualité des soins de première ligne et exposent aux risques de démultiplication des prestataires non compétents,

appelés « prestataires pirates » dans certains milieux. Ces paradoxes sont illustratifs d'une certaine inadéquation de gouvernance sanitaire et expliquent en partie, une réponse insuffisante face aux morbidités, illustrée en RDC par les taux très élevés de mortalité maternelle, néonatale et infantile.

Repenser la gouvernance sanitaire en RDC pour adresser les quatre pôles de morbidités

Les quatre pôles de morbidités et leurs effets en RDC, ne pourraient être considérés comme une fatalité. Il appartient au système de santé de développer ses capacités et adapter ses méthodes pour les adresser. Des études menées au niveau intermédiaire du système de santé (Kahindo *et al.*, 2011 ; Kahindo *et al.*, 2012 ; Kahindo *et al.*, 2014) et au niveau hospitalier (Karemere *et al.*, 2013 ; Karemere *et al.*, 2015) en RDC ont montré l'intérêt et la pertinence d'une gouvernance adaptative. Une triade d'axes d'interventions au niveau du système de santé semble indiquée : (i) une meilleure compréhension des morbidités, des contextes de survenue et de distribution et de leurs dynamiques, (ii) l'adaptation du système de santé et des systèmes de soins, (iii) le renforcement des politiques publiques dans une perspective de multisectorialité. Le tableau 2 ci-dessous donne un aperçu de la portée de cette triade d'interventions au regard de quatre pôles de morbidités et des contextes explicatifs.

Tableau 2. Proposition d'axes d'intervention au niveau du système de santé de la RDC

Axes d'intervention et contenu	Contenu en lien avec les contextes explicatifs des morbidités
1 ^o Meilleure compréhension des morbidités, de leurs dynamiques et contextes explicatifs : recherche sur les morbidités et le système de santé	• cerner les changements concrets de comportements induits par la mondialisation et l'urbanisation croissante et leurs effets sur la santé, • cerner les profils des morbidités et leurs évolutions temporelles et spatiales, • cerner les évolutions des contextes ruraux, ce qui subsiste des traditions, • comprendre les comportements des services de santé et leurs liens avec la communauté et la patientèle, • élaborer des stratégies d'adaptation du système de santé aux différentes évolutions des morbidités et des contextes

La mise en œuvre de ces trois axes est possible moyennant une gouvernance *adaptive* qui intègre les principes de (i) *participation des acteurs*, notamment ceux de la Société civile, (ii) *de transparence* et (iii) *de reddition des comptes*. En outre, elle requiert des compétences spécifiques dans les domaines de la négociation, du plaidoyer et de gestion de la complexité et des processus de changement.

Le diagramme circulaire est divisé en quatre segments :

- Stratégies d'adaptation du système de santé, des systèmes des soins** (segment supérieur droit)
- Stratégies d'assurances et de politiques publiques** (segment inférieur droit)
- Stratégies d'adaptation des politiques publiques** (segment inférieur gauche)
- Stratégies d'adaptation des politiques publiques** (segment supérieur gauche)

Un cercle central est étiqueté **COOPÉRATION ADAPTATIVE**.

Figure 6. Stratégies d'intervention du système de santé

Ce sont les résultats de cet effort continu de compréhension des morbidités, de leurs évolutions et des contextes de leur survenue et leur distribution, qui pourraient alimenter les processus d'adaptation du système, des services de santé et des compétences de ses acteurs. Comme l'a vivement recommandé l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2008), des actions plus vigoureuses doivent être engagées vers des secteurs autres que la santé. Pour adresser les déterminants non sanitaires des morbidités, du plaidoyer et des négociations doivent être menées de manière structurée et sans relâche envers les responsables d'au moins une dizaine de secteurs autres que celui de la santé. La finalité étant d'impulser des politiques publiques, des stratégies et des actions plus protectrices et plus promotrices de la santé des communautés. A titre illustratif, la mobilisation des budgets plus importants pour le secteur santé requiert d'agir au niveau des secteurs des budgets et des finances. L'amélioration des cadres de vie en milieu urbain et en milieu rural requiert d'agir sur les secteurs de l'administration des territoires, des travaux publics et de l'aménagement des territoires. La prévention des conflits requiert d'agir sur bien d'autres secteurs comme celui des affaires coutumières, des affaires foncières, de l'emploi voire celui de la sécurité publique. Dans ce contexte, la gouvernance du système de santé requiert de renforcer les compétences des acteurs clés dans les domaines de plaidoyer, de négociation et de gestion des processus complexes de changements.

