

[Ce rapport présente les principaux résultats de l'Enquête de Base sur l'Utilisation des Centres de Santé Intégrés \(EBUCSI\) qui a été réalisée par le Centre National de la Statistique et des Etudes Economiques \(CNSEE\) pour le Projet d'Appui à la Réinsertion Socio-Economique des Groupes Défavorisés \(PARSEGD\). Cette enquête a été financée par le Fonds Africain de Développement \(FAD\), du Groupe de la Banque Africaine de Développement \(BAD\).](#)

[L'EBUCSI est un volet de l'Etude sur l'Utilisation des Services de Santé et sur la Participation des Populations à la Gestion des Centres de Santé.\(en pdf\)](#)

AVANT-PROPOS

Le Centre National de la Statistique et des Etudes Economiques (CNSEE) vient de réaliser l'Enquête de Base sur l'Utilisation des Centres de Santé Intégrés (EBUCSI).

L'EBUCSI est un volet de l'Etude sur l'Utilisation des Services de Santé et la Participation des Populations dans la Gestion des Centres de Santé. C'est la toute première opération du genre réalisée par le CNSEE.

Le présent rapport d'analyse, publié par le CNSEE vient couronner les multiples efforts déployés en amont douze mois durant et faire aboutir ainsi cette opération statistique. En effet l'analyse des résultats de l'EBUCSI constitue une synthèse pratique de l'étude des diverses données qui ont été recueillies lors de l'opération de collecte.

Le présent rapport d'analyse est le résultat d'une fructueuse coopération, sous l'égide du Projet d'Appui à la Réinsertion Socio Economique des Groupes Défavorisés (PARSEGD), entre le CNSEE d'une part et le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) et la Banque Africaine de Développement (BAD) d'autre part.

Le Directeur Général du CNSEE,

Directeur National de l'EBUCSI,

-Samuel AMBAPOUR.-

PARTIE I : PRESENTATION DU PAYS ET DE L'ENQUETE

CHAPITRE I : PRESENTATION DU PAYS

1.1 Présentation du pays

1.1.1 Quelques aspects géographiques

A cheval sur l'équateur, la République du Congo est située en Afrique Centrale et couvre une superficie de 342 000 kilomètres carrés. Elle est frontalière au nord à la République du

Rapport d'analyse de l'Enquête de Base sur l'Utilisation des Centres de Santé Intégrés

Écrit par Didier Alfred Ganga

Mercredi, 13 Octobre 2010 07:46 - Mis à jour Mercredi, 13 Octobre 2010 08:19

Cameroun et à la République Centrafricaine, au sud par l'Angola (enclave du Cabinda), à l'est par la République Démocratique du Congo, le fleuve Congo et son affluent l'Oubangui, et à l'ouest par la République du Gabon et l'Océan Atlantique (avec une façade maritime de 176 km).

La République du Congo est un pays chaud et humide.

Le sud possède un climat tropical humide (encore appelé climat bas-congolais). Il est caractérisé par des températures élevées et des précipitations abondantes et par l'existence de quatre saisons : deux saisons sèches (une grande saison sèche de juin à septembre et une petite saison sèche de décembre à janvier) et deux saisons des pluies (une petite saison des pluies d'octobre à novembre et une grande saison des pluies de février à mai).

Dans la partie septentrionale du pays règne un climat équatorial (aussi appelé climat guinéen forestier). Ce climat est caractérisé par des températures élevées et des précipitations abondantes. La moyenne annuelle des températures est de 25°C et la moyenne annuelle des précipitations varie entre 1 600 mm et 1 800 mm d'eau.

Dans le centre du pays règne un climat intermédiaire entre le climat tropical humide et le climat tropical sec. Ce climat est dit sub-équatorial. Il est caractérisé par des températures élevées et des précipitations abondantes. La moyenne des températures est de 25°C et celle des précipitations de 1 800 mm d'eau.

Il existe deux types de végétation au Congo : la forêt et la savane.

La forêt occupe environ 60 % du territoire congolais. Elle est localisée dans trois zones : la

grande forêt du nord, les massifs du Mayombe et du Chaillu.

La grande forêt du nord, qui est la plus importante zone forestière du pays, couvre une superficie de 13 500 000 hectares. Une grande partie de cette forêt est inondée. Elle est localisée dans les départements de la Sangha, de la Likouala, de la Cuvette Ouest et de la Cuvette.

Le Mayombe est la deuxième zone forestière du Congo. Sa superficie est de 3 500 000 hectares. La forêt du Mayombe se situe dans les départements du Kouilou et de Niari.

Le massif du Chaillu est une forêt qui pousse dans le Département du Niari. Il couvre une superficie de 1 000 000 d'hectares.

La savane, qui occupe environ 40 % du territoire congolais et qui s'étend de la vallée du Niari au Plateau Central existe en quatre types : la savane herbeuse, la savane arbustive, la savane herbacée et la savane arborée.

Le relief du Congo est constitué des plaines, des plateaux et des montagnes.

Les grandes plaines du Congo sont la cuvette congolaise, la vallée du Niari et la plaine côtière.

La cuvette congolaise est une plaine de basse altitude. Elle couvre 150 000 kilomètres carrés. Elle est en partie inondée.

La vallée du Niari est une plaine dont l'altitude varie entre 180 et 200 m. Elle est arrosée par le fleuve Kouilou-Niari.

