

Communication à la Conférence Africaine sur la Population,  
Ouagadougou 5-9 Décembre 2009  
Séance 552 : "Expériences des pays dans la mise en place des systèmes de santé pour  
l'atteinte des OMD 4 et 5"  
**Crises sociopolitiques et offre des services des soins aux enfants de moins de 5 ans :  
Cas du Togo et de la République Démocratique du Congo**

par  
**Paul-Denis NZITA KIKHELA**  
**Département des Sciences de la Population et du Développement**  
**Faculté des Sciences Economiques et de Gestion**  
**Université de Kinshasa**  
**Tel. 00243.99.1000.291 – 00243.81.520.33.34**  
**E-mail : nzita\_denis@yahoo.fr**

### **Introduction**

Le Togo et la République Démocratique du Congo (RDC) ont ratifié la Convention relative aux Droits de l'Enfant (CDE), la Convention pour l'élimination de toutes les formes de discriminations à l'égard de la femme (CEDEF) et la Charte Africaine des droits et du bien-être de l'enfant. Ils disposent d'un Code des personnes et de la famille et d'un code de l'enfant. Ils ont adhéré aux recommandations des grandes Conférences internationales sur les droits humains, dont celles sur l'enfant (Sommet Mondial pour les Enfants, New York, 1990), l'éducation (Jomtien, 1991), l'environnement (Rio de Janeiro, 1992), la Population et le Développement (Caire, 1994),... et sur le développement social (Copenhague, 1996). En 2000, ils ont signé la déclaration du Millénaire pour le développement. Malgré ces engagements, des milliers d'enfants y sont laissés pour compte et souffrent de privations (RDC, UNICEF, 2008 ; République Togolaise, UNICEF, 2008).

Cette situation qui freine le processus de développement ne peut changer que par l'amélioration de l'offre de services sociaux de base. En effet, les enfants qui ne se développent pas physiquement, mentalement et émotionnellement parce qu'ils souffrent des privations, deviendront des adultes qui pèsent sur la communauté au lieu d'être des personnes qui contribuent à l'amélioration du bien-être social. En outre, n'ayant pas la capacité économique et légale, les enfants ne peuvent échapper à la transmission intergénérationnelle de la pauvreté que s'ils sont assistés.

Pour réduire leur risque de décès avant l'âge de 5 ans, il faut leur offrir des services sociaux de qualité qui visent non seulement la prévention des maladies, entre autre, par la vaccination et la lutte contre la malnutrition mais aussi l'amélioration de la prise en charge médicale en cas de maladie. Dans cette deuxième option, les éléments-clef portent sur l'application des normes sur les ressources humaines et l'accroissement de l'accessibilité des services. Le contexte socio-politique peut influencer sur ces orientations s'il empêche l'exécution des plans de développement et l'adaptation du cadre juridique national aux recommandations internationales. Cela étant, les considérations ci-après examinent si le contexte socio-politique de la RDC et du Togo au cours des 20 dernières années a favorisé

- l'atteinte des normes internationales dans l'offre des services des soins ;
- l'amélioration de l'accessibilité de ces services ;
- l'accroissement de la couverture vaccinale et
- la baisse du niveau de malnutrition.

Le Togo et la RDC ont-ils pris les dispositions nécessaires pour assurer des services des soins de qualité aux enfants malgré le contexte socio-politique difficile qu'ils ont connus en 1990-2005 ?

Pour répondre à cette question, trois étapes ont été retenues. Dans la première, il s'agit de voir quels contextes socio-politiques ont prévalu dans les deux pays au cours des 20 dernières années. Dans la deuxième étape, l'objet principal est d'examiner les tendances de la mortalité infanto-juvénile. Celle-ci s'est-elle accrue durant les années difficiles ? Dans la troisième, il est question de ressortir les effets du contexte de crise sur l'amélioration de l'offre des services des soins et la lutte contre la malnutrition qui sont des préalables à la baisse de la mortalité. Mais, d'abord quelles données de base sont disponibles ?

### **1. Sources des données**

Les données nécessaires sont celles renseignant sur la situation des enfants, sur l'état du système de santé et sur le contexte socio-politique. En RDC, les systèmes de collecte continue des données socio-démographiques ne fournissent pas des renseignements fiables. Aussi, l'état de lieux des secteurs sociaux ne peut être établi qu'en recourant à des opérations ponctuelles de collecte des données. Durant les 20 dernières années, trois groupes de documents peuvent fournir des renseignements fiables : (i) les publications scientifiques, (ii) les rapports d'étude (MICS1 en 1995 et EDS en 2007) et (iii) les rapports d'évaluation établis pour l'élaboration des plans de développement. Ce fut le cas en 1997 pour le Programme Triennal Minimum, en 1999 pour le Programme Triennal Actualisé et en l'an 2000 pour le Bilan sur le programme d'éducation pour tous. Sur l'offre des services des soins, un état des lieux a été fait en 1998 (RDC, Ministère de la Santé, 1999). Mais celui-ci n'a été retouché que partiellement dans une étude sur les ressources humaines du secteur Santé en 2006 (Nzita, K., 2007).

Pour le Togo, les données de base sur la situation des enfants sont celles des enquêtes EDSTI (1988), EDSTII (1998), MICS2 (2000), MICS3 (2006), QUIBB (2006) et SMART (2008-2009). En 2001, une Analyse de la situation des femmes et des enfants a été réalisée par l'UNICEF (République Togolaise/ UNICEF, 2001). Comme dans le cas de la RDC, ces études ont montré non seulement un maintien des niveaux élevés de la pauvreté des enfants, mais aussi d'importantes disparités entre régions ; ce qui constitue une raison de plus pour rechercher les améliorations qui pourraient provenir de l'offre des services des soins dans la poursuite de l'OMD4.

Sur le système de santé, il y a relativement peu de données chiffrées publiées. Une évaluation a été faite en 2001 et en 2007 dans le cadre de la préparation des Plans Nationaux de Développement de la Santé (PNDS) de 2002-2006 et de 2009-2013. En plus, la présentation des informations ne se faisant pas toujours suivant les mêmes indices, le suivi des actions n'est pas simple à dégager. Nonobstant ces réserves auxquelles il faut ajouter le problème de faible disponibilité des données tirées des recensements de la population, un

effort est fourni ci-après pour en tirer des renseignements utiles en matière de planification du développement.

## **2. Caractéristiques du contexte socio-politique au Togo et en RDC en 1990-2005**

Les deux pays concernés, le Togo et la RDC, ont été retenus compte tenu de leur proximité sur le plan socio-économique. En effet, ils ont des niveaux de pauvreté monétaire très proches, soit 69,4% pour le Togo (République Togolaise, Enquête QUIBB, 2006) et 71,3% pour la RDC (RDC, DSCR, 2007). En outre, ils ont commencé leur processus de démocratisation pratiquement durant les mêmes années. Mais ils ont vécu les années difficiles de manière différente comme explicité ci-après.