Discussion et conclusion

Le but de cet article était de cerner les morbidités prévalant en RDC ces dix dernières années, et au regard de ces morbidités, formuler une proposition en termes d'adéquation des fonctions du système de santé de la RDC.

L'analyse interprétative des données de la littérature a permis de mettre en évidence quatre pôles de morbidités (infectieuses et parasitaires, celles liées à la fragilité de la mère et de l'enfant, celles liées aux contextes humanitaires, enfin celles émergentes non transmissibles liées plus aux phénomènes de mondialisation et d'urbanisation croissante). Les contextes explicatifs de ces morbidités étant basés sur deux axes d'analyse : un axe ayant trait aux milieux et aux modes de vie (milieux de vie ruraux aux modes de vie occidentalisés versus milieux ruraux et modes de vie traditionnels) et un axe ayant trait aux conditions socioéconomiques et à la fonctionnalité des services de santé.

Limites de cette étude : les données de littérature sur les morbidités en RDC demeurent partielles, surtout quand il s'agit de cerner les particularités provinciales. La RDC est un pays vaste avec une diversité des contextes. En effet, les études glanées concernent soit une période limitée dans le temps soit une province ou une localité dans une province. L'extrapolation de ces résultats sur toute la RDC requiert donc quelques précautions. Ces limites ont été toutefois amenuisées par les données plus globales de certaines études et rapports (Likwela, 2012 ; MSP/PNLP, 2009 ; RDC/MSP, 2017 ; RDC/MSP-Plan, 2014 ; RDC/MSP, 2016). Toutefois, les études globales consultées ne permettaient pas non plus de mettre en évidence certaines particularités spécifiques à certaines provinces ou certaines localités de la RDC.

En dépit de ces limites, l'interprétation des données sur base de la connaissance empirique de la RDC par les auteurs, a permis de faire émerger les profils des morbidités, leurs facteurs explicatifs et de formuler des propositions pertinentes en rapport avec l'adéquation du système sanitaire dans ce contexte.

Par rapport aux facteurs explicatifs, certains aspects pourraient être nuancés, notamment par rapport à quelques types de cancers, comme celui du col utérin. En effet, son incidence, liée au papillomavirus, n'est pas un phénomène strictement urbain. Il est aussi lié aux efforts de lutte contre les IST et à la vaccination contre le Papillomavirus. Une étude multi-pays (Jedy-Agba *et al.*, 2016) a montré par exemple, qu'en milieu rural la détection était plus tardive et la létalité plus élevée.

La déficience du système de soins a été plus rattachée à une certaine instabilité sociale, une réalité présente également hors de la RDC. La qualité de la formation et l'adéquation entre les ressources humaines et leurs emplois pourrait expliquer d'autres déficiences. En effet, une étude multi-pays a établi des risques de décès post-intervention chirurgicale (appendicectomie, césarienne et cure d'hernie étranglée) nettement plus élevés dans des pays à faible revenu de suite de l'accès limité aux services de santé, des conditions non satisfaisantes de prise en charge chirurgicale mais aussi de suite des compétences chirurgicales réduites (Uribe-Leitz *et al.*, 2016). Ce dernier facteur est suggestif d'un autre problème, qui pourrait être lié plus à des politiques ou des stratégies non appropriées dans le domaine de la formation ou d'allocation des ressources humaines pour la santé. Une étude réalisée dans plusieurs pays ayant médicalisé le premier échelon a montré que cette stratégie améliore l'acceptabilité et la qualité des soins de première ligne (Codja *et al.*, 2010 ; Dugas et Van Dormael, 2003).