La plaine côtière borde l'Océan Atlantique entre le Gabon et l'enclave du Cabinda.

Les plus importants plateaux sont les plateaux du nord-ouest, les plateaux batéké et les plateaux des cataractes.

Les plateaux du nord-ouest sont localisés au nord de la cuvette congolaise. C'est dans ces plateaux qu'on trouve le point culminant du Congo : le mont Nabemba avec 1 040 m d'altitude.

Les plateaux batéké ont une altitude qui varie entre 600 et 800 m d'altitude. Leurs sols sont sablonneux et très perméables.

Les grandes zones de montagnes du Congo sont le Mayombe et le Chaillu.

Le massif du Chaillu est un massif forestier qui culmine à 965 m d'altitude au mont Birongou.

Le Mayombe est une chaîne de montagnes qui culmine au mont Mvougouti à 930 m d'altitude.

Le réseau hydrographique congolais, très important, comprend trois grands bassins : le bassin du Congo, le bassin du Ndouo-Kouilou-Niari et le bassin côtier.

Le bassin du Congo a comme cours d'eau principal le fleuve Congo. Ce fleuve borde la République du Congo sur une distance de 700 km. Le débit du fleuve Congo, 40 000 mètres cubes par seconde, en fait le second fleuve le plus puissant au monde après l'Amazone en Amérique du Sud.

Le fleuve Ndouo-Kouilou-Niari (Ndouo dans les Plateaux, Niari dans le Pool et la Bouenza et Kouilou dans le département du Kouilou) qui couvre une superficie de 60 000 kilomètres carrés, avec un débit de 900 mètres cubes par seconde et qui coule sur une distance de 550 km avant de se jeter dans l'Océan Atlantique est le cours d'eau principal du bassin qui porte le même nom.

Le bassin côtier est formé de petits cours d'eau qui se jettent directement dans l'Océan Atlantique. Les principaux sont la Nianga, la Noubi et la Louémé.

1.1.2 Contexte politico-administratif

La République du Congo a acquis sa souveraineté le 15 août 1960. Cette souveraineté fut symbolisée par un drapeau "Le Drapeau tricolore Vert-Jaune-Rouge" et par un hymne national "La Congolaise". L'Abbé Fulbert YOULOU en fut le premier Président de la République.

Avant cette date, le Congo était une colonie française. Il s'appelait alors Territoire du Moyen Congo et faisait partie d'un grand ensemble géographique, appelé Afrique Equatoriale Française (AEF), dans lequel se trouvaient l'Oubangui-Chari (actuelle République Centrafricaine), le Gabon et le Tchad.

Les 13, 14 et 15 août 1963, un mouvement populaire emporta le régime de l'Abbé Fulbert YOULOU. Alphonse MASSAMBA-DEBAT fut porté au pouvoir. Le multipartisme fut aboli et un parti de masse d'idéologie socialiste-bantou fut créé : le Mouvement National de la Révolution (MNR).

A la suite d'un mouvement insurrectionnel, Marien N'GOUABI prend le pouvoir le 31 juillet 1968. Le MNR se mut en un parti d'avant-garde d'obédience marxiste-léniniste, le Parti Congolais du Travail (PCT), le 31 décembre 1968.

Le 18 mars 1977, Marien N'GOUABI est assassiné. Un triumvirat au sein du Comité Militaire du Parti (CMP), sorte de Bureau Politique du PCT créée pour la circonstance, dirige le pays. A la tête de ce triumvirat se trouve Jacques Joachim YHOMBI OPANGO.

Le 5 février 1977, un mouvement dit "Mouvement du 5 février" porte Denis Sassou N'GUESSO au pouvoir. Le PCT retrouve sa légitimité.

De février à juin 1991, une Conférence Nationale Souveraine est organisée dans le pays. A l'issue de celle-ci, le monopartisme est aboli et après une transition politique d'un an, les

premières élections démocratiques et libres sont organisées dans le pays en 1992. Elles porteront à la tête du pays le Professeur Pascal LISSOUBA.

En 1997, une grave crise socio-politique éclate dans le pays. Elle débouche sur ce qu'on appelle désormais "La guerre du 5 juin". A l'issue de cette guerre, Denis SASSOU N'GUESSO remplace le Professeur Pascal LISSOUBA à la tête de l'Etat. S'en suivra une transition politique jusqu'en 2002. Cette année-là, le pays se dota d'une nouvelle Constitution qui fut promulguée le 20 janvier. Cette constitution fait du Congo un Etat de droit à trois pouvoirs :

-

le pouvoir exécutif incarné par un Président de la République, Chef de l'Etat, Chef du Gouvernement ;

-

le pouvoir législatif qui comprend deux chambres : l'Assemblée Nationale et le Sénat ;

-

le pouvoir judiciaire exercé par la Cour Suprême, la Cour des Comptes et de Discipline Budgétaire, les Cours d'Appel et les autres Juridictions Nationales.

Sur le plan du découpage administratif, la République du Congo est subdivisée en douze départements qui sont : le Kouilou, le Niari, la Lékoumou, la Bouenza, le Pool, les Plateaux, la Cuvette, la Cuvette Ouest, la Sangha, la Likouala, Brazzaville et Pointe-Noire.

Le Congo compte également six communes qui sont les principales villes du pays : Brazzaville, Pointe-Noire, Dolisie, N'Kayi, Mossendjo et Ouessou.

