

Université de Lubumbashi –
Observatoire du Changement Urbain –
Coopération universitaire au développement (CUD)



*La gestion des soins de santé dans les entreprises de
Lubumbashi : Bilan critique*

Rapport des recherches effectuées durant la quinzième session des travaux de l'Observatoire,
mars-avril 2005

Edité par :

Donatien Dibwe dia Mwembu, Professeur à l'UNILU

Roland Pochet, Professeur à l'ULB

Pierre Petit, Chercheur qualifié au FNRS

Octobre 2005

Observatoire du changement urbain

L'Observatoire du changement urbain (OCU) était au départ un projet initié dans le cadre de la CUD (Coopération universitaire au développement), un organe du CIUF (Coordination interuniversitaire francophone), qui l'avait retenu parmi les projets PIP (projets d'initiative propre) pour les années 2000-2003. Il jouissait à ce titre d'un financement de l'Agence Générale de la Coopération au Développement (AGCD) de Belgique. Il était placé sous la promotion, en ce qui concerne la partie congolaise, de Jean-Baptiste Kakoma Sakatolo Zambèze, alors recteur de l'UNILU, et, en ce qui concerne la partie belge, de Pierre PETIT, chercheur qualifié du FNRS, Marc Poncelet, chargé de cours à l'Université de Liège, et Pierre de Maret, recteur de l'Université libre de Bruxelles. Après cette première période, l'OCU est devenu un centre de recherches de l'Université de Lubumbashi, bénéficiant d'un partenariat diversifié ainsi que du soutien financier et scientifique de la CUD dans le cadre de la CUI (Coopération universitaire institutionnelle) au cours du plan quinquennal 2003-2007.

A travers ses études empiriques, l'Observatoire se propose de contribuer à une meilleure connaissance des transformations qui touchent les villes congolaises, et tout particulièrement Lubumbashi où le projet est installé. Jadis connue sous le pseudonyme de « Little Paris in Africa », la ville de Lubumbashi, seconde grande ville du pays avec son million d'habitants, est un véritable nœud de communication entre le Congo et l'Afrique australe, où se situe le pôle de développement le plus important du continent africain au sud du Sahara. Capitale non plus du cuivre mais bien du cobalt dont elle est, à travers la Province du Katanga, le plus grand exportateur mondial, Lubumbashi représente le lieu géométrique de trois Afriques sur le plan géopolitique (Afrique australe, Afrique centrale et Afrique orientale), et celui de quatre Afriques sur le plan culturel (Afrique anglophone, Afrique francophone, Afrique lusophone et Afrique swahiliphone). On ne peut dès lors rêver d'un autre pôle que Lubumbashi pour jouer le rôle de tourniquet en vue d'un brassage vivificateur et de l'intégration socio-économique de toutes ces Afriques. Au demeurant, Lubumbashi compte déjà parmi les grandes métropoles africaines et pourrait un jour, en jouant sur ses nombreux atouts, se situer au même rang que les deux mégapoles voisines : Kinshasa et Johannesburg.

Depuis mars 2000, l'Observatoire a entrepris plusieurs travaux de recherche dans une approche multi et transdisciplinaire. Ces recherches ont porté sur différents domaines de la vie sociale : la situation des ménages dans une économie de précarité, l'alimentation, le profil sanitaire, l'éducation, les églises, le deuil, la cartographie, la criminalité, les enfants de la rue, les plantes médicinales et l'eau dans la ville de Lubumbashi.

Il apparaît donc clairement que l'objectif que poursuit l'Observatoire est de constituer une banque de données multisectorielles devant servir de viatique indispensable pour le chercheur et de référence fiable pour les planificateurs, décideurs politiques et intervenants dont plus particulièrement les organismes internationaux et bailleurs de fonds impliqués dans le développement de son environnement.

Pierre PETIT
Co-promoteur de l'OCU

Jean-Baptiste KAKOMA SAKATOLO
Directeur de l'OCU

Equipe de recherche de la treizième session des travaux

Directeur de la recherche

Donatien Dibwe dia Mwembu, Professeur à l'UNILU
Roland Pochet, Professeur à l'ULB
Pierre Petit, Chercheur qualifié au FNRS

Chercheurs juniors

Joseph KANKU MUKENGESHAYI, Chef de travaux à l'I.S.S
Georges MULUMBWA MUTAMBWA, Chef de travaux à l'UNILU
Jean-Marie KALAU MUTEJ, Chef de travaux à l'UNILU
Aimé KAKUDJI KYUNGU, Assistant à l'UNILU
Jerry KALONJI wa MPOYO, Assistant à l'UNILU
Emery KALONJI MUYA, Assistant à l'UNILU
Aimée KASANDJI KAMEKE, Assistante à l'UNILU
MUTETE SAPATO, Assistante à l'UNILU

Enquêteurs

Kyabala Mwamba, Chef des travaux à l'ISP
Kalenga Ngoy, Chef de travaux à l'UNILU
Issingi Ndaba, Assistant à l'UNILU
Kabuya Kitabi, Assistant à l'UNILU
Kalaba Bwazi, Assistant à l'UNILU
Kantanga Mwamba, Assistant à l'UNILU
Kasongo Pauni, Assistant à l'UNILU
Kayembe wa Kayembe, Assistant à l'UNILU
Mathieu Aurel Maniragurha, Assistant à l'UNILU
Mwamba Maseho, Assistant à l'UNILU
Mwilampbwe Mwende, Assistant à l'ISES
Ndjibu Kitenge, Diplômé de l'UNILU
Pasula Nkunkiter, Assistant à l'UNILU
Tshinyama Kadima, Assistant à l'UNILU
Tshibwila Kantenga, Assistant à l'UNILU
Mbayo Kitambala, Assistant à l'UNILU
Fleurie Nkunda, Assistante à l'UNILU
Ngomb Kaburap, Assistante à l'UNILU
Kalenga Mwilambwe, Assistante à l'UNILU
Kibila Kasongo, Diplômé de l'UNILU
Kaseng Tshijik, Diplômée de l'UNILU
Mufungenu Muvumbu, Diplômé de l'UNILU
Lumbu Maliba, Diplômé de l'UNILU
Mushid Kapend, Diplômé de l'UNILU

REMERCIEMENTS

Nous remercions l'entreprise Générale Malta Forrest SPRL qui a subsidié cette étude.

Table des matières

<u>INTRODUCTION</u>	3
CONTEXTE DE LA RECHERCHE	3
OBJECTIFS DE LA RECHERCHE ET PLAN DU RAPPORT	4
<u>CHAPITRE I</u>	
<u>MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE</u>	5
1.1 INTRODUCTION	5
1.2 ÉLABORATION	5
1.3 ÉCHANTILLONNAGE	6
1.5 ENQUETE PROPREMENT DITE	7
1.6 DIFFICULTES RENCONTREES	7
<u>CHAPITRE II</u>	
<u>POLITIQUE DE PRISE EN CHARGE DES SOINS MÉDICAUX</u>	9
2.1 INTRODUCTION	9
2.2 CONTENU DES POLITIQUES DE PRISE EN CHARGE DES SOINS MEDICAUX	9
2.2.1 SEUIL OU LIMITE DE LA PRISE EN CHARGE	11
2.2.2 AUTRES POSSIBILITES DE PRISE EN CHARGE	12
2.3 LA MORBIDITE	13
2.3.1 EXISTENCE DES MALADIES PROFESSIONNELLES	13
2.3.2 TYPES DE MALADIES PROFESSIONNELLES	14
2.3.3 NOMBRE DES CAS D'HOSPITALISATION ENREGISTRES AU COURS DE L'ANNEE 2004	14
2.3.4 NOMBRE DE CAS DE PENSION-MALADIE ENREGISTRES AU COURS DE L'ANNEE 2004	16
2.3.5 NOMBRE DES CAS D'ACCIDENTS SURVENUS AU COURS DE L'ANNEE 2004	17
2.3.7 CONCLUSION	18
2.5.1 DEPENSES DE SANTE DANS LES ENTREPRISES	19
2.5.2 LES DEPENSES DE SANTE DES MENAGES	20
<u>CHAPITRE III</u>	
<u>AFFILIATION AUX FORMATIONS MÉDICALES</u>	21
3.1 AFFILIATION DES ENTREPRISES AUX FORMATIONS MEDICALES	21
3.2 DISTRIBUTION SPATIALE DES FORMATIONS MEDICALES	22
3.3 TYPES DE CONTRATS SIGNES AVEC LES FORMATIONS MEDICALES	23
3.3.1 TYPES DE CONTRATS	23
3.3.2 MODE DE PAIEMENT	24
3.3.3 NOMBRE MOYEN D'AGENTS SOIGNÉS MENSUELLEMENT	25
3.3.4 CAUSES DE FRÉQUENTATION DES CENTRES MÉDICAUX PAR LA POPULATION	25
3.3.5 RAISONS DE PRÉFÉRENCE DES FORMATIONS MÉDICALES	26
3.4 RAISONS DE CHANGEMENT DES PARTENAIRES	27
3.4.1 QUALITE DES SOINS PRODIGUES	27
3.4.2 RESPECT DES CONDITIONS D'HYGIENE	28

3.4.3	ACCUEIL PAR LE PERSONNEL SOIGNANT	29
3.4.4	COUT DES SOINS MEDICAUX	29
3.5	RAISONS DE CONSERVATION DES PARTENAIRES	30
3.5.1	QUALITE DES SOINS PRODIGUES	30
3.5.2	RESPECT DES CONDITIONS D'HYGIENE	31
3.5.3	ACCUEIL RESERVE AUX BENEFICIAIRES	32
3.6	INSUFFISANCES OBSERVEES DANS LES FORMATIONS MEDICALES AFFILEES	32
3.7	CONCLUSION	34

CHAPITRE IV

CAS DE L'HÔPITAL SENDWE **35**

4.1	PRESENTATION DE L'HOPITAL GENERAL JASON SENDWE	35
4.2	PERCEPTION DE L'HOPITAL SENDWE	36
4.2.1	PERCEPTION PAR LES EMPLOYEURS	36
4.2.1.1	<i>Le coût</i>	37
4.2.1.2	<i>L'accueil</i>	37
4.2.1.3	<i>L'infrastructure et les conditions hygiéniques</i>	38
4.2.1.4	<i>La qualité des soins</i>	38
4.2.1.5	<i>La gestion de l'hôpital</i>	38
4.2.2	PERCEPTION PAR LES EMPLOYES	38
4.2.2.1	<i>Qualité des soins prodigués</i>	39
4.2.2.2	<i>Réglementation et observation des conditions hygiéniques</i>	40
4.2.2.3	<i>Accueil du personnel soignant</i>	40
4.2.2.4	<i>Coût estimatif des services offerts</i>	41
4.2.2.5	<i>Équipements et infrastructures</i>	41
4.2.3	CONCLUSION	42
4.3	AVIS DE LA POPULATION SUR L'HOPITAL SENDWE	42
4.3.1	INTRODUCTION	42
4.3.2	COUT DES SOINS	42
4.3.3	QUALITE DES SOINS	43
4.3.4	QUALITE DE L'EQUIPEMENT ET INFRASTRUCTURE (CONDITIONS HYGIENIQUES)	43
4.3.5	ACCUEIL PAR LE PERSONNEL SOIGNANT	43
4.3.6	FREQUENTATION DE L'HOPITAL SENDWE	44
4.3.7	CONCLUSION ET SUGGESTIONS	44

CONCLUSION **45**

EXECUTIVE SUMMARY **47**

BIBLIOGRAPHIE SOMMAIRE **50**

ANNEXE 1:LISTE DES ENTREPRISES CIBLÉES **51**

ANNEXE 2: PROTOCOLE DE RECHERCHE **53**

Introduction

D. Dibwe

Contexte de la recherche

« *Baba, tunekalia hii tshapu juu ya dawa ile beko natupatia kama tunapata magonjwa. Ona hata bwingi bwa batoto haba tuko nabo, tutenda nabo wapi kama wanapatikana na magonjwa ?* » (Cher Monsieur (l'enquêteur), nous ne tenons plus à ce travail que grâce aux soins médicaux dont nous bénéficions. Regarde la taille de notre ménage, que ferions-nous pour leur assurer des soins en cas de maladie ?).