Contrairement à l'effort mené dans ces autres pays, la RDC dispose, ces dix dernières années, d'une production bien plus importante des médecins mais maintient paradoxalement dans ses politiques une première ligne tenue par du personnel infirmier depuis une quarantaine d'années. Cette option levée au démarrage des zones de santé, l'a été dans un contexte de pénurie de médecins et de quête d'efficacité du système de soins. Face aux profils de morbidités cernés en RDC, cette option ne pourrait, dans le contexte actuel, garantir la qualité et l'acceptabilité des soins de première ligne pour plusieurs raisons : la patientèle est de plus en plus instruite et plus exigeante par rapport à la qualité des soins, surtout en milieu urbain. En outre, comme le montre une étude menée au Burkina Faso (Hienet *et al.*, 2014), la prévalence des comorbidités et des multi-morbidités est une réalité récurrente chez les sujets âgés, ce qui dépasse de loin les capacités limitées de diagnostic et de prise en charge par du personnel infirmier de première ligne. Enfin, l'émergence des maladies non transmissibles liées plus aux phénomènes de mondialisation et d'urbanisation, impose des soins complexes. Ces soins requièrent le recours au médecin préparé à cet effet. Pour clore ce point, il importe de rappeler que l'une des conditions de fonctionnement du système de soins est de disposer d'une première ligne de soins forte et structurée (Dugas et Van Dormael, 2003).

Repenser le système sanitaire et sa gouvernance : les niveaux élevés de morbidité et de mortalité mettent en exergue l'urgence qu'il y a à repenser le

système de santé et sa gouvernance en RDC. Alors que le profil de morbidité et les contextes ont fortement changé, on ne peut espérer adresser de manière adéquate les morbidités, sans mieux les cerner et engager non seulement les réformes qu'imposent ces morbidités et leurs contextes. C'est cet effort de compréhension continue des morbidités et des contextes qui indiquera la voie à des réformes pertinentes dans le secteur et donnera du contenu aux ponts qu'il importe de structurer entre les secteurs santé et les autres secteurs.

Les morbidités et les contextes étant dynamiques, la gouvernance doit être adaptative comme suggéré dans plusieurs études menées en RDC (Kahindo *et al.* 2011 ; Kahindo *et al.* 2012 ; Kahindo *et al.* 2014) ; Karemere *et al.*, 2013 ; Karemere *et al.*, 2015). Avec la globalisation, les systèmes de santé sont sans cesse soumis à de fortes influences extérieures, en particuliers des organisations internationales. Les experts de ces organisations, fort des moyens financiers apportés, sont amenés à proposer des stratégies, pertinentes dans d'autres contextes, mais qui peuvent s'avérer dévastatrices quand elles ne sont pas adaptées au contexte social et au système de santé de la RDC. C'est aussi face à ces experts que les « stewards » du système de santé de la RDC doivent disposer de fortes capacités de négociation, de persuasion et mobiliser des données factuelles issues de la recherche.

La dynamique des morbidités et des contextes étant un phénomène global, la proposition formulée de gouvernance adaptative, bien qu'apparemment théorique, pourrait s'avérer pertinente pour la RDC et pour bien des pays partageant des contextes et des morbidités similaires.