Les départements de Brazzaville et de Pointe-Noire se confondent avec les communes de mêmes noms. Chaque commune est subdivisée en arrondissements, et hors mis Brazzaville et Pointe-Noire, les dix autres départements sont subdivisés en districts.

Sur le plan international, le Congo est membre de l'Organisation des Nations Unies (ONU) et de ses institutions spécialisées, de l'Union Africaine (UA), de l'Organisation pour l'Harmonisation en Afrique du Droit des Affaires (OHADA) et de l'Observatoire Economique et Statistique d'Afrique Subsaharienne (AFRISTAT).

Le Congo est également membre des organisations régionales suivantes : Communauté Economique et Monétaire de l'Afrique Centrale (CEMAC), Communauté Economique des Etats d'Afrique Centrale (CEEAC).

La langue officielle du pays est le français, le kituba et le lingala sont les deux langues nationales.

1.2 Situation socio-économique

L'économie congolaise est faiblement structurée et très peu diversifiée. Elle dépend principalement de deux produits : le pétrole et le bois exportés à l'état brut.

Les différents conflits armés qui ont émaillé le pays au cours des années 1990 ont de plus en plus mis à mal l'économie congolaise dont la structure n'avait cessé de se dégrader depuis les années post-indépendance.

Ainsi, d'après les résultats de l'Enquête Congolaise auprès des Ménages pour l'évaluation de la pauvreté (ECOM), on peut relever :

“La structure de l'économie congolaise s'est profondément modifiée depuis 1960. Ainsi, la part de l'agriculture dans le PIB a baissé continûment pour être divisée par 5 et ne représenter en 2004 que 19,5 % de celle de 1960 : 27,1 % en 1960, 22,2 % en 1970, 11,7 % en 1980, 12,9 % en 1990 et 4,4 % en 2000. La production agricole est loin de couvrir les besoins domestiques et le pays importe pour près de 100 milliards de FCFA d'aliments chaque année.”

“Au cours de la même période, la part de l'industrie manufacturière a été respectivement de 1,2 %, 7,5 %, 8,4 % et 3,5 % ; celle de l'industrie extractive (essentiellement le pétrole aujourd'hui) de 0,7 % en 1960, 1,2 % en 1970, 33,6 % en 1980, 28,9 % en 1990 et 65,5 % en 2000. L'exploitation forestière a été la première ressource d'exportation du pays jusqu'en 1973, année à partir de laquelle le pétrole deviendra la principale industrie extractive et le premier poste d'exportation du pays. Le secteur pétrolier représente 51,6 % du PIB et contribue à hauteur de 69,5 % aux recettes publiques en 2004. La production pétrolière connaît toutefois une évolution décroissante depuis la fin des années 90 : 4,9 % en 1999, -1 % en 2000, -7,5 % en 2001, -1,5% en 2002, -4,9 % en 2002, -4,9 % en 2003 et 0,4 % en 2004.”

“On relève une amélioration du taux de croissance du PIB réel à partir de 2000, du fait en bonne partie de la hausse des cours du pétrole et/ou de l'appréciation du dollar américain : 7,6 % en 2000, 3,8 % en 2001, 4,6 % en 2002, 1,0 % en 2003 et 3,7 % prévus en 2004. Toutefois, les performances structurelles de l'économie ne se sont pas fondamentalement améliorées car celle-ci reste tributaire de quelques produits de rente (pétrole et bois) dont la vente, essentiellement à l'état brut procure la quasi-totalité des ressources publiques.”

“Les infrastructures économiques de base qui touchent directement les conditions de vie des populations et les infrastructures collectives sont très faiblement développées et surtout en forte dégradation. Ainsi, le réseau routier, long de 17 300 km environ, qui ne comprend que 1 235 km de voies bitumées, s’est dégradé et souffre de l’absence d’entretien. Les pistes rurales qui servent de voie d’écoulement des produits ruraux sont pour la plupart impraticables et concourent ainsi à la forte baisse du pouvoir d’achat des populations et à l’amplification de la pauvreté. Le réseau ferroviaire congolais (797 km) a connu une baisse considérable du trafic, du fait de la dégradation avancée des équipements et de l’insécurité sur ses lignes...”

Nonobstant ces difficultés, le Gouvernement de la République s’est attelé à redresser la situation économique du pays et améliorer les conditions de vie des populations.

C’est ainsi qu’au sortir des guerres civiles de la période 1997-1999, le Gouvernement s’est inscrit dans la dynamique :

-

du sommet de Copenhague (1996) visant la réduction de moitié de la pauvreté d’ici à l’an 2015, conformément aux Objectifs du Millénaire pour le Développement ;

-

de l’Initiative des Pays Pauvres très Endettés.

Ainsi, à partir de la fin de l’année 2005, la situation macroéconomique du pays a commencé à s’améliorer ; avec notamment la consolidation de la croissance économique, l’augmentation des recettes budgétaires et la maîtrise des dépenses budgétaires, le redressement des comptes extérieurs, la baisse des prix à la consommation et la consolidation de la situation monétaire.

1.3 Situation démographique

A ce jour, le Congo a réalisé quatre investigations d'envergure nationale : les recensements généraux de la population de 1974, 1984, 1996 (recensement dont les résultats ont été invalidés) et 2007.