### **2.1 Un contexte de crise profonde et non violente au Togo en 1990-2010**

Les revendications pour la démocratisation ont commencé en 1990. Elles ont conduit à la tenue, 1991, de la Conférence nationale et à l'adoption, en 1992, d'une nouvelle Constitution. Celle-ci a permis de prendre plusieurs dispositions importantes pour l'application des droits, dont la réaffirmation de la primauté des droits humains et la mise en place du multipartisme. Du fait des contestations sur la non-application de l'ensemble de ses dispositions, notamment dans le cadre des élections présidentielles et législatives de 1993-94 et de 1998, il y a eu, à partir de 1994, des difficultés socio-politiques et une suspension de la coopération structurelle avec les principaux partenaires au développement, dont l'Union Européenne, la France, l'Allemagne, la Francophonie et la Banque Mondiale. Cette situation a privé le Togo d'importantes ressources pour ses budgets annuels d'investissement et a rendu plus difficile, jusqu'en 2006, le processus de planification du fait de l'insuffisance des ressources pour la réalisation des diagnostics préparatoires à la formulation de nouveaux plans de développement à long terme (République Togolaise / UNICEF, 2010).

La crise politique a eu une incidence significative sur la situation économique au Togo. Entre 1990 et 2005, il y a eu un repli important des investissements une accumulation d'arriérés de paiements au titre de la dette extérieure (soit 318 milliards de FCFA en 2005), une baisse de la production et des exportations et une dette intérieure élevée estimée à près de 90% du PIB. Cela étant, la croissance économique annuelle moyenne a été de près de 1,1%, soit une croissance insuffisante face à l'accroissement de la population qui était de près de 2,4% l'an (Banque Mondiale, 2006). En 2005, le Togo avait ainsi un Revenu brut par habitant de 350 dollars US. L'Indice de Développement Humain était de 0,495 en 2006 et de 0,510 en 2003 (Nations Unies, 2007) ; ce qui plaçait le pays respectivement au 147<sup>ième</sup> rang sur 177 pays en 2006 et au 141<sup>ième</sup> rang sur 173 pays en 2003 (Nations Unies, 2006). Cette crise a entraîné la réduction des dépenses publiques dans les secteurs sociaux, dont ceux de l'enfant (République togolaise, DSRP, 2009) et a rendu nécessaires d'importantes mesures de redressement de la situation.

L'Accord Politique Global d'Août 2006 et l'organisation des élections législatives anticipées en octobre 2007 sont les principaux éléments qui ont ouvert la voie à la reprise de la coopération et à la relance des activités économiques. Le Document intérimaire de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP-I) élaboré par le Gouvernement en 2008, a scellé cette

reprise en permettant la conclusion de nouveaux accords pour le réaménagement de la dette et la finalisation du Document Complet de Réduction de la Pauvreté (DSRP-C). Ce document deviendra à partir de mars 2009 le cadre de développement du Togo.

## 2.2 Un contexte de crise armée et profonde en RDC

En RDC, les troubles socio-politiques ont aussi commencé au début des années 90 avec le lancement du processus de démocratisation. Ils ont été marqués par les pillages de 1991-93 qui ont conduit à la destruction de plusieurs infrastructures socio-économiques. En outre, deux guerres sont survenues en 1996 et en 1998-2000. Elles ont eu pour conséquence :

- l'occupation d'une partie du pays par des armées étrangères ;
- le déplacement de près de 2,4 millions de personnes, parmi lesquelles il y avait surtout des femmes et des enfants (PNUD/ CCA, 2003) ;
- la diminution du PIB de 25% entre 1990 et 2000 pendant que la population avait continué à croître de près de 3% ; ce qui a eu pour effet de maintenir le pays à un rang élevé pour l'IDH, soit la 140<sup>ième</sup> place avec 0,341 en 1994 et la 142<sup>ième</sup> place avec 0,460 en 1998 (PNUD, CCA, 2003) ;
- la baisse de la coopération structurelle et
- l'abandon de deux programmes de développement, à savoir : le Programme Triennal Minimum de 1997-1999 et le Programme Triennal Minimum Actualisé de 1999-2001 (UNICEF, ASEF, 2003).

Suite au dialogue entre congolais organisé en 2000-2001, la situation s'est améliorée et des programmes de relance économique ont été mis en place avec une importante composante Santé. Il s'agit en particulier du :

- Programme Triennal Minimum de 1997-1999 (PTM) ;
- Programme triennal Minimum Actualisé de 1999-2001 (PTMA) ;
- Programme Triennal Intérimaire Renforcé de 2001-2003 ;
- Programme multi-sectoriel d'urgence de Reconstruction et de Réhabilitation de 2002-2005 (PMURR) ;
- Document de Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté de 2006-2009 (DSCRCP).

## 2.3 Différences et similitudes des deux contextes

Dans les deux pays, les années de grande crise sont celles de 1990 à 2000. Cette crise a été renforcée par les revendications visant la démocratisation. Elle a été très profonde du fait qu'il y a eu une association entre les problèmes politiques internes, la suspension de la coopération structurelle et les difficultés économiques. En outre, bien qu'élaborés, de nombreux programmes sociaux n'ont pas été appliqués. Le processus de décentralisation par exemple n'a pas progressé. Aussi, les enfants et les femmes ont eu à subir de nombreux abus et privations.

Les différences entre les deux contextes portent essentiellement sur le fait qu'au Congo, il y a eu en plus :

- deux guerres ;
- des déplacements importants de population (2,4 millions de personnes) et

- un affaiblissement de l'autorité de l'Etat du fait de l'occupation du territoire national par des troupes étrangères.

Cela étant, quelles conséquences pour la relance du développement économique et social ? Quelles évolutions sont survenues en particulier en matière d'offre des services des soins durant les années 1990 à 2007? Etaient-elles favorables à la baisse des niveaux et des disparités régionales de la mortalité qui sont présentées ci-après pour les deux pays.

### 3. Tendances de la mortalité des enfants de moins de 5 ans

#### 3.1 D'abord quelles tendances au niveau général ?

L'objectif 4 du Millénaire pour le développement vise à réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans. Aussi la question est de savoir quelle tendance est survenue suite à ce contexte de crise.

Dans les deux pays, les changements sont moins importants que ceux qui devraient être observés pour atteindre les objectifs de l'an 2015. En effet, estimée à 158‰ en 1988, la mortalité des enfants de moins de 5 ans est passée à 146‰ en 1998 et finalement à 123‰ en 2006 (tableau 1). Avec une telle tendance, l'OMD4 pourrait ne pas être atteint puisque le niveau aurait déjà dû être de 87,4‰ en 2006 au lieu de 123‰ (République Togolaise, UNFPA, 2008).