Bibliographie

A. Ouvrages et rapports

1. Asrames. *Rapport annuel d'activités 2016*. Asrames, Goma, 2016.
2. Badcock-Walters P, Barnett T, Bertozzi S, Bollinger L, DeMaria L, Fernald and al. *State of the art: aids and economics*. POLICY Project, and Merck & Co., Inc. Eds, 2012; 120p
3. Douma N and Hülhorst D. *Fonds de commerce? Assistance aux victimes de violences sexuelles en République Démocratique du Congo*. disasterstudiesoccasionalpapers 03, 2012; 84p
4. Dujardin. *Politiques de santé et attentes des patients. Vers un nouveau dialogue*. Paris, Kathala, 2002 ; 331p

5. Etienne G. Krug, Linda L. Dahlberg, James A. Mercy, Anthony Zwi et Rafael Lozano-Ascencio. *Rapport mondial sur la violence et la santé*. OMS, Genève, 2002, 376p
6. Gilson L., ed. (2012). *Health Policy and Systems Research: A Methodology Reader*. Alliance for Health Policy and Systems Research, World Health Organization. 472p.
7. Grimshaw J. *Chapitre sur la synthèse des connaissances*. Institut de Recherche de l'Hôpital d'Ottawa ; 2009.
8. Human Right Watch. *Rapport mondial 2016*. Human Right Watch, New York, 2016, 220p.
9. Laurence Codjia, Françoise Jabot, Henri Dubois. *Accroître l'accès aux personnels de santé dans les zones rurales ou reculées. Évaluation du programme d'appui à la médicalisation des aires de santé au Mali*. OMS 2010, Genève, 54p
10. Longo Benza, Beya E, Ekwanzala F, Vangu N, Nahimana D, Mbungu F, M'Buyamba K, Bielele I, et Mupepe M. *enquête sur les facteurs pour les maladies non transmissibles à Kinshasa, Capitale de la RD Congo*. OMS, Kinshasa, 2006 ; 70p
11. Losimbalikwela Joris. *Contribution à la lutte contre le paludisme en RDC*. Thèse de doctorat. UBL, Bruxelles, 2012.
12. Ministère de la santé de la RDC. *Indice de disponibilité et de capacité opérationnelle des services (SARA)*. Ministère de la santé de la RDC. Kinshasa, 2014, 247p.
13. Ministère de la santé de la RDC. *Plan national de développement sanitaire 2016-2020. Vers la couverture sanitaire universelle*. Ministère de la santé de la RDC, Kinshasa, 2016, 97p.
14. Ministère de la santé de la RDC. *Rapport d'évaluation du plan national de développement sanitaire 2011-2015*. MSP RDC, 2017, 87p
15. Ministère de la santé de la RDC. *Rapport préliminaire sur les comptes de la santé RDC 2015*. MSP RDC, 2017, 72p
16. Ministère de la santé de la RDC. *Rapports annuels de surveillance des maladies à potentiel épidémique en RDC 2014-2016*. MSP-RDC, Kinshasa, 2017, 115p.
17. Ministère du Plan /Ministère de la santé de la RDC. *Deuxième enquête démographique et de santé (EDS-RDCII 2013-2014)*. Ministère du Plan /Ministère de la santé de la RDC, Kinshasa, 2014, 652p.