Cette déclaration d'un travailleur chef de ménage, apparemment anodine, résume pourtant l'importance de la politique de prise en charge des soins de santé des travailleurs par les entreprises. La santé constitue une des stratégies attractives de toute entreprise même en période de crise, comme nous l'a déclaré un enquêté.

Dans leurs stratégies d'amélioration de la santé de la population, les ONG et organismes internationaux tablent sur quatre éléments essentiels qui concourent à la prolongation de la vie moyenne : le savoir collectif et individuel, le vouloir, le pouvoir et l'appareil socio-médical (UNICEF 2001). La santé revêt ainsi une importance capitale pour toute communauté humaine. Son entretien et son maintien stable sont tributaires de plusieurs facteurs (l'alimentation suffisante et nourrissante, l'assainissement de l'environnement, l'approvisionnement en eau potable, une action médicale efficace à la fois préventive et curative) et, pourtant, exigent des investissements réguliers considérables pour à la fois la survie et le développement d'un peuple.

Au début de la période coloniale, l'incapacité du gouvernement colonial d'assurer à ses administrés des soins de santé adéquats, a amené les grosses entreprises privées minières, industrielles et commerciales à se substituer à lui et à mettre à la disposition de leur main-d'œuvre respective une infrastructure médicale appropriée (Dibwe 1993 : 488). La philosophie à l'origine de cette politique de prise en charge des populations ouvrières en matière de santé n'est pas humanitaire. Elle part du principe que le travailleur malade n'est pas productif et que le travailleur mort est une perte pour l'entreprise ; elle justifie le souci de toute entreprise de rendre meilleure la productivité de ses travailleurs. « *Toute philanthropie mise à part, chaque décès est une perte financière, chaque journée de maladie, une perte de production (...)* Une bonne main-d'œuvre en bonne santé est la meilleure méthode de recrutement » (Mouchet et Van Nitsen 1940 : III). On comprendra alors pourquoi depuis l'époque coloniale, les grosses entreprises ont consenti des investissements colossaux dans la construction et le développement de l'infrastructure médico-sanitaire. Les moyennes et petites entreprises qui en étaient dépourvues se sont ainsi affiliées aux formations médicales existantes, publiques ou privées.

La ruée des Congolais en général et des Lushois en particulier vers les formations médicales privées ou des entreprises privées et le crédit que l'État inspire à ce jour dans l'amélioration de la santé de sa population sont des indicateurs intéressants susceptibles d'inciter les chercheurs à s'interroger sur la politique de la gestion hospitalière en République Démocratique du Congo en général et dans la ville de Lubumbashi en particulier en ce moment où le pays est en train de traverser une crise profonde multiforme.

Eu égard à ce qui précède, il est intéressant de savoir si les entreprises publiques, privées et paraétatiques existant à Lubumbashi continuent à entretenir et à maintenir leurs politiques de prise en charge des soins médicaux à l'égard de leurs populations ouvrières. Autrement dit, comment s'adaptent-elles à la conjoncture économique actuelle ? Quels sont les changements apportés à leurs politiques de prises en charge des soins de santé, vers quelles formations médicales se tournent-

elles et pour quels types de maladies ? Quelles sont les limites et la portée de leurs politiques de prise en charge ? Quelles opportunités offrent-elles aux cas qui dépassent les dispositifs de prise en charge définis dans ces politiques ? Quelle est la place de l'hôpital général Sendwe dans la politique de la gestion hospitalière ? Etc.

Voilà autant de questions qui vont servir de fil conducteur à cet ouvrage.

Objectifs de la recherche et plan du rapport

Pour contribuer à définir une politique de gestion hospitalière conséquente, ce rapport se propose d'évaluer les recettes potentielles de l'hôpital général de référence Jason Sendwe. Cela suppose avant tout l'évaluation de différents indicateurs, notamment les différentes politiques de prise en charge des soins médicaux prodigués aux employés de Lubumbashi, clients pressentis de Sendwe, le coût des services offerts par les différentes formations médicales locales, le nombre des employés bénéficiaires, les budgets engagés, les modes de contractualisation, les types d'hôpitaux avec lesquels des conventions sont passées, les modes de paiement, le degré de satisfaction des systèmes déjà mis en place, etc.

L'enjeu est de taille, car ce rapport doit permettre de fournir des éléments objectifs à une vaste opération de réhabilitation de l'hôpital qui fera suite au désengagement de la Gécamines comme gestionnaire, à la cession par l'État congolais de l'hôpital Sendwe à une structure autonome qui aura la responsabilité de sa réhabilitation et de sa gestion journalière.

Le présent rapport comporte chapitres, une conclusion générale, des suggestions et se clôture par un executive summary.

Le premier chapitre traite de la méthodologie de l'enquête. Il s'agit des dispositifs mis sur pied en vue d'arriver aux résultats escomptés. Ce chapitre passe en revue les problèmes liés à l'élaboration du protocole d'enquête, au tirage de l'échantillon, à la pré-enquête et à l'enquête proprement dite, au dépouillement et aux difficultés rencontrées.

Le deuxième chapitre aborde les politiques de prise en charge des soins médicaux, c'est-à-dire leur existence effective ou non, leur contenu et leurs limites en ce qui concerne aussi bien la catégorie des ayants droit de la famille de l'ouvrier que la hauteur du montant à accorder au travailleur ou au membre de sa famille malade. Les données sur la morbidité, la mortalité et le coût des soins médicaux sont également analysées dans ce chapitre.

Le troisième chapitre concerne l'affiliation des entreprises aux formations médicales. Il donne un aperçu général des formations médicales affiliées aux entreprises ciblées et enquêtées, traite des types de contrats qui les lient les unes aux autres, des raisons de changement ou non des partenaires ainsi que des insuffisances observées dans les formations médicales considérées.

Le quatrième et dernier chapitre est entièrement consacré à l'hôpital général Sendwe. Il se limite aux appréciations faites par les employeurs, les employés et la population lushoise sur la qualité des soins prodigués, les conditions hygiéniques, l'accueil réservé aux patients par le personnel soignant, la qualité de l'infrastructure et de l'équipement mis au service de la population morbide et le coût des services offerts aux bénéficiaires.

Une conclusion générale, des suggestions ou pistes de recherches ultérieures et un executive summary suivi d'une bibliographie sommaire clôturent ce rapport.

C H A P I T R E I

M É T H O D O L O G I E D E L ' E N Q U Ê T E

D. Dibwe

1.1 Introduction

L'Observatoire du changement urbain avait déjà mené, du mois de février au mois de juin 2001, une enquête sur le profil sanitaire du Lushois. L'objectif principal de cette étude du 3^e module de recherche au sein de ce centre était de décrire la situation sanitaire de la population de Lubumbashi et d'identifier les facteurs qui la caractérisent (Kakudji et Lubembo 2002).

Dans le cadre du présent module, l'objectif est de fournir aux différents partenaires locaux et étrangers une base de données préliminaires susceptible de les aider à mieux cerner dans leurs échanges les possibilités de la réhabilitation et de la réforme de l'hôpital général Sendwe. Dans ce chapitre, nous rendons compte des étapes de la démarche qui fut nôtre et qui nous a permis de déboucher sur les résultats présentés dans ce rapport.

1.2 Élaboration du protocole d'enquête

Le protocole d'enquête comprend trois parties. La première contient 13 questions adressées aux employeurs. Il s'agit d'un ensemble de données relatives à l'existence, au contenu et aux limites des politiques de prise en charge des soins de santé au sein des différentes entreprises ciblées, aux formations médicales auxquelles elles sont affiliées, aux types de contrats qui lient les deux partenaires ainsi qu'aux limites de ces contrats, à la morbidité et à la mortalité enregistrées parmi la population ouvrière, aux dépenses mensuelles ou annuelles moyennes effectuées par les entreprises dans le domaine de la santé, à leur appréciation de l'hôpital Sendwe.

En principe, le protocole d'enquête devrait se contenter des témoignages fournis par les responsables des entreprises, concepteurs et réalisateurs des politiques de prise en charge des soins de santé pour leurs travailleurs. Mais le souci de confronter les avis et témoignages des employeurs avec ceux des employés, de connaître les sentiments, comportements et aspirations des employés qui jouissent du fruit de la politique de prise en charge, nous a amenés à construire un deuxième guide d'entretien. Ce dernier comportait 9 questions relatives à la mesure de la connaissance pour les travailleurs de différentes variables : la formation médicale à laquelle leur entreprise est affiliée, le type de contrat qui lie l'entreprise à la formation médicale, l'existence et le contenu de la rubrique « santé » dans la rémunération mensuelle du travailleur, la limite de la prise en charge des soins médicaux par l'employeur, le coût mensuel moyen des soins médicaux, l'appréciation de l'hôpital Sendwe par le travailleur.

A ces deux guides, nous avons ajouté un troisième destiné à la population lushoise. En tant que grosse consommatrice de soins de santé prodigués par l'hôpital général Sendwe (nombreux sont des gens qui ont déjà bénéficié des soins dans cet hôpital ou qui ont des parents et/ou connaissances hospitalisés ou qui ont suivi ou suivent des soins ambulatoires au sein dudit hôpital), la population lushoise est à même de fournir des informations sur ses itinéraires thérapeutiques habituels et surtout, pour le cas qui nous concerne, des éléments d'appréciation fort intéressants sur l'hôpital général Sendwe.