En RDC, la même tendance est observée (tableau 1) ; le niveau de la mortalité ne baisse que très légèrement. Compte tenu des activités très nombreuses des organisations humanitaires dans le pays (RDC, PNUD/OCHA, 2003), l'hypothèse est que la guerre a probablement eu des effets négatifs très importants et que c'est la contribution des organisations caritatives qui a permis de réduire les chocs subis par la population. Il apparaît de toute manière que le niveau de la mortalité n'a véritablement baissé qu'après 2001.

Tableau 1 : Mortalité des enfants de moins de 5 ans au Togo et en RDC (en ‰)

Pays	1984	1988	1995	1998	2001	2006	2007
Togo (i)		158		146		123	
RDC	213 (ii)		220 (ii)		213 (iii)		148 (iv)

Sources :  
 (i) République Togolaise, UNICEF, 2009.  
 (ii) République du Zaïre, UNICEF, MICS1, 1996.  
 (iii) RDC, UNICEF, MICS2, 2002.  
 (iv) RDC, UNICEF, EDS, 2007.

Dans les deux pays, il semble donc que la crise a ralenti le mouvement vers l'atteinte des objectifs du millénaire et que ce ralentissement est plus important en RDC où la crise était violente.

### 3.2 Quelles tendances de la mortalité par Province de résidence ?

Dans les deux pays, il y a des disparités entre les provinces (Régions). Elles ont peu changé entre 1998 et 2006 (tableaux 2 et 3) au Togo. C'est plutôt dans le cas de la RDC que les écarts se sont le plus accrus. En effet, les disparités sont plus importantes dans la situation de 2001 que dans celle de 2007. Les différences proviennent surtout des changements observés dans les provinces de l'Est du pays qui ont le plus souffert de la guerre, soit le Maniema et le Sud-Kivu.

Cette observation apparaît aussi pour les maladies les plus fréquentes de l'enfance, à savoir : le paludisme, la diarrhée et les infections respiratoires aiguës. L'annexe 1 montre qu'après la guerre en 2001, la prévalence de la diarrhée et du paludisme était par exemple très élevée dans ces Provinces, soit au moins 50% plus élevée que les niveaux observés en 2007. La cohésion nationale et l'application des principes de non-discrimination imposent de mettre fin à ces disparités.

Tableau 2 : Mortalité infanto-juvénile par Province au Togo en 1998-2006

Région	Niveau de mortalité (‰)		Tendance (en %)
	1998 (1)	2006 (2)	
Lomé commune	107.8	52	-51.8
Maritime	132.2*	124	-
Plateaux	133.5	125	-6.4
Centrale	144.7	139	-3.9
Kara	162.9	122	-25.1
Savanes	172.9	186	7.6
Togo	146.3	123	-15.9

(\*) y compris Lomé

Sources : (1) : EDSTII, 1998 et (2) : MICS3, 2006

Tableau 3 : Mortalité infanto-juvénile par Province en RDC en 2001-2007

Provinces	Mortalité en 2001 (en ‰)*	Mortalité en 2007 (en ‰)**
Kinshasa	133	102
Bas Congo	221	185
Bandundu	164	154
Equateur	247	168
Province Orientale	241	179
Nord Kivu	237	102
Sud Kivu	249	186
Maniema	205	219
Katanga	227	154
Kasaï Oriental	210	145
Kasaï Occidental	230	158

Source : \* DRC, UNICEF, MICS2, 2002 ; \*\* RDC, EDS, 2008

#### **4. Implications du contexte socio-politique sur l'offre globale des services des soins entre 1990 et 2006**

Comme mentionné initialement, les domaines ciblés ici pour ressortir ces effets de la crise sont : (i) l'exécution des plans et programmes de développement prévus, (ii) le fonctionnement du Système de santé et, en particulier, (iii) l'application des normes internationales dans l'offre des services des soins, (iv) l'amélioration de l'accessibilité de ces services, (v) l'accroissement de la couverture vaccinale et (vi) la baisse de la malnutrition.

##### **4.1 Incidence sur l'exécution des plans et programmes de développement**

Avec la diminution des ressources due à la crise, le suivi et l'évaluation des programmes et projets ne pouvaient plus se faire. Aussi, il y a eu tendance au Togo à reconduire, chaque année, le budget de l'année précédente. De ce fait, les programmes suivants n'ont pas pu aboutir.

- Education : Déclaration de Politique sectorielle de l'éducation (1997) et Plan d'Action National de l'Education pour tous (2000-2015) ;
- Eau et Assainissement : Politique Nationale d'Hygiène et d'Assainissement (2001) et Politique Nationale en matière d'Approvisionnement en Eau Potable et Assainissement en milieu rural et semi-urbain (2006) ;
- Nutrition : Politique Nationale de nutrition (2001) et
- Protection : Politique Nationale de protection de l'enfant.

Ainsi jusqu'au milieu des années 2000, seul le Plan National de Développement Sanitaire (2002-2006) a été entièrement exécuté. En outre, la décentralisation qui devait permettre d'adopter une approche inductive pour l'identification des problèmes et la proposition des pistes d'intervention n'a pas progressé (République Togolaise, DSRP, 2009).

En RDC, la situation était pratiquement la même. En effet, malgré les apports du Plan Quinquennal 1986-1990, les années 90-94 ont été marquées par les pillages, les revendications politiques et même l'hyperinflation ; ce qui a conduit à l'absence même d'un budget annuel formellement adopté en 1992. A partir de 1996, il y a eu deux guerres : celle de 1996 et celle de 1998. Cela étant, le Programme Triennal Minimum (1997-1999) et le Programme Triennal Minimum Actualisé (1999-2001) qui avaient pourtant la santé parmi leurs priorités n'ont pas été exécutés. Pour la lutte contre la malnutrition, les programmes suivants n'ont pas été exécutés entièrement :

- (i) le Plan Stratégique Commun pour la Malnutrition Aiguë dont l'objectif était de réduire la morbidité et la mortalité liée à la malnutrition aiguë par l'amélioration des systèmes de surveillance et de prise en charge de la situation alimentaire au niveau de la communauté et des centres de nutrition.
- (ii) la Politique Nationale de Nutrition (PNN) adoptée en 2000 ;
- (iii) le Plan Directeur de Nutrition pour le Développement de la Santé (PDDN) élaboré en 2001 pour assurer une meilleure coordination des interventions et
- (iv) le Plan d'Action de Nutrition (2001) dont l'objectif global est de contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité dues à la malnutrition par la lutte

contre la malnutrition protéino-énergétique et les carences en micronutriments (vitamine A, iode, fer et zinc).