Il ressort des résultats des recensements généraux de la population de 1974, 1984 et 2007 que :

-

l'effectif de la population congolaise est passé de 1 319 790 habitants en 1974 à 1 909 248 habitants en 1984 et 3 647 490 habitants en 2007;

-

malgré une baisse, dans le temps du poids des moins de 15ans dans la population totale, la population congolaise est encore relativement jeune : en 1974 les moins de 15 ans représentaient 45,9 % et les plus de 60 ans 4,9 % de la population totale, et en 1984 ces indicateurs s'établissaient respectivement à 44,9 et 5,3% et en 2007 les moins de 15 ans et les plus de 60 ans représentent respectivement 38,6% et 4,8% de la population totale du pays ;

-

une prédominance féminine dans la population congolaise : le rapport de masculinité était de 92,4, 94,8 et 97,1 respectivement en 1974, 1984 et 2007 ;

-

la fécondité bien qu'en baisse reste encore élevée : l'indice synthétique de fécondité (ISF) est passé de 7,0 à 6,3, puis à 4,9 ;

-

la mortalité a connu une baisse au cours de la période 1974-1984 et une hausse entre 1984 et 2007 : le taux brut de mortalité (TBM) est passé de 17,9‰ en 1974 à 11,7‰ pour s'établir à 13,0‰ en 2007, le taux de mortalité infantile est passé de 100,6‰ en 1974, 71,5‰ en 1984 et 76,4‰ en 2007.

Les indicateurs démographiques ci-dessus ont permis d'établir qu'au cours de la période intercensitaire 1974-1984 le taux d'accroissement annuel moyen de la population congolaise était établi à 3,5%, alors qu'il s'établit à 3,0 % au cours de la période 1984-2007.

1.4 Politique de santé

Le souci d'améliorer les conditions de santé des populations demeure une préoccupation constante des Autorités du pays. Ainsi par la loi n°014-92 du 29 avril 1992, le Gouvernement de la République institutionnalisa le Programme National de Développement Sanitaire (PNDS).

Un premier PNDS, couvrant la période 1992-1996, fut alors mis en œuvre. Celui-ci permit :

Rapport d'analyse de l'Enquête de Base sur l'Utilisation des Centres de Santé Intégrés

Écrit par Didier Alfred Ganga

Mercredi, 13 Octobre 2010 07:46 - Mis à jour Mercredi, 13 Octobre 2010 08:19

-

le découpage du territoire national en Circonscriptions Socio-sanitaires (CSS) ;

-

la mise en place, par décret n°95-3 du 04 janvier 1995, du Comité Technique de Suivi du PNDS (CTS/PNDS), cadre de développement d'une approche participative et intersectorielle dans l'analyse des problèmes de santé, la définition des stratégies en matière de santé et le suivi de la mise en œuvre de ces stratégies ;

-

la rationalisation de l'organisation et du fonctionnement des Centres de Santé Intégrés (CSI) ;

-

l'implication des communautés dans la planification et la mise en œuvre des activités des zones de santé ;

-

la formation des cadres dans le domaine de la santé, notamment des médecins.

Des acquis de ce premier PNDS découla la Politique Nationale de Santé (PNS) qui fut adoptée en mai 2000 et dont l'objectif principal est d'améliorer l'état de santé des populations afin de promouvoir leur participation au développement socio-économique du pays. De manière plus spécifique, le PNS vise à :

-

promouvoir et protéger la santé des individus et des collectivités sur l'ensemble du territoire

national ;

-

garantir l'accessibilité des populations aux services et aux soins de santé de qualité ;

-

renforcer les capacités nationales dans la gestion du système de santé.

Le premier PNDS étant arrivé à son terme, un second PNDS, émanation de la Politique Nationale de Santé, fut mis en œuvre pour la période 2005-2009.

Pour permettre au second PNDS d'atteindre les objectifs à lui assignés, des axes prioritaires d'action furent définis, à savoir :

-

la décentralisation du système de santé et le renforcement des capacités des Circonscriptions Socio Sanitaires (CSS) ;

-

le renforcement des programmes de lutte contre les maladies et la promotion de la santé ;

-

Rapport d'analyse de l'Enquête de Base sur l'Utilisation des Centres de Santé Intégrés

Écrit par Didier Alfred Ganga

Mercredi, 13 Octobre 2010 07:46 - Mis à jour Mercredi, 13 Octobre 2010 08:19

le développement des ressources humaines par le biais des formations initiales et continues des cadres ;

-

la réforme de la politique du médicament en mettant en place un instrument performant pour l'approvisionnement et la distribution des médicaments essentiels génériques ainsi que pour la promotion et l'usage rationnel des médicaments ;

-

le développement du système national d'information sanitaire visant la production d'un annuaire des statistiques sanitaires nationales, l'élaboration de la carte sanitaire nationale et la mise en place d'un observatoire de la santé ;

-

le renforcement de la qualité des soins et des services dans les formations sanitaires ;

-

la réforme du système de financement de la santé.

Les efforts du Gouvernement ne s'arrêtent pas à l'exécution et au suivi de l'exécution de ce programme global et général. Par le biais du Ministère en charge des problèmes de santé, le Gouvernement de la République s'emploie à exécuter certains programmes spécifiques de santé ; notamment :

-

la lutte contre la tuberculose ;

Rapport d'analyse de l'Enquête de Base sur l'Utilisation des Centres de Santé Intégrés

Écrit par Didier Alfred Ganga

Mercredi, 13 Octobre 2010 07:46 - Mis à jour Mercredi, 13 Octobre 2010 08:19

-

le développement et la promotion de la santé de la reproduction ;

-

le Programme Elargi de Vaccinations (PEV) ;

-

la lutte contre le paludisme et les maladies diarrhéiques ;

-

la lutte contre la trypanosomiase ;

-

la lutte contre la maladie du sommeil ;

-

la lutte contre la bilharziose ;

-

le Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS).

