

L'ACCESSIBILITE DE LA POPULATION AUX SERVICES ET AUX SOINS DE SANTE EN RDC

**PAR LOKOTE YONGO Michel Assistant à l'ISTM/Kinshasa et SHAMAMBA
NABINTU Ruphine Chef de Travaux à l'ISTM/Kinshasa**

Selon SACHS (1986), le droit fondamental à la santé de chaque individu implique la réduction des écarts de ceux qui ont et ceux qui n'ont pas accès à la santé. Ainsi qu'aux autres composantes nécessaires à ce maintien tel que reconnu : Nourriture, emploi, éducation, etc. Il implique la redistribution des ressources en favorisant particulièrement les démunis et ceux qui ont besoin le plus important.

Les soins de santé primaires constituent le maître moyen du service de l'objectif de santé pour tous dont la visée ultime est de permettre à tous les habitants, de tous les pays de mener une vie socialement et économiquement productive. Il s'agit de garantir à chacun la jouissance d'un état de santé qui le rend capable de travailler de façon productive, à la vie sociale de la collectivité.

Les inégalités flagrantes dans la situation sanitaire des peuples aussi bien entre pays développés et pays en développement qu'à l'intérieur même des pays sont : politiquement, socialement, économiquement, inacceptables et constituent un sujet de préoccupations commun pour tous les citoyens. Selon les normes relatives aux systèmes de santé et aux infrastructures de santé, classent les services de santé selon leurs priorités : « toute personne a droit à l'accès à des services de santé qui sont classés selon leurs priorités afin d'aborder les principales causes de mortalité et de morbidité. L'accès aux services de santé se basera sur le principe d'équité à savoir assurer un accès égal selon les besoins, sans discrimination pouvant entraîner l'exclusion des groupes spécifiques. Dans la pratique, l'emplacement

et la dotation en personnel des services de santé devraient être organisés de manière à assurer un accès universel à tous du fait que lorsque les honoraires sont demandés aux utilisateurs, il faudra prendre des dispositions pour veiller à ce que les personnes n'ayant pas les moyens de verser ces honoraires aient de même accès aux services de santé de base. Partant sur les services des soins et sa qualité montre que, sur le plan financier, le coût de prestation des soins et des services de santé est généralement élevé par rapport au pouvoir d'achat de la majorité de la population.

L'inexistence de la notion d'épargne de santé ;

- ✓ Ne pas donner priorité aux dépenses de santé par rapport aux autres types de dépenses (ne pas vouloir dépenser de l'argent pour se faire soigner quant).

I. L'accessibilité aux services et aux soins de santé au centre des théories de la localisation des activités économiques et des populations

La présence de populations et d'activités économiques associées en un lieu donné a donné naissance aux théories des localisations. Parler de l'accessibilité implique de s'attarder un peu sur les modèles de répartition spatiale des populations à servir. On doit donc présenter les modèles de localisation et l'analyse historique de l'organisation et des interactions spatiales. Les activités économiques et les peuplements conditionnent en partie la structuration des territoires de manière inégale, la localisation des services et donc des services de santé en tant que signe de la tertiarisation. Le concept d'accessibilité dans le système de santé implique les activités économiques qui sont fortement associées, il existe toujours des zones densément peuplées et d'autres quasi désertiques, des zones à forte activité économique et d'autres plus pauvres. La structuration spatiale d'un territoire peut être abordée au

moins à deux échelles principales que sont les villes et leur répartition en tant que centre attractif majeur sur un territoire et enfin l'échelle intra-urbaine qui correspond à la structure interne des peuplements denses et organisés en système complexes. Les villes ont toujours été associées à la santé par l'hôpital, mais on peut aussi penser au réseau de médecins libéraux et de pharmacies, de laboratoires d'analyses et au transport en commun ou sanitaire qui s'y associent comme les activités liées à la santé, très fortement marquées par le caractère urbain. En fonction de la distribution des populations et des interactions entre les espaces, les équipements sanitaires qui doivent les servir devraient être redistribués ou organisés selon des règles et des échelons associées aux besoins afin de permettre une accessibilité égale à tous les citoyens souffrant des mêmes maladies. La localisation des producteurs se démarque de celle des utilisateurs du fait des moyens de liaison. La contrainte de proximité disparaît en partie mais reste encore très forte pour des services nécessitant le contact intime tels que dans la relation médecin généraliste malade. L'important est de disposer de certains soins de qualité en des lieux privilégiés situés à une distance raisonnable de déplacement (voiture, transport en commun), lieux aisément interconnectés à d'autres (séquences de soins en fonction de lieux spécialisés, répétition des soins).