43. Feinstein L, Mupenda, Duvall S, Chalachala JL, Edmonds A and Behets F. *Antenatal and Delivery Services in Kinshasa, Democratic Republic of Congo: Care-seeking and Experiences Reported by Women in a Household-based Survey*. Trop Med Int Health. 2013 October; 18(10): doi:10.1111/tmi.12171.
44. Figueiredo A, Johnston IG, Smith MD, Agarwal S, Larson HJ, Jones SN. *Forecasted trends in vaccination coverage and correlations with socioeconomic factors: a global time-series analysis over 30 years*. Lancet Glob Health 2016; 4: 726-35.
45. Foro A, Champagne F, Denis J-L. *L'approche multisectorielle du programme VIH/sida en Haïti: une revue critique des acteurs impliqués dans sa gouvernance*. Pratiques et Organisation des Soins volume 43 n° 2 / avril-juin 2012 : 131-141.
46. Galizère BA et Aubry P. *Maladie à Virus Ebola*. In *Médecine Tropicale* ; 10-16 ; Paris, 2016.
47. Hermès Karemere, Jean-Bosco Kahindo, Nathalie Ribesse, Jean Macq. *Gouvernance des hôpitaux de référence en République Démocratique du Congo: synthèse critique interprétative de la littérature*. Médecine et Santé tropicales 2013; 23: 397-402.
48. Hermès Karemere, Nathalie Ribesse, Jean-Bosco Kahindo, Jean Macq. *Referral hospitals in the Democratic Republic of Congo as complex adaptive systems: similar program, different dynamics*. Pan African Medical Journal 2015; 20:281 doi:10.11604/pamj.2015.20.281.4266.
49. Hien H, Berthé A, Drabo MK, Konaté B, Sonda D, Meda N, Tou F, Badini-Kinda F, Macq J. *Prévalence et tendances des multimorbidités chez les personnes âgées au Burkina Faso*. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique 2014 ; 62 :176-177.
50. Jean-Bosco Kahindo Mbeva, Carole Schirvel, Eliane Godelet, Alain Wodon, Denis Porignon, Michel Bonami. *Réforme des structures intermédiaires de santé en République démocratique du Congo*. Revue Santé Publique 2014, Volume 26 (6): 849-853.
51. Jean-Bosco Kahindo Mbeva, Carole Schirvel, Hermès Karemere, Mitangala Prudence, Alain Wodon, Denis Porignon. *Gouvernance et soutien provincial au district de santé en RD-Congo*. Med Trop 2011 ; 71 : 147-151.
52. Jean-Bosco Kahindo Mbeva, Carole Schirvel, Hermès Karemere, Denis Porignon. *Soutien du niveau intermédiaire au district sanitaire urbain à*

- Kinshasa (1995-2005), RD Congo, Revue Santé Publique* 2012/HS ; 24 : 9-22.
53. Jedy-Agba E, McCormack V, Adcbamowo C, dos-Santos-Silva I. *Stage at diagnosis of breast cancer in sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis*. Lancet Glob Health 2016; 4: 923-935
 54. Kabamba NL, Cowgill K, Bondo BM, Kabyla BI, Wembonyama OS et Luboya N. *Prévalence de l'hypertension artérielle dans la population des meuniers de la ville de Lubumbashi, République Démocratique du Congo*. Pan African Medical Journal. 2015; 22:152 doi:10.11604/pamj.2015.22.152.6677
 55. Kabamba AT, Shamashanga LK, Longanga AO et Lukumwena K. *Prévalence de la prise d'alcool pendant la grossesse à Lubumbashi, République Démocratique du Congo*. Pan African Medical Journal. 2014; 18:135 doi:10.11604/pamj.2014.18.135.4680.
 56. Kandolo SI, Matungulu C, Mukanya PK, Umba IK, Kabamba JN, Numbi OL, Kabyla BI, Malonga KF, Banza CL et Mashini GN. *Facteurs associés aux accidents de la route dans la ville de Lubumbashi*. Santé Publique 2014/6 ; 26 : 889-895.
 57. Kapiteni W, Drissa S, Tchouaket E et Karemere H. *Déterminants de la sécurité routière à Goma en République démocratique du Congo: analyse des informations issues des procès-verbaux de la police*. International Journal of Innovation and Applied Studies 2017; 19 (4):969-978
 58. Karemere H, Malyra F, Bangali L, Ngoy P et Ho L. *Une expérience d'implantation des sites des soins communautaires en République Démocratique du Congo*. International Journal of Innovation and Applied Studies 2017; 20(1) : 42-51.
 59. Kaswa MK, Bisuta S, Kabuya G, Lunguya O, Ndongosieme A, Muyembe JJ, Van Deun A, and Boelaert M. *Multi Drug Resistant Tuberculosis in Mosango, a Rural Area in the Democratic Republic of Congo*. PLoS ONE 2014; 9(4): e94618. doi:10.1371/journal.pone.0094618
 60. Katchunga PB, M'Buyamba-KJR, Masumbuko BE, Lemogoum D, Kashongwe ZM, Degaute JP, Kabinda JM, M'Buyamba-Kabangu JR. *Hypertension artérielle chez l'adulte Congolais du Sud Kivu: résultats de l'étude Vitaraa*. Presse Med. 2011; 6 (4): 315-323. PubMed [Google Scholar]
 61. Katchunga PB, Cikomola J, Tshongo C, Baleke A, Kaishusha D, Mirindi P, Tamburhe T, Kluyskens Y, Sadiki A, Bwanamudogo S, Kashongwe Z