Certains des programmes ci-dessus font partie des activités quotidiennes des CSI.

CHAPITRE II : PRESENTATION DE L'ENQUETE

2.1 Termes de référence

2.1.1 Contexte et justification

Le Gouvernement de la République du Congo a obtenu du Fonds Africain de développement (FAD) et du Groupe de la Banque Africaine de développement (BAD) un financement pour exécuter le Projet d'Appui à la Réinsertion Socio-économique des Groupes Défavorisés (PARSEGD).

Le PARSEGD, qui sera exécuté sur une période de cinq (5) ans, est, à n'en point douté, axé sur la réduction de la pauvreté, avec, comme objectifs, de favoriser l'insertion socio-économique des groupes vulnérables, d'améliorer l'accès des populations aux services sociaux de base et de favoriser la création d'emplois.

Les activités du PARSEGD sont organisées en quatre (4) composantes :

Rapport d'analyse de l'Enquête de Base sur l'Utilisation des Centres de Santé Intégrés

Écrit par Didier Alfred Ganga

Mercredi, 13 Octobre 2010 07:46 - Mis à jour Mercredi, 13 Octobre 2010 08:19

-

Composante 1 : amélioration de l'accès aux services sociaux de base ;

-

Composante 2 : diversification et renforcement des opportunités de formation ;

-

Composante 3 : appui à la réinsertion socio-économique par la promotion de l'emploi ;

-

Composante 4 : gestion du Projet.

Une partie du financement obtenu par le Gouvernement du Congo du FAD sera utilisée pour couvrir les frais afférant à l'Enquête de base sur l'utilisation des Services de Santé et la Participation des populations à la gestion des Centres de Santé Intégrés.

Au terme de l'étude, on devra disposer :

-

du bilan-diagnostic de l'utilisation des services de santé ;

-

d'un schéma d'utilisation optimale des services de santé par les populations, notamment les groupes défavorisés ;

-

des éléments nécessaires à l'élaboration d'une politique nationale en matière d'utilisation des services de santé avec une indication de types de programmes et de projets à mettre en œuvre, qui s'intègrent dans le PNDS.

2.1.2 Objectifs et résultats attendus

Les objectifs de l'Enquête préconisée sont :

-

d'apporter un appui à l'Unité de Coordination du Projet (UCP) dans la recherche des moyens à mettre en œuvre en vue d'améliorer l'accès des populations aux services de santé, particulièrement les groupes vulnérables ;

-

d'identifier les déterminants de l'utilisation optimale des services de santé et de proposer des mesures visant à mieux répondre à l'attente des populations vulnérables en la matière.

De ce point de vue, l'Enquête devrait permettre de disposer, pour la situation de base, des indicateurs suivants (avec un accent particulier sur les groupes défavorisés):

a)- Indicateurs d'impact

-

pourcentage de la population ayant accès aux services de santé ;

-

pourcentage de la population n'ayant pas accès aux services de santé pour des raisons géographiques ;

-

pourcentage de la population n'ayant pas accès aux services de santé pour des raisons de faiblesse de revenu ;

-

pourcentage de la population ayant accès aux services de santé moderne du secteur médical privé ;

-

pourcentage de la population ayant accès aux services de santé traditionnelle (Tradi-Thérapeute et Centre de médecine spirituelle) ;

-

pourcentage de la population préférant les centres de santé moderne du secteur privé aux

CSI;

-

pourcentage de la population préférant les centres de santé traditionnelle (Tradi-Thérapeute et Centre de médecine spirituelle) aux CSI;

-

taux de participation de la population à la gestion des centres de santé.

b)- Indicateurs de performance

-

pourcentage des Centres de Santé Intégrés équipés en matériel médical ;

-

pourcentage des Centres de Santé Intégrés en bon état ;

-

pourcentage des Centres de Santé Intégrés pourvus en personnel ;

-

pourcentage des Centres de Santé Intégrés ayant un personnel qualifié ;

-

classification des Centres de Santé Intégrés selon la nature des prestations offertes ;

-

pourcentage de la population (parmi celle ayant accès aux services de santé) satisfaite des prestations offertes par les services de santé.

2.2 Méthodologie générale de l'enquête

2.2.1 Bref aperçu sur les Centres de Santé Intégrés (CSI)

Le PNDS hiérarchise les soins de santé au Congo en trois (3) échelons qui sont :

-

soins de 3^{ème} échelon assurés par les Médecins Spécialistes dans les Hôpitaux Généraux et le C.H.U. ;

-

soins de 2^{ème} échelon assurés par les Médecins Généralistes dans les Hôpitaux de Référence ;

Rapport d'analyse de l'Enquête de Base sur l'Utilisation des Centres de Santé Intégrés

Écrit par Didier Alfred Ganga

Mercredi, 13 Octobre 2010 07:46 - Mis à jour Mercredi, 13 Octobre 2010 08:19

-

soins de 1^{er} échelon assurés par les Paramédicaux/Sociaux dans les C.S.I.