Tous ces gaps qui ont rendu nécessaire un appui important des partenaires financiers traditionnels au Togo et la mise en place du Programme multi-sectoriel d'urgences pour la Réhabilitation et la Reconstruction en RDC financé par la Banque Mondiale en RDC ont montré que la suspension de la Coopération structurelle fait porter un lourd tribut aux populations que la Communauté internationale entend défendre en prenant cette mesure.

#### 4.2 Incidence sur la situation des ressources humaines dans les services des soins

Pour la couverture du pays en ressources humaines, l'option du Togo est d'adapter leur répartition spatiale à celle de la population et d'accroître les effectifs du personnel de santé. Mais jusqu'en 2006, les ratios étaient toujours en dessous des normes internationales et la situation s'était plutôt dégradée entre 1999 et 2001 du fait de la crise. Le tableau 4 par exemple montre que l'évolution des effectifs du personnel de santé n'a pas suivi le taux d'accroissement de 2,4% observé pour la population. Ainsi, en 2008, il y avait 1 médecin pour 11.171 habitants au lieu de 10.000<sup>1</sup>, 1 infirmier d'état pour 6.135 habitants au lieu de 4.000 et 1 sage-femme pour 13.710 habitants au lieu de 4.000. (République Togolaise, PNDS, 2009). Les médecins les plus nombreux étaient à Lomé (50% suivant le PNDS 2002-2006). En 2008, « près de 80% du personnel reste concentré dans les centres urbains, principalement Lomé et dans la Région Maritime » (République Togolaise, Ministère de la Santé, 2009, 44). L'insuffisance des ressources ne permet pas leur installation efficace à l'intérieur du pays.

Tableau 4 : Effectif du personnel de santé au Togo en 1998-2001

	1998	1999	2000	2001
Ensemble du personnel de santé	5612	7673	5493	5893
Personnel médical et paramédical	4034	5173	4070	4269
Personnel d'administration et de soutien	1578	2498	1423	1624

Source : République Togolaise, PNDS, 2002.

En RDC, peu de progrès également ont été réalisés après le Plan quinquennal 1986-1990 qui prévoyait de faire passer la couverture des soins de santé de 20 à 60 % (RZ, Ministère du Plan, 1986, 200). En effet, les programmes ultérieurs se sont montrés moins ambitieux. Le Programme Triennal Minimum (1997-1999) par exemple, disait simplement qu'il faut "atteindre un niveau acceptable de fonctionnement du système médico-sanitaire en 1999" (RDC, Ministère du Plan, 1997, 152). Quant au Programme Triennal Minimum Actualisé (1999-2001), il était seulement question d'assurer « l'accès d'une bonne partie de la population aux soins de santé primaires avec un accroissement de la couverture sanitaire de 10 % l'an à partir de 1999 » (RDC, Ministère du Plan et du Commerce, 1999, 127).

Cela étant, la situation de la RDC dans le domaine des ressources humaines est restée en dessous des normes internationales. En 1998, il y avait 0,442 Médecins pour 10.000 habitants, 0,130 Pharmaciens pour 50.000 habitants, 2,9 infirmiers pour 5000 habitants et

<sup>1</sup> Correspondant à la norme OMS



0,015 Kinésithérapeutes pour 5000 habitants. Une nouvelle étude menée en 2006 a montré que pour combler les déficits observés en cette année, il faudrait recruter 3363 Médecins au plus tard en décembre 2006 et ensuite 3675 Médecins au plus tard en décembre 2011 (Nzita K. et al., 2006).

En ce qui concerne les professionnels de santé, il ressort qu'en dehors des infirmiers dont la norme est au dessus de celle exigée par l'OMS (3,2 pour 5.000 habitants au lieu de 1 pour 5.000 habitants) le pays a un déficit en chirurgiens dentistes, techniciens de laboratoire, techniciens de radiologie etc. Ce déficit varie par province. En effet si dans la ville de Kinshasa, le taux de couverture en techniciens de laboratoire est de 0,1, il est respectivement de 0,06 pour la province du Bas Congo et de 0,003 pour la province du Kasai Oriental. Cette tendance est la même pour toutes les autres catégories professionnelles (RDC, Ministère de la Santé, ELS, 1999).

Ceci montre que les troubles socio-politiques ne privent pas seulement l'Etat de ressources financières pour agir, mais aussi rend plus difficile la lutte contre les disparités du fait du caractère peu attractif des conditions de travail en milieux ruraux qui est renforcé par la crise.

#### **4.3 Incidence sur la participation des communautés à la promotion de la santé**

Sur base des recommandations de Alma Ata (1978) et avec la ratification de la charte africaine visant la santé pour tous en l'an 2000, la RDC et le Togo ont adopté le principe des soins de santé primaires et ont mis en place un système de santé avec 3 niveaux de fonctionnement : (i) le niveau central comprenant le cabinet du Ministre, les directions centrales et les programmes spécialisés, (ii) le niveau intermédiaire ou provincial chargé de traduire en objectifs et programmes spécifiques, les grands axes stratégiques définis par le niveau central et (iii) le niveau périphérique ou local où sont effectivement mises en œuvre les options du Gouvernement. Mais, dans les deux pays, le Ministère de la Santé n'a pas une stratégie basée sur la gratuité des soins. Toutefois, pour réduire l'impact du coût des soins, des études y sont envisagées sur la gratuité des soins en cas de paludisme et pour des interventions comme les césariennes etc. Ces études n'ont pu être réalisées avant 2007.

En attendant, deux approches sont opérationnelles sur terrain. Au Togo, le Système de santé du Togo s'appuie sur la dynamique communautaire en recourant aux Comités de Gestion Santé (COGES) autorisés par le décret 90-192/PR du 26 décembre 1990. Ces Comités contribuent à la transmission des informations sur les maladies et le fonctionnement du système de santé de la base vers le sommet de l'administration ; mais l'application effective de ces recommandations ne se fait pas le plus souvent en milieu rural (République Togolaise, UNICEF, 2009).

Au Congo, les communautés participent très peu à la surveillance et au contrôle des maladies épidémiques et/ou endémiques (soit dans 10,4% seulement des cas suivant RDC, Ministère de la Santé, ELS, 1998). En outre, compte tenu des limites des ressources de l'Etat, seules 30 % des Zones de Santé (niveau périphérique) sont opérationnelles RDC, Ministère de la Santé, ELS, 1999) ; d'où l'Etat encourage l'implication du secteur privé dans l'offre des services des soins. Cette disposition a réduit l'accessibilité financière de ces services par les

populations les plus vulnérables (RDC, UNICEF, ASEF, 2003). Il apparaît dans les deux cas que la crise peut compromettre l'efficacité des initiatives adoptées pour assurer une meilleure accessibilité financière des services.