- ang Twagirumukiza M. Obesity and diabetes mellitus association in rural community of Katana, South Kivu, in Eastern Democratic Republic of Congo: Bukavu Observ Cohort Study Results. *Endocrine Disorders* (2016) 16:60 DOI 10.1186/s12902-016-0143-5
62. Krishnamurthi RV, Feigin VL, Forouzanfar MH, Mensah GA, Connor M, Bennett DA, Moran EA, Sacco RL, Anderson LM, Truelsen LM, O'Donnell M, Venketasubramanian N, Barker-Collo Z, Lawes CM, Wang W, Shinohara Y, Witt E, Ezzati M, Naghavi M, Murray C and the GBD Stroke Experts Group. Global and regional burden of first-ever ischaemic and haemorrhagic stroke during 1990–2010: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet Glob Health* 2013;1: 259–281
63. Laliberté D. Crises humanitaires, santé des réfugiés et des déplacés : un cadre analytique. *Revue européenne des migrations internationales* 2007; [En ligne], 2(3), mis en ligne le 01 décembre 2010, consulté le 30 septembre 2016. URL : <http://remi.revues.org/4207>; DOI : 10.4000/remi.4207
64. Likwekwe EK, Lupay A, Maindo A, Okenge L. Fistules urogénitales: étude épidémiologique et clinique dans deux hôpitaux généraux du district de la Tshopo, Kisangani-RDC. *Kisangani Médical* 2014; 5(2):77–81.
65. Maheu-Giroux M, Filippi V, Samadoulougou S, Castro MC, Maulet N, Meda M, Kirakoya-Samadoulougou F. Prevalence of symptoms of vaginal fistula in 19 sub-Saharan Africa countries: a meta-analysis of national household survey data. *Lancet Glob Health* 2015; 3: e271–78
66. Mahler D, Smeeth L et Sekajugo J. Health transition in Africa: practical policy proposals for primary care. *Bull World Health Organ* 2010;88:943–948 | doi:10.2471/BLT.10.077891
67. Mashinda KD, Kayembe KP, Mapatano MA. Prévalence du cancer en République Démocratique du Congo : données anatomopathologiques recueillies aux Cliniques Universitaires et à l'Hôpital Général de Référence de Kinshasa. *Ann. Afr. Med* 2012; 5 (3) : 1087–1093.
68. Misombo KA, Nguefack-Tsague G, Kalla GCM, Afane ZE, Diangs K, Tshapenda P, Kebela I, Bisuta F, Magazani N, Mbopi-Kéou FX. Facteurs de risque de la tuberculose multi-résistante dans la ville de Kinshasa en République Démocratique du Congo. *Pan African Medical Journal*. 2016; 23:157 doi:10.11604/pamj.2016.23.157.6137