Pour ce qui concerne les localisations intra-urbaines de service, on citera les modèles urbano rural qui correspondent à des visions pures ou déformées de la structuration en anneaux d'un espace urbain autour de points focaux que sont le centre-ville. Les caractéristiques individuelles qui déterminent un niveau d'accessibilité et de recours peuvent donc aussi correspondre à la typologie d'un lieu, notion élargie à sa population d'habitants (urbains, habitants d'un quartier.) lieu qui disposerait d'une certaine homogénéité. Ces lieux peuvent être aussi caractérisés selon leur équipement

sanitaire ce qui permet de confronter la demande et l'offre de services ou la capacité de se connecter à un point d'entrée du système de soin pour des populations particulières. On peut donc attribuer à certains lieux plus ou moins agrégés selon des échelles et critères variés de description, un niveau d'accessibilité aux ressources sanitaires qui définira un caractère d'exclusion ou d'intégration progressive des habitants en fonction d'un service précis répondant à une demande (morbidité) donnée. Ces changements d'échelle des individus aux groupes et de leur de résidence à leurs lieux de vie sont accompagnés de changements d'échelle spatiale d'analyse (des lieux ponctuels à des territoires plus ou moins grands) pour décrire et expliciter les différences d'accès et donc des changements de définition de l'accessibilité.

II. accessibilité et Systèmes de santé des Services publics, la réflexion de l'utilisateur

Les services sont une résultante de la tertiarisation des économies. Les services aux individus, les services aux entreprises ont fait l'objet d'études géographiques mais aussi économiques afin de les caractériser, cette caractérisation affecte le regard géographique qu'on peut en avoir dans son livre sur les services l'auteur cite comme attributs des services, le caractère et l'origine public des capitaux mobilisés (service public), la destination des services (clients = entreprises , ménages ,individus), le degré de qualification du personnel, la portée géographique du marché, le type d'organisation (formel informel), le degré d'intensité capitalistique comme autant de facteurs d'hétérogénéité des services. Les services de santé y répondent à une certaine définition qui influence notre capacité d'agir sur leur accessibilité.

III. Le caractère particulier des services de santé.

Les services de santé sont censés transformer (mais aussi prévenir) un état de santé morbide ou mortel. A ce titre on a d'abord en tête le dialogue de la

proximité entre médecin et patient malade, mais le développement de technologies médicales et assimilées a montré l'apparition de techniques de soin à distance (télémédecine) ou le contact peut être virtuel jusqu'à un certain point. L'accessibilité virtuelle pour la promotion et la prévention pourrait devenir un nouvel enjeu géographique de la santé. Le domaine des services de santé est complexe et réfère autant au concept libéral qu'à l'économie publique. En effet en santé certaines caractéristiques telles que l'existence de fortes externalités positives et négatives par exemple dans le domaine de la prévention et de l'immunisation, l'implication forte de l'Etat. Cet évidence que nous ne sommes pas dans un univers économique purement marchand même s'il peut être partiellement régulé par le marché. D'une manière générale on aborde le problème de l'accessibilité d'une façon assez différente (théories, paradigmes, méthodes et outils, résultats et variables - indicateurs) selon qu'on se situe en modèle de marché (libre choix des agents consommateurs et des offreurs) ou en modèle d'Etat providence où l'offre est régulée par l'état comme un service public (régalien) quel qu'en soit la forme de financement.

IV. La voix pour remédier aux inégalités sur l'accessibilité aux soins et aux services de santé

Ainsi l'étude de l'accessibilité et de son déterminisme pourra prendre des formes assez variées en fonction des contextes rencontrés. L'exemple de la France qui dispose d'un système de santé mixte (privé public) montre que les problèmes seront différents selon que l'on étudie un soin couvert par l'assurance sociale. Les barrières économiques sont en partie levées mais il resterait à lever les barrières sociales et géographiques et c'est le rôle de l'Etat de piloter ces réformes. S'il n'est pas couvert, l'accessibilité à ce type de soins qui sera déterminé par l'accessibilité économique plus que géographique sera dépendante de la richesse du demandeur. Grâce à la couverture sociale par

l'assurance maladie on réduit les inégalités financières d'accès au système de soin. Dans une définition de système de santé de marché c'est d'abord l'entreprise de santé qui analyse sa localisation optimale et son offre pour un objectif de profit maximisé espéré. On montre là l'importance de l'agent qui décide, fournisseur de soins, fournisseur d'une assurance maladie au sein d'un système de santé qui est capable de sélectionner une clientèle en fonction des règles de localisation de sa cible et de ses moyens de paiement. A l'opposé le patient potentiel doit étudier l'offre accessible et choisir son assurance ce qui peut le conduire à cacher certaines de ces caractéristiques ou de ses actions.