#### **4.4 Incidence sur la fréquentation des services des soins**

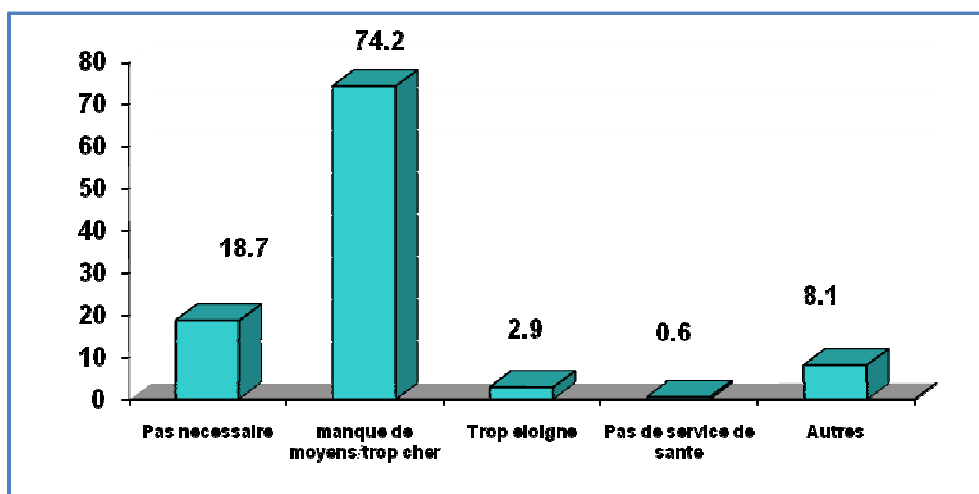
Au Togo, le système sanitaire dessert pratiquement l'ensemble du territoire national. Aussi, seule 62,5% de la population se trouve à plus de 30 minutes de marche (2,5 Km) d'une structure des soins. Cependant le taux de fréquentation curative des formations sanitaires est estimé à près de 25-29% (République Togolaise, Ministère de la Santé, 2009). L'assistance médicale à l'accouchement a également peu évolué. Entre 1998 et 2003, la proportion des accouchements assistés par du personnel de santé qualifié est passé de 59% à 61% seulement (Doevi, A. D., 2009).

L'enquête QUIBB de 2006 a apporté quelques explications sur cette faible fréquentation des services des soins. En effet, le graphique 1 établi à partir de ses données montre que dans trois cas sur quatre (74,2%) il y a un problème de ressources financières insuffisantes ; d'où le recours à l'automédication, à la médecine traditionnelle et à l'essai des soins à domicile comme l'a souligné l'enquête CAP de 2007 sur la nutrition (République Togolaise, UNICEF, 2007).

Par ailleurs, il y a la qualité des services. La crise n'a pas permis d'assurer une offre de qualité dans toutes les formations sanitaires. Ainsi, parmi les informations reçues des enfants de 5-17 ans qui ont été dans les services de santé, il y en a plusieurs qui laissent apparaître une part d'insatisfaction ; 10% de réponses indiquent que les conditions d'administration des soins devraient être améliorées, 6% montrent que le temps d'attente est trop long et 5% signalent que les médicaments ne sont pas toujours disponibles dans les formations sanitaires (graphiques 2 et 3). Suivant l'analyse de la situation de l'enfant du Togo (République Togolaise, UNICEF, 2008), ces problèmes sont signalés par les COGES, mais les solutions ne sont pas apportées par l'Administration de la santé. C'est dire que la transmission de l'information vers le haut se fait, mais les réponses tardent à se manifester dans les communautés de base.

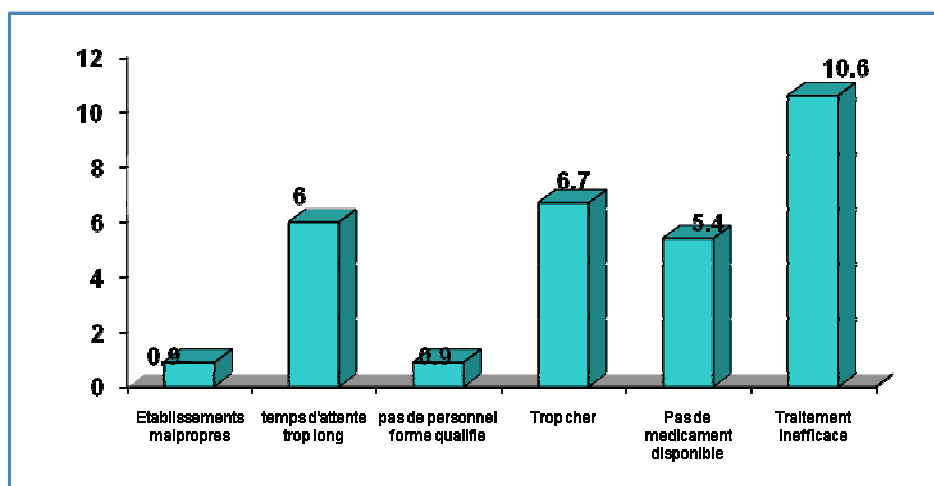
En RDC, la fréquentation des services des soins est également faible. La surveillance de la croissance par les Consultations préscolaires (CPS) ne se fait que pour 10% d'enfants. La plupart des femmes suspendent en effet les CPS à la fin de la vaccination anti-rougeole (6-9 mois). L'attente prolongée, la faible perception de l'intérêt de ces consultations, le coût de la fiche... en sont les principales causes (RDC, UNICEF, ASEF, 2003). En cas de maladie, la réaction la plus courante consiste à essayer d'abord des soins à domicile. Selon la maladie, la période durant laquelle cette prise en charge médicale est faible peut être plus longue. Pour certaines maladies, certaines couches pauvres de la population considère que ce sont les tradi-praticiens qui les soignent le mieux. C'est le cas par exemple de la gastrite, de l'épilepsie et de la fontanelle déprimée (RDC, UNICEF, ASEF, 2003).

Graphique 1 : Pourcentage des causes de la faible fréquentation des services des soins (suivant les déclarations des enfants de 5-17 ans)



Source : République Togolaise/ UNICEF, 2009

Graphique 2 : Pourcentages des problèmes relatifs aux services des soins déclarés par les enfants de 5-17 ans



Source : République Togolaise/ UNICEF, 2009

De ce qui précède, il y a lieu de retenir la crise a ainsi tendance à favoriser l'automédication et la promotion des soins administrés par les tradi-praticiens. Une approche de l'offre des services des soins dont il faut explorer l'efficacité consiste ainsi à créer des conditions d'un rapprochement entre la médecine moderne et la médecine traditionnelle. Par ailleurs, même si elle n'a pas encore apporté des résultats probants, l'expérience des COGES en cours au Togo mérite d'être examinée de près.