1.3 Échantillonnage

Nous avons pris pour données de base la liste des entreprises implantées à Lubumbashi obtenue à l'issue d'une enquête dirigée par Benjamin Rubbers en 2003 et que celui-ci nous avait aimablement communiquée. D'après cette enquête, la ville de Lubumbashi hébergeait 445 entreprises. Nous avons complété et réajusté cette liste pour plusieurs raisons. La liste des entreprises a dû être mise à jour d'abord parce qu'elle ne reprenait pas certaines entreprises importantes telles que les ONG et organismes internationaux, les structures d'enseignement, les banques, les entreprises paraétatiques, les entreprises de transport et communication, les hôtels ainsi que la fonction publique ; ensuite, parce que certaines entreprises recensées soit sont tombées en faillite, soit ont changé d'emplacement ou d'appellation.

Le tirage de l'échantillon a connu deux étapes importantes. La première est relative à la taille de l'entreprise. En effet, l'arrêté ministériel N°12/MIN/TPS/AR/NK du 12 octobre 2004 fixe la taille minimum à 10 agents pour qu'une entreprise sollicite un corps syndical. La prise en considération de cet arrêté ministériel nous a permis d'éliminer les entreprises (à caractère familial) qui comptent moins de 10 agents. Nous avons ainsi obtenu 199 entreprises.

Ainsi, en appliquant un taux de sondage de 30% à la taille de la population mère (199 entreprises), l'échantillon a été de 61 entreprises.

Nous avons enfin ajouté 11 autres entreprises compte tenu de leur importance dans la ville. Ainsi la taille définitive des entreprises à enquêter a été de 72 unités réparties selon les catégories proposées par Rubbers (*op. cit.*) de la manière suivante : administration (1), banque (1), électro (1), entreposage (1), hydrocarbures (1), services et loisirs (1), bureautique (2), droguerie et beauté (2), énergie (2), hôtellerie (2), mobilier (2), pharmacie (2), pièces détachées machines (2), ONG et agences (3), quincailleries (3), enseignement (4), mines (5), trésor public (5), métal et construction (6), vêtement (6), transport et communication (8), alimentation (12) (cf. tableau annexe 1).

1.4 Pré-enquête

Le protocole d'enquête a été élaboré en fonction de la demande formulée par les bailleurs. Il a été plusieurs fois amendé. Sa version définitive est présentée dans l'annexe 2.

La pré-enquête nous a permis d'abord de mesurer le temps que prend un entretien avec l'employeur, l'employé et la population lushoïse en vue d'apprécier la durée maximum de l'enquête. Cette première phase nous a aidé à réajuster le questionnaire au regard des difficultés rencontrées en ce qui concerne la traduction de certains mots ou phrases en kiswahili ou le comportement des enquêtés sur telle ou telle question.

Certains enquêtés ont eu du mal à donner le montant exact des dépenses effectuées mensuellement dans le cadre des soins médicaux. Il a été proposé de leur demander d'évaluer ces dépenses sur base des éléments suivants : l'achat de la fiche de consultation, les frais de consultation, le prix des produits médicaux prescrits par le médecin ou l'assistant médical. Il y avait lieu de demander à travers l'entretien ce que l'enquêté(e) a dépensé en soins médicaux au cours des deux ou trois mois précédents. A partir de ces chiffres, il était possible de calculer la moyenne. Un exemple vécu par un enquêteur malade pendant la période de l'enquête : la fiche de consultation à l'hôpital Sendwe coûte 150 fc. Le patient qui désire être consulté par le médecin spécialiste paie en plus 1200 fc. Une fois la consultation terminée, il paie au médecin la somme 1000 fc sans reçu cette fois ! A chaque consultation, il paiera les mêmes montants (2.200 fc) mis à part le prix de la fiche (150 fc). Si l'on y ajoute les prix des produits pharmaceutiques que le patient devra payer, il y a lieu de se faire une idée du coût des soins médicaux pendant une semaine, par exemple.

1.5 Enquête proprement dite

Le travail de terrain a duré une semaine et un jour soit du 29 mars au 06 avril 2005.

Chaque enquêteur s'est vu attribuer trois entreprises au sein desquelles il devait s'entretenir avec l'employeur (ou son représentant) et trois de ses travailleurs dont un agent de maîtrise ou de cadre et deux agents du personnel d'exécution. Au total, chaque enquêteur a approché trois employeurs et neuf travailleurs auxquels s'ajoutaient trois personnes choisies parmi la population lushoise. Ce qui porte à quinze le nombre des informateurs assignés à chaque enquêteur. Il est important de noter que les trois informateurs choisis parmi la population lushoise ne pouvaient pas être des employés des entreprises ciblées. En outre, elles devaient appartenir à des communes différentes pour une distribution spatiale de la ville plus ou moins équilibrée.

L'enquête devait couvrir une population ciblée de 360 personnes réparties en 72 employeurs, 216 employés et 72 personnes autres que les employés des entreprises enquêtées.

Étant donné le retard accumulé par rapport au calendrier préalablement tracé, nous avons mobilisé une équipe de 24 enquêteurs pour mener l'enquête en 6 jours. Aux enquêteurs, nous avons associé 6 encadrateurs, tous des permanents de l'Observatoire. Chaque encadreur vérifiait les informations récoltées sur terrain par quatre enquêteurs mis à sa disposition avant de valider leurs fiches et de les soumettre à l'encodage qui a utilisé le logiciel Excel.

Le document de travail n'étant pas un questionnaire mais plutôt un guide d'entretien, il a été par conséquent recommandé aux enquêteurs de fournir des réponses très détaillées. En cas d'insuffisance de l'espace, l'enquêteur pouvait rédiger au verso ou rajouter une feuille.

Les fiches étaient remises à l'Observatoire chaque jour à la fin de l'enquête pour y être vérifiées par l'équipe des superviseurs (Pr. Dibwe, les chefs de travaux Mulumbwa et Kanku) avant d'être encodées.

1.6 Difficultés rencontrées

La gestion des soins de santé dans les entreprises est un problème crucial surtout en cette période de crise où la plupart des sociétés se montrent défaillantes vis-à-vis de leurs obligations. Mener une enquête sur la politique de prise en charge en matière de santé suscite non seulement un climat de suspicion et des inquiétudes dans le chef de l'employeur, mais éveille aussi l'attention chez l'employé dont les droits en la matière sont bafoués. Les deux partenaires, de par leurs intérêts opposés, sont ainsi animés par le souci de connaître la finalité et surtout les conséquences de l'enquête.

Cet état d'esprit engendre deux attitudes dans le chef des responsables des entreprises qui négligent les droits de leurs employés en matière de santé. La première attitude, négative, est un refus catégorique de certains responsables avec interdiction stricte d'interviewer leurs employés. *« Le directeur de cette institution, relate l'enquêteur, nous a claqué la porte au nez quatre jours après l'introduction de notre ordre de mission »*. Un autre enquêteur renchérit : *« Le patron de l'entreprise X était très allergique à l'enquête. Il se posait la question de savoir pourquoi l'université n'a pas envoyé ses chercheurs à la division provinciale de la santé, ou à celle de l'environnement, pour recueillir les données dont elle a besoin au lieu de venir s'ingérer dans les secrets des entreprises »*. Ces difficultés nous ont conduits à remplacer les entreprises dont les responsables étaient peu coopérateurs par d'autres de la même catégorie.

La seconde attitude était plus modérée. En effet, le responsable de l'entreprise acceptait de fournir seul les informations relatives à la politique de prise en charge, mais s'opposait à la demande de l'enquêteur de soumettre les employés aux mêmes questions lors des entretiens. Un enquêteur déclare avoir accédé facilement à une entreprise dont il s'est par ailleurs bien entretenu avec l'employeur. Mais ce dernier s'est opposé à tout entretien avec tout membre de son personnel selon que l'exigeait l'enquête : *« vous avez toutes les informations voulues. Inutile de consulter mon personnel. Si vous voulez une information en plus, je suis disposé à répondre à leur place »*.

Un autre enquêteur ajoute : « *Des ouvriers que nous avons pris en aparté ce jeudi 31 mars à 7 heures 30', avant le début de leur service, nous ont discrètement prié de les rencontrer en un lieu de leur choix, à 13 heures 00'. Quand nous les y avons rencontrés à cette heure-là, ils nous ont avoué qu'ils se refusaient de témoigner, c'est-à-dire de se prêter à nos questions, parce qu'ils craignaient pour leur emploi. Et ils nous ont priés de tout déduire de leur inquiétude (d'encourir une sanction)* ». Dans certaines de telles entreprises, les employés ont été soumis au questionnaire à l'insu de leurs employeurs. Ainsi, on a noté 5 entreprises pour lesquelles on ne dispose ni de témoignages des employeurs, toujours « occupés » ou en voyage, ni des témoignages d'employés.

Une autre difficulté enregistrée au cours de l'enquête est la lenteur administrative au sein des entreprises. Les enquêteurs passent et repassent et ne sont reçus que quelques jours plus tard. Là encore, la suite réservée à la requête n'est pas forcément favorable dans tous les cas. « *Chez telle entreprise, déclare un autre enquêté, les structures sont telles que tout document à remplir ou toute information doit passer par la réception. C'est ainsi que nous avons été obligés de déposer notre formulaire de protocole au service de renseignement de cette entreprise le jeudi 31 mars. Cependant, jusqu'à ce jour (6 avril), aucune information ne nous est fournie sur l'évolution du dossier* ».

Une autre difficulté est l'absence, dans la plupart des entreprises, de données chiffrées fiables. Beaucoup de responsables d'entreprises ne maîtrisent pas, par exemple, les données relatives au volume des malades. Ils se contentent alors de fournir des estimations et ne veulent pas mettre leurs documents d'archives à la disposition des enquêteurs. Les représentants des employeurs, souvent, se taisent carrément « *pour ne pas aller à l'encontre de la philosophie de l'entreprise* ».

La situation politique du pays est telle que la population lushoïse est peu encline à répondre aux questions. Le chercheur est considéré comme un espion au service de l'État. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle il a été recommandé aux enquêteurs de ne pas prononcer certains termes ou expressions tels qu'enquête, recherche, ordre de mission, etc. devant les personnes enquêtées.

Enfin, deux fiches ont disparu entre le moment de leur vérification et celui de leur encodage.

La somme de toutes ces difficultés a conduit à une population de 339 personnes enquêtées sur les 360 ciblées, soit 94%. La population ciblée et enquêtée se répartit de la manière suivante : 67 employeurs sur 72 prévus (93%) ; 202 employés sur les 216 ciblés (94%) et, enfin, 70 personnes non ouvrières sur les 72 ciblées, soit 97%.