L'offre à réorganiser nous prendrons le point de vue de la société, mais la vision entrepreneuriale d'un hôpital isolé pourra contribuer à faire prendre un point de vue d'entreprise comme c'est déjà le cas en économie de la santé. Le problème par le client qui prend la décision de consommation, et dans d'autres l'entreprise qui prend la décision de se localiser et de développer des services en ce lieu ce qui peut aussi signifier la capacité de refuser de servir certains clients non éligibles. Dans un service public la problématique se pose assez différemment car l'état est responsable de l'organisation d'un service qu'il est censé apporter à tous de manière non différenciée face à un même besoin de santé. Cela implique le refus de créer des barrières à priori ce qui n'est pas le cas d'un système entrepreneurial. L'état doit donc utiliser des critères de planification qui diffèrent de ceux des entreprises : équité qualité, accessibilité par exemple ont un autre sens. Quand il utilise un critère de l'accessibilité l'état a le devoir (l'image miroir en est le droit à la santé pour le citoyen) de fournir les ressources sanitaires aux citoyens de manière égalitaire. L'accessibilité serait donc un problème de droit, au moins partiellement avant d'être un problème de répartition géographique et d'incitation économique. A ce titre l'Etat intervient donc complètement ou partiellement dans la régulation de

l'utilisation des ressources allouées au système de soin et de l'implantation de ressources sanitaires dans de nombreux pays, il y corrige des dysfonctionnements issus d'une gestion libérale du système de santé. L'Etat impose donc (dans le cas de la République Démocratique du Congo) les lieux des services généraux tels que les hôpitaux, ce qui s'est fait au cours du temps en fonction d'un contexte historique et socioculturel. Le face à face entre liberté d'installation des agents économiques et les lieux figés de la santé a abouti naturellement et très tôt à des incongruités renforcées au cours du temps du fait des évolutions non parallèles entre offre et demande. Les démarches d'aménagement du territoire et de discrimination positive peuvent donc tenter de renverser le processus en basant la décision sur les besoins et leur expression géographique en particulier, ce qui abouti à la réorganisation de certains centres de santé. L'accessibilité est alors un concept dont les indicateurs signent ces inégalités d'accès aux soins, mesures qu'il s'agit de mobiliser pour réformer en fonction de l'intérêt général. L'objectif est bien d'améliorer la santé de la population. Par ailleurs le choix d'échelle de démonstration et de mesure de l'accessibilité va déterminer notre vision des inégalités décrites et les moyens y compris administratifs d'y remédier. En République Démocratique du Congo les échelles d'analyse ont été révisées en même temps qu'on révisait les échelles de décision et les outils de gestion.

1. Accès et accessibilité, équité aux services et aux soins de santé

Suite aux éclairages précédents nous permetts de continuer à séparer clairement ces deux premières notions malgré tout intimement liées, en considérant l'accès comme une réalité mesurable par la fréquentation (un usage du système de soin), tandis que l'accessibilité définira plutôt le potentiel d'accès au service. On trouve ce type de différenciation en économie de la santé ou l'accès aux soins est considéré comme une condition de l'équité. Des

contradictions se présentent toujours dans l'acceptation de ces notions pourtant considérées comme banales. L'OMS parle de l'accès, dans le sens où des inégalités d'accès sont alors plutôt des inégalités de couverture sociale (financement et ayant droit).

2. Les services et les soins de santé régularisés par l'Etat

La régulation des services de santé implique principalement la généralisation de l'accès aux soins à toutes les couches de la population et l'amélioration de l'efficacité des soins prodigués. Les décisions de politique de santé qui ont été appliquées en RDC pour certaines maladies reposaient sur la gratuité des soins produits par les structures sanitaires publiques. Si théoriquement cette politique témoigne de la solidarité de l'État envers les usagers desdits soins, dans la pratique elle s'est révélée socialement injuste. En effet, la gratuité des soins ne libère pas les populations de la prise en charge médicale (médicaments et examens), qui reste payante et réalisée par les établissements privés. La privatisation de cette prise en charge (assurance) et le mauvais fonctionnement des services de santé en limitent l'accès à toutes les couches de la population ; les plus démunies en étant les plus exclues. La mise en place d'un système de redistribution reposant uniquement sur la fiscalité est souvent avancée comme mesure optimale susceptible de garantir un accès équitable aux soins à toutes les populations. Cette politique est censée limiter l'intervention publique dans le secteur de la santé et en améliorer leur impact. Quand aux problèmes d'efficacité de l'offre de soins, ils sont laissés aux soins du marché dont le bon fonctionnement permettrait un ajustement efficace de l'offre et de la demande. Cet ajustement est d'autant plus optimal que la volonté de partager les risques sanitaires est manifeste et importante chez les usagers. Cela suppose toutefois au préalable un travail d'information sur les risques et une ferme intention de les partager avant leur manifestation.