#### 4.5 Incidence sur la couverture vaccinale

Dans la prévention des maladies à vaccination obligatoire de l'enfance, la même faiblesse de fréquentation des services apparaît pour les années 1995-2001. En effet, aussi bien en RDC qu'au Togo, la couverture vaccinale est inférieure à l'objectif de 90% fixé par le Sommet

Mondial pour les Enfants. En 1998, 41% d'enfants du Togo âgés de 12-23 mois étaient complètement vaccinés contre les six maladies de l'enfance » (République Togolaise, 2000, 54).

En RDC, la proportion équivalente n'était que de 22,8%. Selon la Province et selon le type de milieu, les différences sont importantes. Le taux est de 37,2 % en milieu urbain alors qu'en milieu rural, il est de 16,0%. De même, par Province, le taux varie de 45,7% à Kinshasa à 2,6% et 9,8% au Maniema et au Sud-Kivu qui sont parmi les provinces qui ont connu la guerre (RDC, UNICEF, MICS2, 113). Par ailleurs comme le montre le tableau 5, la couverture par antigène est restée très faible durant ces années de crise. A peine un enfant sur cinq était protégé.

Au-delà de la sensibilisation de la population sur les avantages de la vaccination, il faut envisager une approche qui permet de mieux inciter les parents à faire vacciner les enfants. Ce pourrait être par exemple la nécessité d'apporter la preuve d'un respect du calendrier vaccinal de l'enfant avant de le faire inscrire dans une école ou avant de percevoir les allocations familiales liées à un nouveau-né.

Tableau 5 : Couverture vaccinale par antigène (1995-2001)

Antigène	1995	2001
DTC3	27	28
VAR	39	39
BCG	47	51
VPO »	28	39

Source : RDC, UNICEF, 2003.

#### 4.6 Incidence sur la lutte contre la malnutrition

L'OMD 1 consiste à réduire de 50%, par rapport à 1990, le nombre de cas de malnutrition grave et modérée chez les enfants de moins de 5 ans. Cet objectif est mesuré par trois indicateurs : l'insuffisance pondérale (poids pour âge), le retard de croissance (taille pour âge) et l'émaciation (poids pour taille). Au Togo, la malnutrition s'est accrue entre 1998 et 2006.

Le tableau en annexe 3 sur le Togo montre que par rapport aux provinces (Régions), les disparités se sont maintenues, mais les tendances entre 1998 et 2009 ont varié selon l'indicateur examiné. Il apparaît que :

- pour le retard de croissance, le niveau général est plus élevé, mais les écarts entre Régions sont plus faibles
- pour l'émaciation, le niveau général est plus faible, mais les écarts entre Régions sont plus importants
- pour l'insuffisance pondérale, le niveau général est plus faible, mais les écarts entre Régions sont globalement les mêmes.

Cette situation a résulté du fait que le programme national de nutrition de 2001 n'ayant pas été finalisé et exécuté, il n'y avait pas de dispositions pour protéger la population face aux difficultés économiques et d'approvisionnement. Une enquête SMART et des interventions d'urgence ont ainsi été organisées en 2008-2009 compte tenu de la gravité de la situation (République Togolaise, UNICEF, Enquête SMART, 2009).

En RDC, la situation dans le domaine de la nutrition s'est globalement dégradée durant les années de guerre et des disparités importantes sont apparues entre les provinces (tableau 6). En outre, la forme modérée de la malnutrition a évolué plus que la forme sévère ; le retard modéré de croissance a par exemple doublé entre 1995 et 2007 (annexe 4). En effet, près d'un enfant sur deux (45%) présente un retard modéré de croissance pendant qu'un enfant sur quatre (24%) en souffre d'une manière sévère.

Tableau 6 : Situation des Province en matière de malnutrition et suivi médical des enfants

Province	% d'enfants souffrant de (1)			% d'enfants souffrant de (2)		
	Malnutrition chronique (taille pour âge)	Malnutrition aigue (poids pour taille)	Insuffisance pondérale (poids pour âge)	Malnutrition chronique (taille pour âge)	Malnutrition aigue (poids pour taille)	Insuffisance pondérale (poids pour âge)
Kinshasa	19,9	14,3	18,2	23,4	9,3	14,8
Bas-Congo	43,1	9,2	35,3	45,7	9,3	25,6
Bandundu	36,7	16,5	34,4	46,8	6,7	27,8
Equateur	40,7	16,2	31,4	50,9	10,1	29,2
Prov. Orientale	39,8	9,6	26,3	46,2	7,7	21,4
Nord Kivu	45,4	9,9	33,6	53,6	6,6	20,0
Sud Kivu	47,6	12,2	35,1	55,5	7,8	30,8
Maniema	45,5	9,5	37,5	43,9	10,6	18,1
Katanga	38,3	15,1	32,9	45,0	12,2	20,2
Kasai Oriental	36,6	14,2	29,9	49,2	14,6	30,8
Kasai Occidental	38,7	16,9	33,7	48,2	13,7	30,3
RDC	38,2	13,4	31,1	45,5	10,0	25,1

Source : (1) RDC, UNICEF, MICS2, 2002

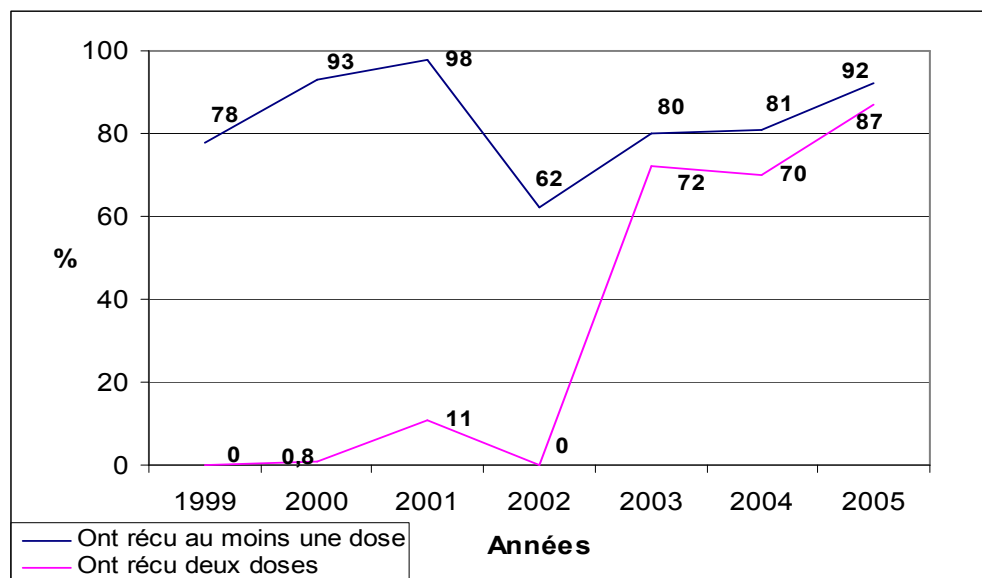
(2) RDC, UNICEF, EDS, 2007

Malgré ses engagements et cette situation de grande vulnérabilité des enfants de moins de 5 ans, l'Etat a limité ses dépenses au seul paiement des salaires des agents du Ministère de la santé, spécialement ceux affectés au Programme de Nutrition. Cela n'a pas permis l'exécution des programmes (RDC, UNICEF, 2009) en dehors de celui portant sur la lutte contre la malnutrition par des campagnes de supplémentation en vitamine A. Il apparaît bien sur le graphique 3 que c'est après la reprise de la coopération en 2002-2003 que la situation s'est nettement améliorée pour ce programme. En effet, à partir de 2003, au moins 70% d'enfants de 6-59 mois ont reçu les deux doses annuelles de la vitamine A. Il faudrait voir comment ce programme pourrait contribuer de manière pérenne à la réduction des disparités provinciales en matière de nutrition.