CHAPITRE II

POLITIQUE DE PRISE EN CHARGE DES SOINS MÉDICAUX

J. Kanku
Kalau J.-M.
Kakudji A.

2.1 Introduction

Comme nous l'avons signalé, la politique de prise en charge des soins médicaux des employés fait partie de la politique sociale de toute entreprise soucieuse de l'amélioration du rendement de ses employés. Ce chapitre se propose de dégager la proportion des entreprises qui ont développé une politique de prise en charge des soins de santé de leurs employés et d'évaluer le contenu et les limites de cette politique ainsi que la morbidité et la mortalité de leurs populations ouvrières respectives.

2.2 Contenu des politiques de prise en charge des soins médicaux

Parmi les questions adressées aux employeurs des entreprises de notre échantillon figurait celle relative à l'existence et au contenu d'une politique de prise en charge des soins médicaux.

Dès le début de l'industrialisation de la Province du Katanga, pendant la période coloniale, toute entreprise avait l'obligation d'assurer la prise en charge des soins médicaux de ses employés et de sa famille restreinte pour ne pas voir la maladie ou la mort les soustraire à la production (Dibwe 2001). Cette vision rejoint le constat de Parsons rapporté par Adam et Herzlich (2003 : 76): « La santé est nécessaire pour le bon fonctionnement de la société. Cette exigence est particulièrement marquée dans les sociétés industrielles modernes. L'individu s'y définit comme un producteur. Il doit, par conséquent, être en bonne santé. La maladie constitue donc une déviance potentielle par rapport à l'ordre social ». La politique sociale dans les entreprises vise donc à soutenir leur productivité.

Les réponses recueillies qui, du reste, servent de base à l'élaboration de cette section, ont révélé l'existence des dites politiques dans 58 entreprises sur les 67 investiguées (87%). Neuf des 67 employeurs, soit 13%, ont déclaré inexistantes ces politiques au sein de leurs entreprises, laissant les employés se débrouiller en cas de maladie. Parmi ces derniers se comptent principalement les écoles, les instituts supérieurs et quelques magasins. L'enquête a révélé aussi que dans certaines de ces entités, la prise en charge des soins relève de l'appréciation du seul employeur à qui revient la prérogative de décider de la nécessité ou non d'une intervention financière de la part de l'entreprise au profit de l'employé. Dans des secteurs comme l'enseignement, souvent, les enseignants s'organisent dans le cadre d'une mutualité ou d'un syndicat. Ainsi, ils cotisent à chaque paie pour constituer une cagnotte dont la mission va souvent au-delà de la seule prise en charge médicale.

L'enquête a dégagé plusieurs formes de politique de prise en charge. Le tableau ci-dessous regroupe ces politiques telles qu'elles sont appliquées dans les différentes entreprises de notre échantillon au regard de leur catégorisation¹ en grande, moyenne ou petite entreprise.

¹ Étant donné la réticence des employeurs à fournir aux enquêteurs leurs chiffres d'affaires, nous avons tenu compte uniquement des effectifs des employés dans la classification des entreprises. L'objet étant d'examiner les possibilités de rendre rentable l'hôpital Sendwe, la classification des entreprises, réservoirs des employés, potentiels clients de Sendwe, ne devait pas être faite en fonction du chiffre d'affaires de ces dernières car ce qui compte, c'est le nombre des travailleurs que Sendwe pourrait accueillir comme clients. Par exemple, l'entreprise BRALIMA CIB compte peu de travailleurs à Lubumbashi. Aussi, si l'on considère son chiffre d'affaires comme critère de classification, on risquerait de la classer parmi les grandes entreprises au moment où ce chiffre n'a guère d'influence sur les attentes de

Tableau 1: Politique de prise en charge par catégorie d'entreprises

Politique de prise en charge appliquée	Catégories d'entreprises			Total	%
	Grande	Moyenne	Petite		
Possède un dispensaire/hôpital dans l'entreprise sans autre affiliation	1		1	2	3
Possède un dispensaire/hôpital dans l'entreprise & affiliation à au moins une autre structure de santé	2		1	3	4
Ss disp/hôp, affiliation à une struct. de santé	6	8	22	36	54
Ss disp/hôp, affiliation à deux struct. de santé	3	3	4	10	15
Ss disp/hôp, affiliation à trois struct. de santé	2	1		3	4
Ss disp/hôp, affiliation à quatre struct. de santé et +	2			2	3
Sans disp/hôp, sans affiliation, remboursement des frais		1	1	2	3
Sans disp/hôp, sans affiliation, sans remboursement		4	5	9	13
Total	16	17	34	67	100

Il apparaît à la lecture de ce tableau deux types d'entreprises. Le premier est constitué des 5 entreprises (7%) qui disposent de leurs infrastructures médicales propres. Deux d'entre elles (3%) dont une grande et une petite n'ont pas besoin de s'affilier à d'autres infrastructures médicales. Trois entreprises (4%) disposent de leur structure et trois autres (4%) ont signé des contrats d'affiliation avec d'autres structures médicales. Dans ce dernier cas, la structure médicale de l'entreprise se limite à prodiguer des soins primaires avec la possibilité de référer les agents malades à des structures plus spécialisées.

La deuxième catégorie regroupe les 62 entreprises (93%) de notre échantillon qui sont dépourvues de structures médicales propres. Trente six entreprises de l'échantillon (54%) s'affilient à une structure de santé. Quinze entreprises (22%) sont affiliées respectivement à 2 structures de santé (10 entreprises soit, 15%), trois structures (3 entreprises, soit 4%) et 4 structures et plus (deux entreprises, soit 3%).

Par contre, 11 entreprises (16%) ne sont affiliées à aucune structure de santé. Deux de ces entreprises (3%) laissent leurs employés choisir eux-mêmes les structures où ils désirent se faire soigner quitte à se faire rembourser par l'entreprise sur présentation des factures (3%). Dans 9 entreprises (13%), il n'existe aucune forme de politique de prise en charge.

Sendwe. Par contre, des entreprises qui n'ont pas un aussi grand chiffre d'affaires comparativement à BRALIMA pourraient se révéler intéressantes pour cette étude dans la mesure où elles emploient un effectif des travailleurs important.

La loi n° 086 de 1998 portant création et réglementation de la PME en RDC classe les entreprises de la manière suivante:

Catégorie	Effectifs de travailleurs
Micro	1-4
Petite	5-49
Moyenne	50-199
Grande	200 et plus

Ce critère nous permet de dégager de notre échantillon 16 grandes entreprises (24%), 17 moyennes entreprises (25%) et 35 petites entreprises (51%).

2.2.1 Seuil ou limite de la prise en charge

L'enquête s'est aussi intéressée à la portée et aux limites de la politique de prise en charge des soins médicaux dans les entreprises investiguées.

Il a été révélé par ailleurs que les bénéficiaires de cette politique au niveau de la famille de l'employé différaient selon les entreprises. Il existe des entreprises qui ne prennent en charge que les membres de la famille restreinte (l'employé, sa femme et leurs enfants ainsi que les autres parents qui cohabitent avec l'employé). D'autres par contre étendent la prise en charge aux membres de la famille élargie (les parents de l'employé et ceux de son conjoint).

Le tableau suivant présente les différentes catégories des entreprises et les effectifs des catégories de membres de la famille de l'employé qui bénéficient de la politique de prise en charge.

Tableau 2: Personnes prises en charge

Membres de famille pris en charge	Catégories d'entreprises			TOTAL	%
	Grandes entreprises	Moyennes entreprises	Petites entreprises		
Employé uniquement	0	1	2	3	5
Membres de la famille restreinte uniquement	7	8	21	36	54
Tous les cohabitants de l'employé	0	0	1	1	2
Famille restreinte et parents de premier degré de l'employé et ceux de son conjoint	4	3	1	8	12
Membres de la Famille restreinte et élargie	2	1	8	11	16
Non répondant	3	4	1	8	12
Total	16	17	34	67	100

Il ressort de la lecture de ce tableau, en allant du plus restrictif au plus ouvert, que 3 entreprises (5%) limitent la prise en charge des soins médicaux au seul employé. « *Nous ne pouvons pas soigner toute la famille de l'agent sinon l'entreprise se substitue en une institution de prise en charge* », s'est écrié un employeur. Pour cet employeur, lorsque l'enfant d'un agent est malade, tout ce que l'entreprise peut faire c'est de voir dans quelle mesure elle peut intervenir de manière caritative. Dans bien de cas, il est octroyé à l'agent un prêt qui sera retenu à la paie prochaine sur son salaire. Somme toute, pour cet employeur, la prise en charge des soins ne constitue aucunement une obligation. Trente six employeurs (54%) ne prennent en charge que les membres de la famille restreinte. « *On ne peut pas prendre en charge toute la famille élargie au risque de supporter les soins médicaux de tout le clan de l'employé* », a dit un employeur. Même alors, il y a deux autres restrictions en ce qui concerne la prise en charge des membres de la famille restreinte. La première s'applique aux enfants de l'employeur à l'âge de scolarité qui ne vont plus à l'école et qui ont dépassé l'âge de 18 ans. L'autre concerne le conjoint dans le cas où c'est la femme qui travaille. Le mari ne peut prétendre à la prise en charge que lorsqu'il est déclaré chômeur par son épouse. Un seul employeur (2%) a déclaré prendre en charge tous les cohabitants de l'employé. Huit (12%) étendent la prise en charge au-delà des membres de la famille restreinte, aux parents de premier degré de l'employé et à ceux de son conjoint conformément à leurs conventions collectives respectives. Par contre, 11 entreprises (16%) supportent les soins des membres de la famille restreinte et de ceux de la famille élargie. « *Très souvent, c'est des situations que nous examinons au cas par cas* », a dit un autre employeur, « *sinon cela risque de peser énormément sur notre entreprise* ». Huit employeurs (12%) n'ont pas répondu à la question.

Une autre limite concerne le fonds alloué à la prise en charge des soins médicaux. L'employeur ne finance pas de manière illimitée les soins de ses employés et de leurs familles. L'analyse des réponses recueillies auprès de 67 employeurs de notre échantillon montre que 17

d'entre eux – soit un quart, des petites entreprises pour la plupart – limitent strictement la facture à payer. Un forfait mensuel est déterminé pour l'ensemble de travailleurs ou pour chaque travailleur. Si ce forfait ne doit pas être dépassé pour certains employeurs, d'autres se voient parfois obligés d'aller au-delà des prévisions. Parmi ces 17 employeurs, les moins généreux ont limité à 20 dollars maximum le montant pouvant être accordé à chaque travailleur, contre 500 dollars pour les plus généreux. L'employeur d'une entreprise déclare qu'il a, selon la convention collective, la prérogative de résilier le contrat avec tout travailleur dont la maladie a dépassé 6 mois.