L'application d'une politique de redistribution fiscale pour assurer un accès équitable aux soins à des individus fonctionne certes bien tant qu'on a à faire à une économie relativement bien structurée et où les activités économiques qui y sont menées sont majoritairement formelles. En d'autres termes, si dans les pays développés elle a permis une nette amélioration de la couverture sanitaires – comme ce fut le cas en France où, selon Henriët et Rochet (1999), entre 1960 et 1991 la population sans couverture maladie est passée de 24 % à 0,7 % – en revanche pour des économies en développement comme celle de la RDC, peu structurées et à dominante informelle, l'instauration d'une politique de redistribution fiscale aura peu de chance d'aboutir aux résultats attendus. Nous avançons ici diverses raisons. En premier lieu, nous pouvons noter la part prépondérante des activités informelles dans l'économie Congolaise (plus de 60 % selon la Banque mondiale). En effet, cette présence massive des activités économiques informelles dans l'économie ne facilite ni l'identification des foyers fiscaux, ni les prélèvements fiscaux. La mise en place donc d'une politique de redistribution fiscale, pour réduire l'inégalité d'accès aux soins, n'aura donc que très peu d'effet compte tenu de la faiblesse des revenus fiscaux. L'extension géographique des infrastructures sanitaires en RDC est considérable, depuis 2011. Cette politique qui consiste à créer des services de santé spécifiques pour répondre aux besoins locaux a certes permis d'améliorer le bien-être de nombreuses personnes qui, autrefois étaient contraintes d'utiliser des moyens alternatifs pour se soigner. Toutefois, il convient de noter que ces efforts sont loin d'être suffisants, pour atteindre le seuil

« d'acceptabilité » de l'inégalité des populations face aux soins. En effet, les populations urbaines relativement plus aisées sont privilégiées par la proximité des hôpitaux nationaux, qui offrent des services assez diversifiés et plus qualifiés. Les populations rurales n'ont à leur portée que des postes de santé

sis dans des « petites cases » et les centres de santé, spécialisés dans les soins de premier niveau. Cette asymétrie dans l'accès et l'utilisation des structures hospitalières plus qualifiées entre zones géographiques différentes, abritant des populations aux revenus disparates, influe considérablement et négativement sur l'état de santé d'ensemble des populations. Elle offre, en effet, peu de choix aux usagers ruraux, en général pauvres, et dans une moindre mesure aux usagers urbains. De plus, le fait que ceux-ci (usagers) ne puissent rien y changer, pour bénéficier des soins qui soient au moins à la hauteur des frais supportés, peut constituer un motif de plus pour privilégier les mécanismes de soins alternatifs ou recourir aux tradipraticiens. Le problème de ressources financières est une comme raison faisant obstacle à l'accès aux services et aux soins de santé.

3. Comment améliorer l'accès aux services et aux soins de qualité en RDC

Le système de paquet minimum d'activité initié par la politique des « soins de santé primaire » considère a priori que toutes les populations et de toutes les localités ont besoin à un moment donné de ce premier soins. Cette politique obéit à une nouvelle stratégie sanitaire mondiale initiée par l'OMS et reprise par la rencontre de Bamako en 1987. C'est ce qui justifie par ailleurs l'essor des postes et centres de santé à travers tout le pays, même dans des localités où les besoins sanitaires dépassent le niveau de soins primaires. Autrement dit, la géographie d'implantation des infrastructures sanitaires ne tiendrait pas compte de la spécificité et de la diversité des besoins immédiats et futurs des populations en matière de soins. Par ailleurs, la qualité des ressources humaines du personnel hospitalier, son utilisation optimale ainsi que son effectif jouent également un rôle important dans la prestation des soins de qualité.