Il faudrait mettre fin à ses contraintes notamment la connaissance insuffisante de la valeur nutritionnelle des aliments par la population et l'éloignement des centres de santé où se fait la supplémentation qui, en 2001, ont été à la base du fait que seuls 54% d'enfants ont été

touchés sur l'ensemble du territoire de la RDC. En outre, moins de 45% d'enfants ont été touchés dans les provinces qui ont connu la guerre (soit la Province Orientale et les Provinces de Maniema et du sud Kivu) alors que celles qui n'ont pas beaucoup été affectées par la guerre comme Kinshasa et le Bas Congo, la proportion des enfants supplémentés est de 60-70%. Ainsi, une fois de plus, la crise ressort en tant qu'élément déterminant de l'offre des services sociaux aux enfants.

Graphique 3 : Pourcentage d'enfants supplémentés en 1999-2005



Source: UNICEF, DRC Countdown, 2008

## Conclusion

Le processus de démocratisation a été, pour certains pays, une occasion de renforcement de la solidarité nationale, mais pour d'autres il a conduit à un ralentissement du développement. Pour les deux pays examinés, à savoir le Togo et la RDC, ce processus a conduit à un contexte socio-politique difficile. L'objectif était ainsi de voir quelles conséquences, un tel contexte pouvait avoir sur l'amélioration du bien-être des enfants.

Marqué par des pillages d'infrastructures socio-sanitaires, le cas de la RDC est certainement difficile. Mais, les conséquences subies au Togo des suites de la suspension de la coopération interpellent également. En effet, il y a eu, dans les deux cas, non seulement un maintien de la mortalité à un niveau incompatible avec l'atteinte de l'OMD5 en 2015, mais aussi un accroissement des disparités. En outre, ils ont montré que des solutions, comme la suspension de la coopération structurelle, se terminent au détriment des enfants et ne devraient être remplacées par d'autres approches. En effet, la santé est l'un des secteurs qui en pâtissent le plus. Il est apparu que :

- la crise a ralenti le mouvement vers l'atteinte des objectifs du millénaire et que ce ralentissement est plus important en RDC où la crise était marquée par des guerres ;
- la suspension de la Coopération structurelle fait porter un lourd tribut aux populations ;

- les troubles socio-politiques ne privent pas seulement l'Etat de ressources financières pour agir, mais aussi rendent plus difficile la lutte contre les disparités du fait que les conditions de travail dans les milieux défavorisés deviennent plus dures et que
- la crise a tendance à favoriser l'automédication et la promotion des soins administrés par les tradi-praticiens.

Compte tenu de ces observations, la poursuite des OMD en général et de l'OMD4 en particulier ne peut réussir que si les principes de bonne gouvernance sont appliqués et si la démocratie s'installe. Aussi, il faudrait formuler un OMD9 sur la bonne gouvernance et en définir les indicateurs de suivi. Par ailleurs, même si elle n'a pas encore apporté des résultats probants, l'expérience des COGES en cours au Togo mérite d'être examinée de près. Il pourrait favoriser l'adaptation des services au contexte socio-culturel où vivent les populations les plus défavorisés.

### **Bibliographie**

1. DOEVI A. Dodzi, 2009, Rapport de la revue des quinze ans et évaluation de la mise en oeuvre de la déclaration de Dakar/N'gor et du programme d'action de la CIPD, Lomé, 48 p.
2. Nations Unies, PNUD, 2007, Rapport sur le développement humain, New York/Paris.
3. Nzita K. et al., 2006, Etude sur le développement des capacités des ressources humaines des institutions congolaises d'enseignement supérieur dans les domaines de l'éducation, agriculture et santé, Washington, 66 p.
4. PNUD, 2008, Suivi des objectifs du Millénaire pour le développement au Togo, Lomé, 32 p.
5. RDC, Ministère de la Santé, ELS, 1999, Etat des lieux du secteur de la Santé, Profil sanitaire du niveau central, des provinces, des zones de santé et des ménages Avril-Juin 1998, Kinshasa, 239 p.
6. RDC, UNICEF, MICS2, 2002, MICS2. Enquête Nationale sur la situation des enfants et des femmes, Rapport d'analyse, Kinshasa, 234 p.
7. RDC, PNUD, 2003, Bilan Commun Pays, Kinshasa, 76 p.
8. RDC, UNICEF, ASEF, 2003, Analyse de la situation des enfants et des femmes en RDC, Kinshasa, 224 p.
9. RDC, Ministère du Plan, 2006, Document de la stratégie de croissance et de la réduction de pauvreté, Kinshasa, 67 p.
10. RDC, EDS, 2008, Enquête démographique et de santé (EDS, 2007), Macro International, Calverton, 482 p
11. RDC, UNICEF, 2009, Pauvreté des enfants et disparités en RDC, Kinshasa, 121 p.
12. République Togolaise, Ministère de la Santé, PNDS, 2002, Plan National de développement Sanitaire (PNDS). Période : 2002-2006, Lomé, 108 p République Togolaise, UNICEF, 2007, Situation des enfants et des femmes. Enquête par grappe à indicateurs multiples 2006, MICS3, Lomé, 88 p.
13. République du Togo-UNFPA, 2008, Etat de la population togolaise, Lomé, 55p.