Quarante et un employeurs (61%) ont déclaré n'imposer aucune restriction dans la prise en charge des soins médicaux : « *Nous prenons tous les cas en charge jusqu'à la guérison ; il n'y a pas de limite à ce sujet* ». Parmi ces employeurs, trois déclarent que cela peut entraîner la pension-maladie lorsqu'on se rend compte que la maladie a trop duré et qu'elle frappe l'employé d'une incapacité de travailler. Cependant, l'employé continue à bénéficier des soins médicaux assurés par l'employeur. Cette disposition est présente beaucoup plus dans des grandes entreprises comme la Gécamines et la SNCC, du moins pendant les périodes où elles ont prospéré, sinon jusqu'à ce jour pour certaines. Un employé en situation de pension-maladie continue à bénéficier des avantages définis dans la politique sociale de l'entreprise en général, et de manière particulière, de la prise en charge des soins médicaux.

2.2.2 Autres possibilités de prise en charge

Lorsque la prise en charge de certaines maladies touchant l'employé ou les membres de sa famille restreinte se révèle difficile pour l'une ou l'autre raison, l'employeur cherche selon le cas une voie de sortie qui peut différer d'une entreprise à l'autre. L'enquête a révélé plusieurs possibilités offertes par les entreprises approchées en pareil cas. Le tableau ci-dessous résume les opportunités qu'offrent certains employeurs lorsque les dispositifs de prise en charge habituels ne donnent pas satisfaction.

Tableau 3 : Autres opportunités de prise en charge

Opportunités offertes	Catégories d'entreprises			TOTAL	%
	Grandes entreprises	Moyennes entreprises	Petites entreprises		
Transfert de l'argent vers des formations qui ont la spécialité requise (Afia, CMC, etc.)	4	5	21	30	45
De tels cas ne sont jamais arrivés au sein de l'entreprise	4	4	6	14	21
Transfert à une formation médicale plus compétente et/ou à l'étranger	2	2	1	5	7
Rien n'est prévu	1	1	3	5	7
Changement de formation et transfert à Kinshasa	2	2	0	4	6
Changement de formation médicale pour les agents d'exécution et transfert à l'étranger pour les hauts cadres	1	1	1	3	4
Transfert à l'étranger	1	1	0	2	3
Pension-maladie	1	1	0	2	3
Mise à disposition de la famille	0	0	1	1	1
Remise d'un forfait à l'employé pour qu'il se débrouille dans une formation de son choix	0	0	1	1	1
TOTAL	16	17	34	67	100

Il ressort de la lecture de ce tableau que 30 employeurs (45%) de notre échantillon transfèrent leurs agents, dont les maladies n'ont pas pu être prises en charge par les dispositifs prévus, dans des formations qui disposent de spécialités correspondantes à la demande des soins.

« Nos centres étant limités à des soins de santé primaires, nous ne disposons pas de tous les équipements nécessaires et des médecins spécialistes pour répondre à toutes les plaintes de nos agents », a dit l'employeur. Quatorze employeurs (21%) déclarent n'avoir jamais rencontré des cas pour lesquels la structure de santé de leur affiliation n'a pas été capable de prendre en charge. Très souvent il s'agit des entreprises affiliées à des structures de santé qui essaient de tout assumer à leur niveau jusqu'au bout. Cinq employeurs (7%) n'ont rien prévu en pareil cas. Le même pourcentage vaut aussi pour les employeurs qui transfèrent carrément leurs agents malades à l'étranger. « Pour des maladies qui demandent des opérations compliquées, opération des organes vitaux par exemple, nous transférons nos agents tout comme leurs membres de famille malades à l'étranger (Afrique du sud ou pays d'Europe) », a déclaré un autre employeur. Cette déclaration a été confirmée par des employés de cette même entreprise. Mais pour ces derniers, c'est beaucoup plus les cadres qui bénéficient de cette disposition. « Nous autres agents d'exécution, ils nous font beaucoup marcher ». Quatre employeurs (6%) déclarent changer de formation de santé et, en cas de non satisfaction, ils procèdent au transfert des agents ou de leurs membres malades à Kinshasa. « Il ya, a dit un employeur, des examens qui demandent l'usage d'un scanner. Devant l'impuissance des structures de santé locales sur cette question, nous sommes parfois obligés de transférer nos agents à Kinshasa ». Dans la plupart de cas, cela s'observe dans des entreprises dont le siège social se trouve à Kinshasa. Dans le même ordre d'idée, 3 employeurs (4%) recourent au changement de formation médicale pour le personnel d'exécution, réservant le transfert à l'étranger aux seuls agents de cadre. Le recours au transfert à l'étranger uniquement est constaté dans deux entreprises (3%). Il en est de même pour les employeurs qui mettent carrément l'employé malade en retraite précoce à travers le mécanisme de « pension-maladie ». Dans une entreprise (1%), l'employeur se décharge tout simplement en remettant l'employé malade à la disposition de sa famille pour qu'elle se charge des soins. Dans une autre encore, tout en se déchargeant de l'agent malade, il (l'employeur) lui octroie un montant forfaitaire pour lui permettre de s'offrir une opportunité de soins au regard de sa maladie.

2.3 La morbidité

La morbidité correspond à l'ensemble des maladies et des symptômes qui peuvent être diagnostiqués au moyen des méthodes cliniques ou biologiques.

2.3.1 Existence des maladies professionnelles

Une maladie est dite « professionnelle » lorsqu'elle est liée à l'exercice d'une activité professionnelle donnée peu importe la date ou le moment de survenance. Une telle maladie peut se déclarer pendant ou après la pratique de la profession.

Pour nous rendre compte de la perception par la population de la notion de « morbidité », une question a été posée de manière identique aux employeurs et aux employés sur la connaissance des maladies dites « professionnelles » au sein des entreprises de notre échantillon. La question a été formulée comme suit : « Existe-t-il au sein de votre entreprise des maladies professionnelles ? Oui/Non ». Les réponses à cette question ont été regroupées en trois modalités.

Tableau 4 : Répartition du personnel des entreprises selon leur degré de connaissance des maladies professionnelles

Modalités de réponses	Employés		Employeurs		Total entreprises	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
Oui	66	33	21	31	87	32
Non	102	51	34	51	136	51
Indécis	34	17	12	18	46	17
Total	202	100	67	100	269	100

Notons à quel point les pourcentages observés sont similaires chez les employés et leurs employeurs. Grosso modo, la moitié ne fait pas état de l'existence des maladies professionnelles à l'encontre d'un tiers des répondants qui en confirment l'existence.

2.3.2 Types de maladies professionnelles

Pour le tiers des informateurs qui ont répondu « oui », nous avons voulu identifier les différents types de maladies professionnelles déclarées. Les résultats sont repris au tableau n° 5.

Tableau 5 : Maladies professionnelles déclarées au cours de l'année 2004

N°	Types de maladies professionnelles	Effectifs Employés	%	Effectifs Employeur	%	Effectifs totaux	%
1.	Affections pulmonaires	20	30	11	52	31	36
2.	Accidents du travail	17	26	3	14	20	23
3.	Maladies des yeux	7	11	3	14	10	11
4.	Hernie	7	11	2	10	9	10
5.	Douleurs lombaires	5	8	1	5	6	7
6.	Blessures et brûlures	4	6	1	5	5	6
7.	Hémorroïde	2	3	0	0	2	2
8.	Hypertension	1	2	0	0	1	1
9.	Douleurs aux côtes	1	2	0	0	1	1
10.	Rhumatisme	2	3	0	0	2	2
	TOTAL	66	100	21	100	87	100

Quatre catégories représentent ensemble 80% des maladies professionnelles : les affections pulmonaires, les accidents du travail, les maladies des yeux et l'hernie. Il serait intéressant de savoir si les employés disposent de quelques notions sur la législation relative aux maladies professionnelles.

2.3.3 Nombre des cas d'hospitalisation enregistrés au cours de l'année 2004

Parmi les questions adressées aux employeurs, une a été spécifiquement posée pour identifier le nombre des cas d'hospitalisation enregistrés dans l'entreprise au cours de l'année 2004. Pour cette question, nous nous sommes intéressés aux sous-questions relatives aux cas d'hospitalisation et de pension-maladie. La synthèse est fournie dans le tableau n° 6.

Tableau 6 : Répartition des employeurs selon le nombre des cas d'hospitalisation déclarés et par taille d'entreprise au cours de l'année 2004

Cas d'hospitalisation	Nombre d'employeurs par :						Toutes dimensions confondues	
	Petites entreprises		Moyennes entreprises		Grandes entreprises		Effectifs	%
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%		
0	11	32	1	6	1	6	13	19
1	4	12	1	6	1	6	6	9
2-4	7	21	3	18	2	13	12	18
5-8	7	21	2	12	0	0	9	13
9+	3	9	6	35	8	50	17	25
Sans réponse	2	6	4	24	4	25	10	15
Total	34	100	17	100	16	100	67	100

Les résultats du tableau n° 6 montrent que l'appréciation des cas d'hospitalisation varie selon la taille des entreprises. Dans les petites entreprises, 15 employeurs sur 34 (44%) ont observé moins de deux cas d'hospitalisation au cours de l'année 2004. Dans les moyennes et grandes entreprises, le pourcentage est respectivement de l'ordre de 12% et 13%. Cette différence d'appréciation entre les petites entreprises, d'une part, et les moyennes et grandes entreprises d'autre part, peut être expliquée de deux façons. Le premier élément d'explication est que dans les petites entreprises, le service médical ou les soins de santé pour les travailleurs n'est pas bien organisé. C'est pourquoi les employeurs minimisent le nombre des cas d'hospitalisation. D'autre part, la différence tient bien sûr aussi à l'effet de taille et de structure des entreprises enquêtées. Dans les deux dernières catégories d'entreprises, les employeurs ont déclaré un plus grand nombre des cas, c'est-à-dire dépassant 9. En d'autres termes, 6 entreprises de catégorie moyenne sur les 17 (35%) ont déclaré des cas qui vont au-delà de 9. Dans les grandes entreprises, la proportion est de 8 sur 16 employeurs (50%). En même temps, le taux de non réponse reste élevé (24%) pour les moyennes entreprises et 25% (pour les grandes).

Sur base des résultats du tableau n° 6, nous avons estimé le nombre des cas d'hospitalisation selon la taille ou le type d'entreprises. Connaissant les effectifs moyens des entreprises enquêtées, nous avons calculé le nombre moyen annuel des cas d'hospitalisation observés. Cet artifice nous a conduits aux résultats condensés dans le tableau n° 7.