Les Centres de Santé Intégrés et leur Paquet Minimum d'Activités (P.M.A.) se chargent de :

-

faire des consultations curatives selon l'ordinogramme et les médicaments essentiels ;

-

prendre en charge les maladies chroniques ;

-

assurer l'information, l'éducation et la communication (I.E.C.)

-

administrer les soins promotionnels préventifs et de réadaptation apportés aux individus et aux collectivités ;

-

faire des récupérations nutritionnelles.

Le CSI dessert, en moyenne, une aire de santé abritant une population de 2 500 à 10 000 habitants en zone rurale et de 10 000 à 15 000 habitants en zone urbaine.

La Participation Communautaire, composante cardinale au développement des soins de santé primaire exige la cogestion du CSI qui est composée de l'équipe technique et du bureau du Comité de Santé (COSA), représentant les populations de l'aire de Santé concernée.

2.2.2 Cadre juridique

L'étude présentera brièvement les lois et règlements régissant le système de santé au Congo.

Une analyse comparée entre la législation actuelle et les objectifs du PNDS sera également faite (on identifiera particulièrement les obstacles réglementaires).

2.3 Elaboration d'un schéma d'utilisation optimale des services de santé

A l'issue de l'étude on devra pouvoir proposer un schéma d'utilisation optimale des services de santé. Pour ce faire, on définira les objectifs et les axes, ainsi que les mesures d'ordre technique et financier.

Une réglementation sera également proposée par rapport aux objectifs et axes du PNDS.

2.4 Présentation de l'Enquête

Au regard des objectifs et des résultats attendus, il s'agit d'organiser une enquête légère, c'est-à-dire une enquête comportant peu de variables et pouvant être réalisée rapidement.

L'enquête sera réalisée dans les aires de santé couvertes par les Centres de Santé Intégrés (CSI) suivants :

DEPARTEMENT

CIRCONSCRIPTIONS SOCIO-SANITAIRES

CENTRES DE SANTE INTEGRES

Brazzaville

Makélékélé

MADIBOU

Rapport d'analyse de l'Enquête de Base sur l'Utilisation des Centres de Santé Intégrés

Écrit par Didier Alfred Ganga

Mercredi, 13 Octobre 2010 07:46 - Mis à jour Mercredi, 13 Octobre 2010 08:19

Brazzaville

Makélékélé

MOUSSOSSO-DJOUE

Brazzaville

Mfilou

MOUTABALA

Brazzaville

Talangä

MAMA MBOUALE

Pool

Ignié-Ngabé

Rapport d'analyse de l'Enquête de Base sur l'Utilisation des Centres de Santé Intégrés

Écrit par Didier Alfred Ganga

Mercredi, 13 Octobre 2010 07:46 - Mis à jour Mercredi, 13 Octobre 2010 08:19

ODZIBA

Pool

Ignié-Ngabé

MBOUABE-LEFINI

Plateaux

Djambala-Lékana

ETSOUALI

Plateaux

Djambala-Lékana

NGO

Rapport d'analyse de l'Enquête de Base sur l'Utilisation des Centres de Santé Intégrés

Écrit par Didier Alfred Ganga

Mercredi, 13 Octobre 2010 07:46 - Mis à jour Mercredi, 13 Octobre 2010 08:19

Plateaux

Djambala-Lékana

NSAH

Bouéza

Nkayi-Loudima

LOUDIMA POSTE

Kouilou

Hinda-Mvouti

MVOUTI

Kouilou

Kakamoéka

Rapport d'analyse de l'Enquête de Base sur l'Utilisation des Centres de Santé Intégrés

Écrit par Didier Alfred Ganga

Mercredi, 13 Octobre 2010 07:46 - Mis à jour Mercredi, 13 Octobre 2010 08:19

LOUVOULOU

Kouilou

Hinda-Mvouti

LOEME NANGAMA

De fait, le champ de l'enquête est constitué des treize (13) CSI et chaque CSI doit être considéré comme un domaine d'étude.

La méthodologie à définir doit être aussi rapide qu'efficace pour réaliser cette enquête dans un délai de quatre (4) mois (de la conception à la diffusion du rapport d'analyse).

Toutefois, il sied de retenir comme unité d'observation les ménages vivant dans les aires de santé (et peut être aussi étendues aux localités voisines) desservies par les CSI ci-dessus cités.

2.5 Schéma des questionnaires

Trois types de questionnaires vont être utilisés comme support de collecte des données. Ce sont :

1.

Le questionnaire Ménage

Ce type de questionnaire sera administré aux ménages afin d'y consigner, non seulement certaines caractéristiques individuelles essentielles des membres de chaque ménage, mais aussi d'y enregistrer des informations liées à la santé des membres de ces ménages.

1.

Le questionnaire Centres de Santé Intégrés

Ce type de questionnaire est à remplir auprès des CSI pour y recueillir des informations sur l'état de fonctionnement, les équipements, le personnel et la qualité des services offerts.

1.

Le questionnaire COSA

Ce troisième type de questionnaire va être destiné aux responsables des Comités de Santé (COSA). Il va permettre de recueillir des informations permettant d'apprécier la participation de la communauté à la gestion des CSI.

Les trois questionnaires sont présentés en annexe.

2.6 Éléments d'échantillonnage

Pour tenir compte du budget et de la durée de l'opération, il sera procédé à une enquête par sondage.