L'amélioration de l'accès aux soins passe aussi par l'instauration d'un système de tarification clair, uniforme et adapté. Ce système se doit d'être clair pour bien situer les populations sur les conditions d'accès aux soins et mettre un terme aux pratiques de tarification officieuses qui ternissent l'image de l'hôpital public et du système de santé en général. Il se doit d'être uniforme pour éviter que les critères de choix des hôpitaux par les patients reposent sur des barrières financières. La rémunération non réglementée à l'acte est largement répandue dans les services de santé en RDC. Il s'agit là tant d'une cause que d'une conséquence de la commercialisation des soins de santé

Elle exige cependant, pour être mise en place efficacement, une plus grande transparence au niveau de la gestion hospitalière et une participation financière constante et soutenue de l'État et des partenaires au développement, pour assurer aux hôpitaux un fonctionnement régulier et efficace. Depuis 2001, les charges liées au fonctionnement des centres hospitaliers ne cessent d'augmenter sans que les tarifs ne soient réajustés et sans un soutien financier de l'État. Ces deux événements auraient conduit à une nette dégradation de la situation financière des structures sanitaires en RDC. La participation des populations aux charges des hôpitaux doit être compensée par la garantie des services sanitaires qualifiés. C'est à cette condition que se construit la confiance usagers et structures sanitaires, d'une part, et populations-institutions de couverture risque-maladie, d'autre part. Également, c'est à cette condition qu'on peut amener les populations à se départir des pratiques sanitaires dangereuses au profit des soins modernes. La situation des mutuelles doit également être clarifiée. Depuis 2011, l'État multiplie des initiatives pour promouvoir les mutuelles de santé et pour contractualiser des rapports entre mutuelles de santé et centres hospitaliers.

Conclusion

La préoccupation qui a motivé cette réflexion résulte d'un constat du non accessibilité financière de la population aux services et aux soins de santé. Les réformes introduites dans les systèmes de santé en Afrique, notamment l'initiative de BAMAKO, ont contribué à transférer la part importante du coût de la santé sur les ménages qui deviennent ainsi le premier acteur de financement du secteur de la santé.

D'une manière globale, ces réformes ont permis de restaurer une certaine confiance des usagers dans les services publics de santé par la production relative de soins de qualité surtout à la base, l'instauration du système de recouvrement des coûts qui en constitue un élément central, a entraîné une désaffection des structures sanitaires par les populations particulièrement celles à faible revenus. Cette situation est encore alarmante en République Démocratique du Congo suite aux crises multiformes traversées par le pays qui ont contribué à la dégradation de la situation socio-économique. Dans le cadre de réformes en cours du secteur de la santé en RDC, il s'avère important d'envisager des mesures qui tiennent compte des besoins réels de la population pour espérer améliorer l'utilisation des services et les soins de santé de ces derniers.

Les notions de distances sociales économiques et physiques entre une demande (besoins de santé) et une offre (ressources sanitaires) sont donc associées et aboutissent à définir un niveau d'accessibilité qui se concrétise par Sortir les services de santé d'une logique purement commerciale est une condition préalable à la réussite de toute réforme en santé et de tout effort de rationalisation.

BIBLIOGRAPHIE

1. AUDIVERT M. et All (2003) : Le financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu, Ed. Karthala, Paris.
2. COMMEYRAS C. et All (2003) : Accessibilité et déterminants de recours aux soins et aux médicaments pour des populations du Cameroun, Yaoundé.
3. CRDI (2003) : Gouvernance, équité et santé : politiques publiques et protection contre l'exécution, Montréal.
4. DIANA De G. et All (2003) : Equité dans le financement des soins de santé : synthèse, Belgique.
5. FLACHENBERG F. et All (1998) : Santé communautaire : une expérience pilote au Mali, Mali.
6. JEFFREY SACHS (2002) : Guérir la pauvreté en soignant les pauvres, Revue : Afrique Relance.
7. LELO F. et All (2004) : Pauvreté urbaine à Kinshasa, Cordaid, la Hays, Hollande.
8. LUTUTALA B. et All (2004) : Les coûts annexes des soins d'hospitalisation des malades dans le réseau BDOM Kinshasa, Kinshasa.
9. MONNIER J. et All (1980) : Santé publique, santé de la communauté, Ed. Samedi, Bruxelles.
10. MUNINGA M. (2004) : Elément de santé publique, Kinshasa
11. Minisanté RDC (2003) : Manuel des procédures du relais communautaire, direction des SSP, Kinshasa.
12. Minisanté RDC (2004) : Etude sur l'accessibilité financière des communautés aux soins de santé, DEP, Kinshasa.
13. Minisanté RDC (2006) : Recueil des normes de la zone de santé, Kinshasa.
14. Minisanté RDC (2001) : Politique nationale de la santé, Kinshasa.
15. Minisanté RDC (2006) : Stratégie de renforcement du système de santé, Kinshasa.
1. Minisanté Rwanda (2004) : Amélioration de l'accès aux services de santé au Rwanda le rôle de l'assurance, Kigali.