Tableau 7 : Nombre des cas d'hospitalisation selon la taille des entreprises au cours de l'année 2004

Cas déclarés	Nombre total des cas d'hospitalisation observés par :			Toutes tailles d'entreprises confondues
	Petites entreprises	Moyennes entreprises	Grandes entreprises	
1	4	1	1	6
2-4	21	9	6	36
5-8	46	13	0	59
9+	32	63	84	179
Total	102	86	91	279
Nombre d'employeurs	32	13	12	57
Nombre moyen de cas d'hospitalisation par entreprise	3	5	6	4

Selon les données de ce tableau, nous pouvons dire que le nombre moyen de cas d'hospitalisation enregistrés au cours de l'année 2004 est 4 pour l'ensemble d'entreprises enquêtées. Cet indice varie en fonction de la taille d'entreprise. Les moyennes et grandes entreprises ont connu

un peu plus de 5 cas d'hospitalisation au cours de l'année 2004 contre 3 pour les petites entreprises. Cela peut être justifié en ce sens que le fait d'employer un effectif important du personnel donne une forte probabilité d'enregistrer un grand nombre des demandeurs des soins.

2.3.4 Nombre de cas de pension-maladie enregistrés au cours de l'année 2004

La pension-maladie est définie dans le Code du travail I et II, version de 1967, en son article 86. Elle est une allocation versée à un travailleur invalide, c'est-à-dire qui se trouve dans « l'incapacité de fournir ses services par suite de maladie ou d'accident ». Le travailleur qui entre dans ce régime reçoit, pendant toute la durée de la suspension du contrat, les deux tiers de la rémunération en espèces et la totalité des allocations familiales. Il a droit aux avantages contractuels en nature pendant l'incapacité de travail, à moins qu'il n'en demande la contre-valeur en espèces. Le logement ne peut, toutefois, être remplacé par la contre-valeur.

Le calcul de la rémunération pendant ce temps est effectué dans les conditions fixées à l'article 52². Les obligations de l'employeur sont limitées à une période de trente jours, sauf dispositions contraires à la réglementation en vigueur. Le tableau 8 permet de répartir les employeurs selon le nombre des cas de pension-maladie observés au cours de l'année 2004 et en fonction de la taille des entreprises enquêtées.

Tableau 8: Répartition des employeurs selon le nombre des cas de pension-maladie et selon la taille des entreprises au cours de l'année 2004

Cas de pension-maladie	Nombre d'employeurs par :						Toutes dimensions confondues	
	Petites entreprises		Moyennes entreprises		Grandes entreprises		Effectifs	%
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%		
0	31	91	10	59	7	44	48	72
1	1	3	1	6	2	13	4	6
2-4	0	0	0	0	1	6	1	2
5-8	0	0	0	0	0	0	0	0
9+	0	0	0	0	0	0	0	0
Sans réponse	2	6	6	35	6	38	14	21
Total	34	100	17	100	16	100	67	100

48 employeurs sur les 67 interrogées (72%) disent n'avoir pas observé un seul cas de pension-maladie au cours de l'année 2004. Ce pourcentage est très élevé (91%) pour les petites entreprises. En outre, le nombre de « sans réponse » est aussi élevé, soit 21%. Les entreprises de moyenne et de grande dimension ont le pourcentage de « sans réponse » qui varie entre 35 et 38%. Il est probable que cette faible déclaration des cas de pension-maladie soit due à l'ignorance par les travailleurs de la législation en vigueur ou au refus de prendre en compte des cas pareils pour éviter leur coût financier.

² Les articles 87-89 définissent notamment les conditions requises pour qu'une maladie soit considérée comme « maladie professionnelle », les obligations de l'employeur et les conditions dans lesquelles les avantages ne sont pas versés (négligence d'utiliser les services médicaux ou de réadaptation à la disposition du travailleur, maladie ou accident provoqué par un crime ou un délit commis par le travailleur, pratique d'un sport dangereux non organisé par l'employeur, maladie ou accident survenu à la suite d'un excès de boissons, de travaux effectués pour le compte d'un tiers, etc.).

Depuis plusieurs années, la retraite est difficilement accordée aux travailleurs qui ont déjà atteint l'âge requis. Cette pratique est courante aussi bien dans la fonction publique que dans les entreprises de l'État. Les difficultés financières appellent les responsables des entreprises à la retenue quant à la mise en application des dispositions légales en matière de la retraite et de la pension pour les malades.

2.3.5 Nombre des cas d'accidents survenus au cours de l'année 2004

Tableau 9: Nombre des cas d'accidents survenus au cours de l'année 2004

Cas d'accidents	Nombre d'employeurs par :						Toutes catégories confondues	
	Petites entreprises		Moyennes entreprises		Grandes entreprises		Effectifs	%
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%		
0	27	79	5	29	4	25	36	54
1	4	12	3	18	0	0	7	10
2-4	3	9	1	6	6	38	10	15
5-8	0	0	2	12	0	0	2	3
9+	0	0	1	6	1	6	2	3
Sans réponse	0	0	5	29	5	31	10	15
Total	34	100	17	100	16	100	67	100

Plus de la moitié des employeurs interrogés ont déclaré n'avoir pas vu un seul cas d'accident survenu au cours de l'année 2004. Cette proportion est très élevée pour les petites entreprises où l'on a enregistré les déclarations de 27 employeurs sur les 34 (79%). Pour les entreprises de moyenne et grande dimension, le nombre des « sans réponse » est relativement élevé. Il est de l'ordre de 29% pour les moyennes entreprises et 31% pour les grandes. La grande difficulté réside dans la distinction à faire entre les accidents dus au travail et ceux survenus en dehors du milieu de travail.

2.3.6 Maladies les plus fréquentes dans les entreprises

Tableau 10: Répartition des employeurs selon les maladies les plus fréquentes déclarées dans les entreprises

Maladies fréquentes	Effectifs	%
Malaria, fièvre typhoïde et rhume	45	67
Choléra	1	1
Hypertension et hypotension artérielles	2	3
Accidents, blessures et traumatismes	7	10
Dysenterie	2	3
Pneumonie, tuberculose et asthme	2	3
Ne sait pas	8	12
Total	67	100

Les résultats du tableau n°10 montrent que ce sont les maladies du groupe « malaria, fièvre typhoïde et rhume » qui sont les plus fréquentes citées dans par 45 employeurs (67% de mentions). Ce groupe de maladies fait beaucoup de victimes dans la ville de Lubumbashi et est à la base du recours à l'autoconsommation des médicaments.

Il faut noter que les MST (maladies sexuellement transmissibles SIDA, syphilis, blennorragies, etc.) qui constituent un pourcentage important est systématiquement « caché » par tout le monde (employés, employeurs et médecins)

2.3.7 Conclusion

La notion de morbidité est encore loin d'être maîtrisée par la population et dans les entreprises. Dans la plupart des entreprises, les travailleurs ne savent pas distinguer la maladie liée à l'activité professionnelle de celle qui ne l'est pas. Cette ignorance ne favorise pas la revendication des droits. Cette ignorance est accentuée par l'absence et la non vulgarisation de la législation en rapport avec la politique sanitaire. La plupart des entreprises proches de l'état de faillite ne préfèrent pas ouvrir des brèches pour donner libre cours à une vague de revendications sociales des travailleurs. Les employeurs ferment souvent les yeux devant les cas qui demandent l'application de la législation sociale. La grande recommandation consiste à demander aux pouvoirs publics de revaloriser le régime de sécurité sociale qui prend en compte les revendications d'ordre social, familial et sanitaire du travailleur et des membres de sa famille. Les dispositions légales en matière de soins de santé existent dans le cadre des entreprises ; elles datent de la période coloniale. Il faut une volonté politique pour les actualiser et surtout les appliquer.

2.4 La mortalité

La mortalité est une des mesures traditionnelles de l'état de santé. De manière générale elle est influencée par les conditions de vie, le revenu, la politique de santé appliquée dans la communauté, etc. Parmi ses conséquences, les études mentionnent la baisse de la productivité. La présente section évalue cette mortalité dans les entreprises enquêtées. L'année qui a précédé l'enquête a été considérée comme période de référence. Les causes de décès ont été également appréhendées.

Les entreprises visitées ont enregistré 912 cas de décès sur 17163 employés déclarés. Le taux brut de mortalité qui en résulte (53‰) est à prendre avec précaution si l'on considère le taux de mortalité au niveau national évalué à 14 ‰ (Ministère de la santé 2001). Le tableau 11 ci-après présente le taux de mortalité parmi les employés des entreprises visitées en fonction de la taille des entreprises :

Tableau 11 Mortalité dans les entreprises

Taille d'entreprise de la catégorie	Nombre d'entreprises investiguées	Nombre d'entreprise ayant enregistré des décès	Effectifs employés par les entreprises de la catégorie	Total cas de décès	Taux de mortalité (en ‰)
Grande entreprise	16	9	14734	871	59
Entreprise moyenne	17	9	1662	20	12
Petite entreprise	34	5	767	21	27

Les entreprises qui n'ont pas enregistré des cas de décès parmi leurs employés sont pour la plupart de création récente et emploient généralement un nombre réduit de travailleurs (moins de 20 unités). Les grandes entreprises enregistrent le taux de mortalité le plus élevé (59 pour 1000). Les difficultés de trésorerie (non-paiement des salaires) et le dysfonctionnement des services de santé pourraient expliquer la flambée de la mortalité.

Les causes exactes de décès des travailleurs n'ont pas été toutes révélées. La plupart des petites et moyennes entreprises, par ailleurs trop nombreuses parmi les entreprises visitées, ne disposent pas de formations médicales propres. Il leur est par conséquent, difficile d'émettre un avis plausible à propos des causes de décès de leurs employés.

Parmi les causes de décès rapportés, nos informateurs mentionnent le manque de compétence des soignants, les mauvaises conditions d'hygiène et la négligence. Les maladies ci-après ont été citées : paludisme, fièvre typhoïde, méningite, tuberculose et VIH/SIDA.

2.5 Les dépenses de santé

Les dépenses allouées aux soins médicaux constituent aussi un facteur qui influe sur l'état de santé de la population. Cette section présente les dépenses de santé déclarées dans les entreprises et les ménages de Lubumbashi investigués.

2.5.1 Dépenses de santé dans les entreprises

Dans l'ensemble, les employeurs ont dépensé près de 95230 \$ US pour la santé de leurs employés au cours du mois qui a précédé l'enquête. Vingt quatre entreprises ont dépensé moins de 500\$US ; 10 entreprises entre 500 et 3000\$ US et 8 plus de 3000\$ US. La plus grosse somme d'argent dépensée par une entreprise en faveur de la santé des employés, pour la période considérée, est de 42.000.\$US tandis que la plus petites est de 4\$ US. Le tableau 12 ci-après présente la moyenne des dépenses de santé des entreprises en fonction de catégorie et les proportions d'entreprises dans chaque catégorie en fonction des dépenses de santé par employé.