2.6.1 Base de sondage

L'Enquête de Base sur l'Utilisation des Centres de Santé Intégrés (EBUCSI) a pour unités d'étude les centres de santé intégrés (CSI), les comités de santé (COSA) et les ménages des aires de santé couvertes par les CSI du champ de l'étude.

Pour les premières unités citées (CSI et COSA), une enquête exhaustive sera réalisée. Par contre, les ménages seront enquêtés de façon exhaustive dans les zones de dénombrement

(ZD) échantillon tirées parmi celles que composent les aires de santé.

La base de sondage à utiliser est celle issue du quatrième Recensement Général de la Population et de l'Habitation (RGPH) dont la phase de collecte des données s'est effectuée en 2007 sur l'ensemble du territoire national.

Il s'agit précisément de la liste exhaustive des Zones de Dénombrement (ZD) couvrant les aires de santé desservies par les treize (13) Centres de Santé Intégrés (CSI) du champ de l'enquête.

Rappelons qu'une ZD est une portion d'un District ou d'un Arrondissement confiée à un agent recenseur pour le dénombrement de la population. Une ZD est donc composée d'un ensemble de localités (en milieu rural) ou d'un ensemble de blocs (en milieu urbain).

2.6.2 Taille de l'échantillon et procédure de tirage de l'échantillon

Le champ de l'enquête couvre au total 177 ZD qui correspondent à 16179 ménages.

Il y a quatre CSI qui couvrent chacun moins de cinq (5) ZD : MBOUABE-LEFINI (2 ZD), NSAH (3 ZD), LOUVOULOU (2 ZD) et MVOUTI (4 ZD).

Pour ces quatre (4) CSI on procèdera à un dénombrement exhaustif des ménages des ZD aires de santé ; ce qui représente onze (11) ZD et neuf cent quatre vingt douze (992) ménages.

Pour tenir compte de l'enveloppe budgétaire allouée à l'opération, pour les neuf (9) autres CSI, l'étude se fera par échantillonnage.

A partir du fichier électronique de toutes les ZD (des 9 CSI concernés) classées selon leurs codes, on procède au tirage de certaines d'entre elles. Il s'agit d'un tirage aléatoire systématique. Cette méthodologie porte sur l'utilisation d'un pas de tirage qui est l'inverse du taux de sondage. Le taux de sondage sera empiriquement fixé à 30% soit trois ménages sur 10.

Ce taux de sondage nous paraît approprié car il offre l'avantage de pouvoir disposer d'un nombre suffisamment grand et représentatif de ménages et de ZD (4550 ménages environ et 50 ZD avec l'hypothèse de 91 ménages en moyenne par ZD).

Ces cinquante (50) ZD devront ensuite être réparties, selon les règles de l'art entre les neuf (9) aires de santé.

Ainsi, l'enquête portera globalement sur un échantillon de soixante et une (61) ZD.

PARTIE II : ANALYSE DES DONNEES SUR LES MENAGES

CHAPITRE III : CARACTERISTIQUES DES MENAGES OBSERVES ET DE LEURS POPULATIONS

3.1 Caractéristiques socio-démographiques de la population enquêtée

Il est question dans cette partie d'examiner la structure par âge et par sexe de la population étudiée, la taille des ménages, l'étude de certaines caractéristiques socio-démo-culturelles de cette population.

3.1.1 Structure par âge et par sexe

a) Structure par âge

L'âge constitue un critère de segmentation de la société. Il est important de connaître la composition de la population par âge notamment, la proportion des jeunes, des adultes, des vieux et des vieillards. Car chaque catégorie de la population a des besoins spécifiques. C'est ainsi que cette connaissance permet d'une part, d'évaluer les besoins sociaux de base à savoir les besoins de santé, les besoins de scolarisation, les besoins en matière d'emploi, etc. et d'autre part, de mettre en évidence certains fléaux qui touchent certains groupes d'âges spécifiques, et permet de bâtir des programmes et politiques dans ce sens.

Graphique 3. 1 : La pyramide des âges de la population des aires de santé concernées par l'EBUCSI

De manière générale cette pyramide des âges a une allure relativement régulière avec une base large et un sommet effilé, ce qui est la caractéristique des pays en développement dont le fait saillant est la surmortalité aux âges avancés. Cette régularité de la pyramide traduit une bonne déclaration des âges. Toutefois, on note des échancrures entre 15 - 24 ans, 55-59 et 75-79. Ces perturbations sont très marquées chez les hommes. Concernant la base de la pyramide, le groupe d'âge 5-9 est moins large que le groupe 0-4 ans. Cependant, on constate un déficit d'homme très prononcé entre 15 et 24 ans et entre 55 et 79ans chez les femmes.

Deux indicateurs ont été calculés : l'âge moyen et l'âge médian des populations des aires de

santé concernés par l'enquête de base sur l'utilisation des centres de santé intégrés. Ces deux indices traduisent de manière synthétique la jeunesse ou la vieillesse de la population. Plus la valeur de chacun de ces indices est élevé plus la population a tendance à vieillir, moins elle est élevée plus elle a tendance à rajeunir. Le vieillissement ou le rajeunissement de la population peut être mieux apprécié lorsqu'on calcul ces indices à des dates consécutives. Ainsi, d'après le tableau, il ressort que, l'âge moyen pour l'ensemble de la population enquêtée est de 26,78 ans, 26,95ans chez les hommes et 26,62 ans chez les femmes. Et l'âge médian dans l'ensemble est de 20,8 ans.

b) Structure par sexe.