69. Mobula L, Lilley B, Tshetu AK, Rosenthal PJ. Resistance-mediating polymorphisms in *Plasmodium falciparum* infections in Kinshasa, Democratic Republic of the Congo. *Am J Trop Med Hyg*. 2009; 80(4): 555–8.
70. Mwembo-Tambwe, Kayamba KM, Donnen P, Mukalenge CF, Humblet P, Dramaix M, Buckens P. Accouchées avec statut sérologique VIH inconnu à Lubumbashi, RD Congo: proportion et déterminants. *Pan African Medical Journal*. 2012; 12:25
71. Ngama CK, Manika M, Lukusha II, Kapend SM, Mundongo HT, Makinko PI, Mulumba MC et Kapend a Kalala L. Profil épidémiologique et clinique de la tuberculose dans la zone de santé de Lubumbashi (RD Congo). *Pan African Medical Journal*. 2014; 17:70 doi:10.11604/pamj.2014.17.70.2445
72. Nove A, Matthews Z, Neal S, Camacho AV. Maternal mortality in adolescents compared with women of other ages: evidence from 144 countries. *Lancet Glob Health* 2014; 2: 155–164
73. Ntambue AM, Malonga FK, Dramaix-Wilmet M, Ngatu NR, Donnen P. Better than nothing? maternal, newborn, and child health services and perinatal mortality, Lubumbashi, democratic republic of the Congo: a cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth* (2016) 16:89 DOI 10.1186/s12884-016-0879-y
74. OmbaKalonda JC. Impact socio-économique du conflit en République Démocratique du Congo sur la santé des femmes et des enfants. *Med Trop* 2011;71: 192–196
75. OMS: Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978. Available at <http://www.who.int/hpr/archive/docs/almaata.html>.
76. Punga-Maole AML, Moningo DM, Kayembe PK, Tshikucla ML et Kabongo JMM. Étude de dépistage du cancer de la prostate au sein d'une population d'employés d'une entreprise de Kinshasa en république démocratique du Congo. *Taux de détection et facteurs de risques nutritionnels et géographiques. Progrès en urologie* 2008; 18 : 512–518.
77. Saxena S and Setoya Y. *World Health Organization's Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2020*. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2014; 68: 585–586
78. Swarthout TD, van den Broek IV, Kayembe G, Montgomery J, Pota H, Roper C. Artesunate + amodiaquine and artesunate + sulphadoxine-

- pyrimethamine for treatment of uncomplicated malaria in Democratic Republic of Congo: a clinical trial with determination of sulphadoxine and pyrimethamine-resistant haplotypes. *Trop Med Int Health*. 2006; 11(10):1503-11.
79. Talona L., Maoneo A., Baonga L., Munyapara S., Wami W. *Profil épidémiologique des traumatismes par accidents de trafic routier aux cliniques universitaires de Kisangani*, KisMéd Aout 2014, Vol 5(1) : 51-57
80. Toure B, Bichet M, Sterk E, Antierrens A, Losimba JL, Porten K. *Prévalence du paludisme dans l'aire de santé de Danga (Province Orientale de la RDC)*. Epicentre, 2015.
81. Unwin N, Alberti KG. *Chronic non-communicable diseases*. *Ann Trop Med Parasitol* 2006;100:455-64. doi:10.1179/136485906X97453 PMID:16899148
82. Uribe-Leitz T, Jaramillo J, Maurer L, Fu R, Esquivel MM, Gawande AA, Haynes AB, Weiser TG. *Variability in mortality following caesarean delivery, appendectomy, and groin hernia repair in low-income and middle-income countries: a systematic review and analysis of published data*. *Lancet Glob Health* 2016; 4: 165-174
83. Vogel PJ, Betrán PA, Vindevoghel N, Souza P, Torloni MR, Zhang J, Tunçalp O, Mori R, Morisaki N, Ortiz-Panoso E, Hernandez B, Pérez-Cuevas R, Qureshi Z, Gülmezoglu AM, Temmerman M and GBD Stroke Experts Group. *Use of the Robson classification to assess caesarean section trends in 21 countries: a secondary analysis of two WHO multicountry surveys*. *Lancet Glob Health* 2015; 3: e260-70
84. Wangata J, Elenge M et De Brouwer V. *Les accidents du travail dans le transport urbain en commun de la ville province de Kinshasa, République Démocratique du Congo: une étude transversale descriptive*. *Pan African Medical Journal*. 2014; 19:41 doi:10.11604/pamj.2014.19.41.40201
85. Yotebieng M, Lobbok M, Soeters HM, Chalachala JL, Lapika B, Vitta BS, Behets F. *Ten Steps to Successful Breastfeeding programme to promote early initiation and exclusive breastfeeding in DR Congo: a cluster-randomised controlled trial*. *Lancet Glob Health* 2015;3: 546-555.