Tableau 12 : Dépenses de santé dans les entreprises

Dépenses en \$ Par employé	Dépenses moyennes par catégories d'entreprise en \$	<10	10 à 30	> 30	Ne donne rien	ND ou refus
Type d'entreprise						
Grande entreprise (n=16)	6380	8 (50%)	-	2 (13%)	2 (13%)	4 (25%)
Entreprise moyenne (n=17)	2001	6 (35%)	5 (29%)	2 (12%)	-	4 (23%)
Petite entreprise (n=34)	643	11 (32%)	8 (23%)	4 (12%)	-	11 (32%)

En considérant le nombre des employés de chaque entreprise, on constate que seulement 12% des entreprises ont consacré plus de 30\$ US à la santé par employé. Ce groupe d'entreprises est constitué d'une entreprise minière, des brasseries et des quelques établissements commerciaux aux effectifs très réduits. Mis à part ces entreprises qui, pour la plupart, souscrivent des abonnements mensuels en faveur de leurs employés et les membres de leurs familles respectives (dépensant plus de 30 \$ US), plusieurs entreprises paient les prestations médicales déjà réalisées en faveur de leurs employés. Dans ce cas la hauteur des dépenses est fonction de la survenue d'un cas grave. Pour la période considérée, la majorité des entreprises ont affecté moins de 10\$ US à la santé de chaque employé.

Ces données montrent également une diversité d'attitudes des employeurs face aux dépenses entraînées par la maladie des employés. Certains incorporent une rubrique « santé » dans la rémunération. Après recoupement des réponses des employeurs (ou de leurs représentants) avec celles des employés il s'est avéré que ce cas de figure est rare.

Dans les organisations du secteur étatique notamment, les frais entraînés par la maladie des employés ne concernaient en rien les employeurs qui ne donnent rien. Beaucoup d'employeurs n'ont tout simplement pas déclaré (ND ou refus) les dépenses consacrées à la rubrique soins de santé des employés, par protection du secret d'entreprise ou ignorance des chiffres exacts.

2.5.2 Les dépenses de santé des ménages

Les ménages ne sont pas confrontés tous les jours aux dépenses de santé. Des entretiens avec les membres des ménages autres que ceux des employés des entreprises visitées, il ressort que les dépenses varient en fonction de la présence ou non d'un cas de maladie dans le ménage mais aussi du fait que l'on est employé ou pas. « Ce n'est pas chaque mois qu'on se rend à l'hôpital. Parfois on fait de l'automédication dans l'espoir de minimiser les coûts ». Le cumul des dépenses déclarées s'élève à 3750 \$ US (35 \$ US par ménage en moyenne). Un ménage a engagé des dépenses de 2000 \$ US pour une opération chirurgicale. Ce qui veut dire que la moyenne de 35 \$ US est à prendre avec précaution.

Par ailleurs, même si le ménage bénéficie des soins de santé pris en charge par les entreprises, il n'en reste pas moins vrai qu'il engagera des dépenses pour la santé de l'un ou l'autre membre. Le tableau ci-dessous présente le nombre des ménages en fonction des dépenses de santé effectuées au cours du mois qui a précédé l'enquête.

Tableau 13: Proportion des ménages en fonction du niveau de dépenses de santé effectuées au cours du mois ayant précédé l'enquête

	Effectif de ménages	% ménages
<10 USD	27	40
10 – 30 USD	9	13
> 30 USD	14	21
Prise en charge par l'employeur	4	6
ND	14	21
Total	68	100

Les dépenses déclarées par les ménages comprennent les frais d'achat de la fiche, les consultations/prescriptions, les soins, les produits pharmaceutiques... Un seul ménage a inclu dans ses frais le prix des aliments spéciaux qu'il procure à un de ses membres en convalescence.

Près de la moitié des ménages (40%) n'ont dépensé que moins de 10\$ US pour la santé (pour l'automédication principalement). La plupart de ménages qui dépensent plus de 30\$US avouent rechercher des soins de meilleure qualité.

CHAPITRE III

AFFILIATION AUX FORMATIONS MÉDICALES

Alice Mutete
Emery Kalonji

Ce chapitre relatif à l'affiliation des entreprises aux formations médicales traite de la distribution spatiale des formations médicales, du type de contrat signé avec les formations médicales, des raisons de changement et/ou de non changement des partenaires ainsi que des insuffisances que les informateurs observent dans les formations sanitaires où ils sont abonnés actuellement.

3.1 Affiliation des entreprises aux formations médicales

Comme déjà dit au chapitre II relatif la politique de prise en charge, (tableau 1), nous avons dénombré ce qui suit:

- Quinze grandes entreprises sur 16 sont affiliées à au moins un centre médical. La Gécamines, l'unique grande entreprise qui n'est affiliée nulle part, possède ses propres dispensaires, cliniques et hôpitaux.
- Quant aux 17 moyennes entreprises, 8 d'entre elles sont affiliées à une seule formation médicale, 3 sont affiliées à 2 formations médicales, une entreprise est affiliée à 4 formations médicales et plus, 5 ne sont affiliées à aucune formation médicale. Parmi ces dernières, une entreprise (Coordination adventiste) dispose de son dispensaire propre et la Banque centrale permet à ses agents de se faire soigner à la formation médicale de leur choix pour autant qu'ils ramènent les factures pour être remboursé.
- Dans la catégorie des petites entreprises, une entreprise (CARITAS) possède un dispensaire propre et est affiliée à au moins une formation médicale, 26 entreprises sans dispensaire propre sont affiliées à une et une seule formation médicale. Six entreprises sont affiliées chacune à deux formations médicales. Six autres ne sont affiliées à aucune formation médicale. Parmi ces dernières l'entreprise GLM/Katanga est la seule à appliquer une politique de remboursement des frais de soins à ses agents sur présentation de facture.

D'une manière générale, l'affiliation d'une entreprise à plus d'une formation sanitaire est justifiée par les considérations suivantes:

- en fonction de la hiérarchie au sein de l'entreprise, une politique discriminatoire fait que les agents de cadre sont redirigés vers les hôpitaux de grande renommée telle que la Polyclinique Afia (Don Bosco). Par contre le personnel de la classe ouvrière est transféré ailleurs (Sendwe, Cliniques universitaires, etc.). C'est le cas de l'entreprise Scorpion international qui s'est affiliée à 3 formations médicales: Polyclinique Don Bosco pour les cadres supérieurs, l'hôpital GCM-sud pour les cadres moyens et l'hôpital Sendwe pour les ouvriers.
- en fonction de la gravité de la maladie ou de la complétion en matière de traitement entre les différentes formations médicales, les cas bénins sont traités dans des dispensaires alors que les cas graves sont transférés dans les grands hôpitaux. C'est le cas de l'INSS qui a son propre dispensaire mais qui est aussi affilié à 5 autres formations sanitaires de la place: Sendwe, Cliniques universitaires, Saint Luc (Polyclinique), Espoir Médical (Polyclinique) et Kyubo (Polyclinique).

Dans le sens inverse nous avons pu procéder à l'analyse des offres de services des formations sanitaires aux entreprises.

Il se dégage que dans la catégorie des grandes entreprises, c'est l'Hôpital Sendwe qui rafle le gros du marché avec 7 entreprises affiliées sur 16 (44%) (Cité des jeunes, Fonction Publique/Mairie, INSS, OFIDA, Regideso, SNEL et SYNTEXKIN). Viennent en seconde position les Cliniques Universitaires avec 4 grandes entreprises affiliées (25%) et en 3ème position Don Bosco (Afia) avec 3 entreprises (19%).

En ce qui concerne les moyennes entreprises, les Cliniques universitaires et la Polyclinique Saint-Luc sont à ex-æquo avec chacune 12% d'entreprises moyennes qui leur sont affiliées.

Enfin, pour la catégorie des petites entreprises, la Polyclinique Afia (Don bosco) prend la tête du groupe avec quatre entreprises affiliées de la catégorie (11%). Vient ensuite la Polyclinique Salem qui compte 3 entreprises affiliées (8%) de la catégorie. Les formations médicales suivantes sont quant à elles à ex-æquo, chacune avec une seule entreprise affiliée de la catégorie (5%). Il s'agit de la Polyclinique Chem-Chem, la Polyclinique CMC, la Polyclinique les Croisettes, la Polyclinique Lumière, la Polyclinique Medicare et la Polyclinique Saint Luc.

3.2 Distribution spatiale des formations médicales affiliées

Comment se répartissent spatialement les différentes formations médicales qui ont été répertoriées ? Les réponses fournies par nos informateurs nous ont permis de dresser le tableau ci-dessous :

Tableau 14: Répartition spatiale des formations médicales affiliées

Formations sanitaires	Effectif d'entreprises affiliées	Lieux d'implantation
ADRA	2	Lubumbashi
Bumi	1	Kamalondo
Centre de santé Ceba	2	Kampemba
Centre de santé Kamalondo	1	Kamalondo
Centre médical Chem Chem	2	Lubumbashi
Centre médical Sinaï	1	Lubumbashi
Cliniques universitaires	6	Lubumbashi
CMC	2	Kampemba
CMDC	4	Lubumbashi
Dispensaire banque centrale	1	Lubumbashi
Dispensaire BOM	1	Lubumbashi
Dispensaire Brassimba	1	Kampemba
Dispensaire Cité des jeunes (Don Bosco)	1	Kampemba
Dispensaire INSS	1	Lubumbashi
Dispensaire Regideso	1	Lubumbashi
Dispensaire SNEL	1	Lubumbashi
Docteur Iye	1	Lubumbashi
GLM /MED	1	Kampemba
Hôpital de référence Kenya	2	Kenya
Hôpital GCM	3	Lubumbashi
Hôpital Sendwe	8	Lubumbashi
Hôpital SNCC	1	Kampemba
OVL	1	Lubumbashi
Polyclinique de la pitié	2	Lubumbashi
Polyclinique Gloria	1	Lubumbashi
Polyclinique adventiste	1	Lubumbashi
Polyclinique Afia (Don bosco)	9	Lubumbashi
Polyclinique de la genèse	1	Kampemba
Polyclinique de la victoire	1	Kampemba
Polyclinique des oliviers	1	Lubumbashi
Polyclinique le Jourdain	2	Lubumbashi
Polyclinique les croisettes	2	Lubumbashi

Polyclinique Lumière	2	Lubumbashi
Polyclinique Martin Luther King	3	Kampemba
Polyclinique Medicare	5	Lubumbashi
Polyclinique Phoenix	1	Lubumbashi
Polyclinique Saint Luc	6	Lubumbashi
Polyclinique Salem	4	Lubumbashi
Ruashi Médicale	1	Lubumbashi
Sainte Bernadette	1	Katuba

La grande concentration des formations sanitaires affiliées s'observe dans la Commune Lubumbashi. Cette commune abrite 68% des formations médicales. Elle est suivie de la Commune Kampemba avec 23%. Les communes Kamalondo, Katuba et Kenya sont représentées dans une proportion de 5% pour Kamalondo et de 3% pour les deux autres.