Cette section nous permet de faire la répartition de la population des aires de santé enquêtées par sexe et calculée le rapport de masculinité.

La lecture du tableau 3.1 nous indique que dans l'ensemble, les hommes représentent 49,16 % contre 50,84% de femmes. Cette distribution par groupe d'âge se présente comme suite : la population de 0 à 14 ans représente 34,80 %, celle de 15 à 54 ans 54,20 % et celle de 55 ans et plus représente 10,90 %. Nous constatons que la population 15 à 54 représente plus de la moitié de la population enquêtée. Cette tendance est aussi observée suivant le sexe.

Effectifs de la population par sexe

Masculin = 8138

Féminin = 8242

Proportion des Hommes = 49,16 %

Proportion des Femmes

Proportion des Femmes = 100 %- 49,16% = 50,84%

Proportion des Femmes

Calcul du rapport de masculinité

Cet indicateur nous permet d'évaluer le poids des hommes par rapport aux femmes dans les aires de santé enquêtées

$R_m = 98,74\%$

Rapport de masculinité

Dans l'ensemble on note un déficit des hommes dans la population enquêtée soit 98,7% d'hommes pour 100 femmes. La distribution du rapport montre que cet indice varie significativement suivant les groupes d'âges. On constate que dans certains groupes d'âges, il y a plus d'hommes que de femmes notamment : de 5-9 ans (107,8%) 10-14 ans (103,6%), 35-39, (105,7%) 40-44, (106,9%) 50-54, (108,9%) 55-59 (103,3%) 60-64 (123,3%) 65-69 (130,6%) 75-79 (131,6%). Par contre dans d'autres, il y a déficit d'hommes tels sont les cas des groupes : 0-4 ans (98,6%) 15-19 (93,2%) 20-24 (73,5%), 30-34 (96,3%). Le rapport de masculinité est tellement très variable entre les différents groupes d'âges qu'il nous paraît indispensable de le représenter dans la courbe produite par la procédure AGESEX du logiciel

PASEX.

Graphique 3. 2 : La courbe du Rapport de masculinité

3.1.2 Taille et composition des ménages.

Cette section présente la répartition de la population par taille de ménage selon l'aire de santé. L'exploitation du tableau 4 nous montre que, sur un total de 4569 ménages enquêtés 3055 ménages (80, 1 %) sont composés au plus de cinq personnes soit plus de 2/3 des ménages enquêtés, viennent ensuite les ménages dont la taille est comprise entre 6 et 9 membres qui représentent 18,76 % du nombre total des ménages. Et enfin, les ménages dont la taille varie entre 10 et plus qui représentent 1,13 %. La taille moyenne des ménages est de 3,75 membres par ménages.

3.1.3 Activité économique

Concernant l'activité économique, il ressort de l'examen du graphique 3 que 83,02 % de la population exercent une activité 3,94 % sont des chômeurs qui ont déjà travaillés, 13,03 % de la population n'a jamais travaillée et enfin, 0,02 % des personnes enquêtés sont des ménagères. Quelques indicateurs ont été calculés à savoir : le taux d'activité, le taux d'occupation et le taux de dépendance.

Le calcul du taux d'activité

Cet indicateur permet d'évaluer les facteurs qui déterminent la taille et la composition des ressources humaines de la localité étudiée.

Taux d'activité = = 78,08%

Taux d'activité

C'est le rapport entre la population active occupée sur la population total en âge de travailler. Il renseigne sur la capacité d'une économie à créer des emplois, mais aussi sur le degré d'engagement de la population aux activités économiques.

Taux d'occupation = =71,46 %

Le calcul du taux de dépendance

Cet indicateur permet d'évaluer la vie économique d'une société. Plus il est élevé plus on pense que la société a des problèmes.

Rd = = 68,04%

Le taux de dépendance est de

Graphique 3.3 : Situation individuelle

3.1.4 Religions pratiquées

A propos de la religion, nous constatons que sur l'ensemble de la population enquêtée

32,7 % sont catholiques contre 0,6 % de musulmans puis viennent les protestants avec 18,7 %, les églises de réveils 18,3 %, ceux qui sont sans religions représentent 11,9 %, les autres religions 9,7 %, les salutistes 5,1 % et enfin, les kimbanguistes 2,6%.

Graphique 3.4 : Répartition de la population enquêtée selon les religions pratiquées

3.1.5 Niveau d'instruction de la population enquêtée

Pendant l'Enquête de Base sur l'Utilisation des Centres de Santé Intégrés, le cycle d'études suivi par toute personne âgée de 6 ans ou plus, a été saisi à travers le niveau d'instruction qui a été défini de la manière suivante : c'est le cycle d'études le plus élevé auquel une personne est parvenue dans le système d'enseignement.

Pour analyser ce volet, trois (3) modalités ont été retenues, à savoir : sans niveau, primaire et secondaire et plus.

D'après les proportions du tableau 3.2, on constate que dans l'ensemble 80,8% de la population enquêtée a au moins le niveau d'instruction du primaire. En réalité, plus d'un cinquième de cette population (23,4%) n'a atteint que le niveau primaire, et plus de la moitié (57,4%) a suivi au moins les études du cycle secondaire.

Cependant, à l'enquête démographique et de santé de 2005, (EDS), les proportions suivantes ont été enregistrées : 7,2% pour le Sans niveau, 30,3% pour le niveau primaire et 62,4% pour le secondaire et plus.