14. République Togolaise, Ministère de la Santé, PNDS, 2009, Plan National de développement Sanitaire (PNDS). Période : 2009-2013, Lomé, 108 p
15. République Togolaise, UNICEF, 2009, La situation de l'enfant au Togo, UNICEF, Lomé, 197 p.
16. République Togolaise, Ministère de la Santé Publique, 2001, Plan National de Développement Sanitaire 2002-2006, Lomé, 67 p.
17. République Togolaise, 2006, Etude sur la pauvreté des ménages au Togo, Lomé, 54 p.
18. République Togolaise – Ministère de la Santé Publique, UNICEF, 2007, Enquête sur les connaissances, les pratiques et les aptitudes des mères et des communautés en matière de la nutrition, Lomé 73 p.
19. République Togolaise- UNICEF, 2008, Inventaire des études, enquêtes, évaluations et recherches réalisées sur les enfants et les femmes du Togo (2000-2008), Rapport définitif, Lomé, 217 p.
20. République Togolaise- UNICEF, SMART, 2009, Enquête nutritionnelle et de pauvreté, SMART. Rapport final, Lomé, 75 p.
21. République Togolaise, 2009, Document Complet de stratégie de réduction de la pauvreté, DSRP-C, Version finale, Lomé, 117 p.
22. UNICEF, 2008, Etude mondiale sur la pauvreté et les disparités chez les enfants, Guide, New York, 73 p.

## Annexes

Annexe 1: Prévalence par Province des 3 principales maladies d'enfants de moins de 5 ans en RDC (en %)

Province	Prévalence en 2007 (i)			Prévalence en 2001 (2)		
	IRA	Diarrhée	Malaria	IRA	Diarrhée	malaria
Kinshasa	8,9	13,4	39,5	3,6	20,9	31,9
Bas-Congo	8,6	10,9	36,9	2,8	19,3	41,0
Bandundu	11,4	11,4	34	6,4	14,6	35,6
Equateur	10,6	14,1	30,3	8,4	27,3	41,0
Province Orientale	14,9	15,6	27	12,8	21,6	44,9
Nord Kivu	14,4	17,8	18	14,8	18,8	31,3
Maniema	22,1	16,6	17,6	9,9	22,9	46,6
Sud Kivu	18,4	16,5	29,1	24,0	24,1	45,8
Katanga	14,5	15,4	30,1	16,3	24,3	46,7
Kasaï Oriental	25,5	23,2	20	8,8	27,2	42,9
Kasaï Occidental	21,1	14	37,5	7,1	29,7	44,5
Ensemble	15,4	16	29,8	10,7	22,4	41,1

Source : (1) : RDC, EDS, 2008

(2) : RDC, UNICEF, MICS2, 2002



## Annexe 2 : Principales causes de la mortalité infanto-juvénile au Togo en 2008

<b>Causes immédiates</b>	<b>Causes sous-jacentes</b>	<b>Causes structurelles</b>
<p>Persistance des maladies transmissibles de l'enfance (dont le paludisme, la pneumonie, la diarrhée, la rougeole et le SIDA)</p>	<p>Utilisation insuffisante des moyens de prévention dont, principalement :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• la moustiquaire</li> <li>• la vaccination</li> <li>• les services de PTME</li> </ul> <p>Application insuffisante des principes d'hygiène et d'assainissement, notamment pour l'eau potable et les toilettes</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Forte dépendance du financement extérieur du Programme Elargi de Vaccination en ce qui concerne la coordination du programme et l'exécution des activités au niveau opérationnel</li> <li>- Faible couverture du pays pour la PTME (11% seulement)</li> <li>- Capacités insuffisantes des structures chargées de l'exécution de la Politique nationale d'hygiène et d'assainissement</li> <li>- Insuffisance d'activités de sensibilisation pour l'adoption de comportements favorables à la santé</li> </ul>
<p>Recours insuffisant aux structures de santé</p>	<p>Insuffisance des moyens financiers pour accéder aux services des soins</p> <p>Faible conviction sur la qualité des services offerts</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pauvreté de la population</li> <li>- Absence de dispositions de solidarité permettant aux plus pauvres d'avoir accès aux soins</li> <li>- Insuffisance des ressources humaines dans le secteur Santé</li> <li>- Maintenance insuffisante des équipements et des infrastructures</li> <li>- Approvisionnement insuffisant des formations sanitaires en médicaments</li> </ul>

Sources : Construit à partir de l'évaluation du PNDS 2002-2006 et du rapport sur les OMD (République Togolaise-Système des Nations Unies, 2008)

## Annexe 3 : Niveaux de malnutrition par Région au Togo entre 1998 et 2009

Région	1998 (1)		2006 (2)		2009 (3)	
	Niveau global	Niveau de Sévérité	Niveau global	Niveau de sévérité	Niveau Global	Niveau de sévérité
	Retard de croissance					
Lomé	-	-	14,0	7,0	15,1	4,2
Maritime*	16,6	4,5	19,7	8,3	29,6	10,7
Plateaux	21,5	6,8	25,6	11,1	27,1	8,5
Centrale	23,9	8,3	24,3	8,1	21,1	4,7
Kara	20,8	5,5	36,6	20,4	28,4	10,0
Savanes	32,8	13,2	33,2	12,3	35,0	11,6
Togo	22	7	23.7	10.3	26.4	8.4
	Emaciation					
Lomé	-	-	6,9	1,0	7,4	2,1
Maritime*	11,3	2,5	12,9	2,0	6,2	1,6
Plateaux	11,0	2,0	9,8	2,1	5,8	2,5
Centrale	9,2	2,0	8,0	1,4	5,3	2,7
Kara	12,6	1,2	22,6	8,1	8,4	2,5
Savanes	18,6	2,5	32,0	7,6	12,5	2,4
Togo	12	2	14.3	3,2	7.4	2.1
	Insuffisance pondérale					
Lomé	-	-	14,5	2,7	10,1	1,3
Maritime*	20,2	5,2	23,0	4,4	19,2	5,7
Plateaux	24,2	5,4	17,3	3,9	14,3	3,1
Centrale	24,5	6,8	20,8	4,3	9,5	1,2
Kara	24,2	6,2	37,0	11,9	18,0	5,0
Savanes	38,8	12,6	54,0	19,5	27,7	8,3
Togo	25	7	26,0	6,8	16,8	4,2

(\*) : Y compris Lomé

Sources : (1) : EDSTII ; (2) : MICS3 et (3) : SMART 2009

## Annexe 4 : Niveaux de la malnutrition en RDC 1995, 2001 et 2007

Malnutrition	Niveau de malnutrition (en %)			Niveau par rapport à une population bien nourrie (en %)		
	1995	2001	2007	1995	2001	2007
Retard de croissance						
• Sévère	24,6	20,3	24,2	+ 246	+ 203	+ 242
• Modérée ou sévère	20,6	38,2	45,5	+ 9	+ 17	+20
Emaciation						
• Sévère	3,5	3,1	4,3	+ 35	+ 31	+ 43
• Modérée ou sévère	6,1	13,4	10,0	+ 3	+ 6	+ 4
Insuffisance pondérale						
• Sévère	10,2	9,4	8,4	+ 102	+ 94	+ 84
• Modéré ou sévère	24,2	31,1	25,1	+ 11	+ 14	+ 11

Source : MICS 1 pour 1996 ; MICS 2 pour 2001 et EDS pour 2007.