3.3 Types de contrats signés avec les formations médicales (mode de paiement)

Les conventions médicales passées entre les entreprises et les formations médicales sont de divers ordres. L'on pourrait citer, entre autres, les contrats à durée indéterminée, les conventions ou assistances médicales, le paiement au comptant des frais de soins ainsi que les contrats de paiement mensuel ou annuel.

3.3.1 Types de contrats

Dans le cadre de leurs affiliations intervenues pendant les 3 dernières années, plusieurs types de contrats ont été signés entre les entreprises et les formations médicales.

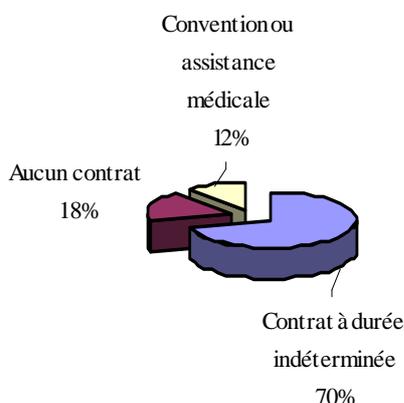


Figure 1: Types de contrat entre les entreprises et les formations médicales

Septante pour cent des contrats signés entre les entreprises et les formations de santé sont à durée indéterminée. Il s'agit des arrangements entre les deux parties qui, nous le verrons, sont basés sur une clause de paiement mensuel. Ce contrat peut être à tout moment résilié si l'une des parties en présence n'arrive pas à honorer ses engagements ou en cas d'un désagrément quelconque. L'employeur E43 justifie sa non affiliation à une formation médicale en ces termes : " Suite aux abus de confiance constatés dans le chef de nos agents « malades » et de ceux des agents de la polyclinique affiliée, en rapport avec la surfacturation des soins et des produits, il a été décidé de ne plus nous affilier à une formation médicale".

En fait, tout employé malade et/ou les membres de sa famille se font soigner dans la formation affiliée qui, à son tour, renvoie à l'employeur, à une date donnée, une facture globale des soins offerts aux employés pendant une période bien déterminée. Cela se fait conformément aux clauses du contrat qui peut être mensuel ou annuel.

Douze pour cent d'employeurs ont déclaré avoir une convention d'assistance médicale. Il s'agit d'un type de contrat verbal par lequel les employeurs des entreprises concernées autorisent leurs agents à fréquenter la formation médicale qu'ils leur indiquent. Cette dernière envoie le relevé des factures des prestations à l'employeur pour paiement (E8).

Le contrat par compensation est fonction des échanges de services entre l'entreprise et la formation médicale affiliée. C'est le cas, par exemple, de la REGIDESO qui est affiliée à la Polyclinique Medicare et dont les factures de soins médicaux sont payées en compensation par les factures de consommation d'eau par la dite polyclinique. Mais au cas où la facture des soins excède celle de la REGIDESO, cette dernière paie en espèces le surplus (E58).

Quant au paiement par forfait, l'employeur verse au début du mois ou de l'année, selon le cas, un montant forfaitaire à la formation médicale où il s'est affilié. C'est dans ce montant que sont déduits systématiquement les frais de prestation dont sont bénéficiaires les employés ou leurs membres malades. C'est le cas de l'employeur E11 qui déclare : « *Nous versons chaque mois, au centre médical Salem, les frais de soins des agents et leurs familles. Le centre ne nous facture pas au cas par cas. Nous payons un montant forfaitaire mensuellement...* ».

3.3.2 Mode de paiement

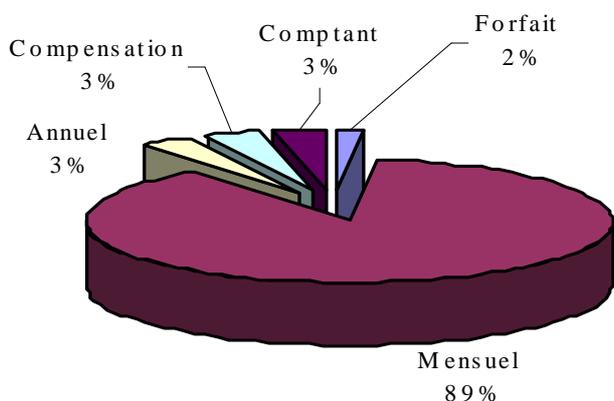


Figure 2: Mode de paiement

Comme l'indique cette figure, 89% des factures des soins rendus se règlent mensuellement au comptant. Conformément aux clauses du contrat, à la fin de chaque mois, la formation médicale établit une facture globale de soins administrés aux employés de l'entreprise abonnée. Celle-ci est envoyée à l'employeur de l'entreprise. Trois pour cent d'entreprises affiliées paient les soins au comptant, c'est-à-dire que l'employé malade demande à son employeur une somme d'argent pour les soins avant d'aller se faire examiner. Tel est le cas de Roffe Congo où s'observe à la fois la compensation et le paiement au comptant.

D'autres entreprises, par contre, procèdent au paiement par forfait. L'employeur E61, par exemple, versait mensuellement un forfait de 800.000Fc (1600\$). Ce mode de paiement n'est pas toujours de nature à donner satisfaction à tous les employeurs qui y ont recours. Ainsi déclare un des cadres de cette entreprise : « *Ayant constaté que le montant versé mensuellement à la formation médicale où nous sommes n'était plus consommé, compte tenu notamment, du fait que les employés*

ne tombaient presque plus malades, l'entreprise a décidé de suspendre le contrat avec cette formation ». Mais combien d'agents se font-ils soigner mensuellement dans les différents centres médicaux ?

3.3.3 Nombre moyen d'agents soignés mensuellement

Les effectifs des agents soignés mensuellement dans les formations médicales sont difficiles à déterminer avec exactitude pour les représentants de l'employeur. Cette question relève de la compétence des comptables ou du chef du personnel ou encore de la personne chargée de délivrer des bons d'envoi aux soins. La moitié (34 sur 67) des employeurs ont eu du mal à donner des chiffres exacts voire une estimation moyenne des agents qui se sont fait soigner le mois qui a précédé l'enquête. Certains renvoient la balle dans le camp de leur partenaire médical qui détiendrait selon eux les vraies statistiques : "*Difficile à estimer, mais vous pouvez retrouver ces statistiques à la Polyclinique de la pitié où nous sommes affiliés*"(E2). Ceci met à nu les failles qui persistent dans certaines entreprises lushoises par rapport à la tenue et au classement des documents administratifs relatifs à la gestion du personnel.

En revanche 33 entreprises sur 67 ont livré aux enquêteurs les statistiques relatives au nombre d'agents soignés mensuellement. Tenant compte de l'effectif et du nombre moyen mensuel des agents malades par entreprise, nous avons calculé le taux mensuel des cas soignés.

Tableau 15: Taux mensuel d'agents soignés

Taux mensuel d'agents soignés	Catégorie d'entreprise			Total
	Grande	Moyenne	Petite	
<10%	8	7	1	16
10-20%	0	2	2	4
20-30%	0	1	3	4
30-40%	2	4	4	10
40-50%	0	1	3	4
+ 50%	0	1	4	5
ND	6	1	17	24
Total	16	17	34	67

On constate sur ce tableau que les petites entreprises ont le taux mensuel le plus important des agents soignés avec un peu plus de la moitié des agents soignés (51%). Les moyennes et grandes entreprises se partagent en proportion plus ou moins égale l'autre moitié des agents soignés avec respectivement 25 et 24%.

3.3.4 Causes de fréquentation des centres médicaux par la population

En marge du public cible de notre étude basée essentiellement sur la gestion hospitalière dans les entreprises de Lubumbashi, il a été convenu d'y joindre une étude complémentaire sur la population. Celle-ci est aussi une consommatrice non moins importante des services offerts par l'Hôpital Sendwe. C'est ainsi qu'il a été demandé à la population de donner son point de vue sur un certain nombre des points, notamment les maladies pour lesquelles elle se fait soigner dans les formations médicales de son choix, la préférence de telle formation au lieu de telle autre.

Tableau 16: Motif de la fréquentation des centres

N°	Maladies traités dans les centres fréquentés	Fréquence de citation (n=70)
1	Malaria (paludisme)	45
2	Fièvre typhoïde	20
3	Maternité (accouchement) et gynécologie	16
4	Toux + grippe + pneumonie	15
5	Maux de ventre (douleurs intestinales), diarrhée, verminose, appendicite	12
6	Problèmes ophtalmologiques	3
7	Brûlure	2
8	Problèmes de tension artérielle	2
9	Angine	1
10	Problème d'hépatites	1
11	Fracture	1
12	Maux de dents	1
13	Maux de dos	1
14	Soins de la peau	1
15	Test labo	1
16	Test SIDA	1

Sur 70 personnes interrogées, 45 (64%) ont motivé la fréquentation des centres médicaux par le paludisme dont ils souffrent. Le paludisme s'est avéré être l'endémie la plus permanente qui n'épargne aucune couche de la population de Lubumbashi. Considérée comme symptôme d'autres maladies par les spécialistes de la santé, la fièvre typhoïde et/ou la fièvre tout court est à la base du déplacement de 29% de la population vers les centres médico-sanitaires de la ville. 24% se déplacent pour l'accouchement ou pour tout traitement gynécologique (échographie), 21% pour les maladies des voies respiratoires (toux, rhume, pneumonie...), 19% pour les maladies du ventre (maux de ventre, diarrhée, verminose, appendicite...), 4% pour des problèmes ophtalmiques, 3% pour les brûlures, ou pour la tension artérielle. Un pour cent de l'échantillon cite l'angine, l'hépatite, les fractures, les maux de dents, les maux de dos...

3.3.5 Raisons de préférence des formations médicales

Tableau 17 : Raisons de préférence des formations médicales

N°	Motif de fréquentation de la formation médicale habituelle	Effectif	%
1	Distance (proximité par rapport au domicile)	12	17
2	Présence de médecins spécialistes	11	16
3	Qualité des soins	10	14
4	Moins cher	8	11
5	Gratuité	7	10
6	Accueil	6	9
7	Grand hôpital	5	7
8	On s'occupe bien des malades	5	7
9	Connaissances	4	6
10	Propreté	3	4
11	Prix abordable	2	3
12	Pris en charge par l'UNILU dont ils sont agents	2	3
13	Réduction des frais	2	3

14	Infrastructure de qualité	2	3
15	Réputation du centre en administration des bons soins	2	3
16	Habitude	2	3
17	Abonnement	2	3
18	Discipline	1	1
19	Soins intensifs	1	1
20	Permanence des médecins	1	1

Comme nous pouvons le constater, le choix d'une formation médicale est lié à plusieurs facteurs. C'est ainsi que 17% de nos informateurs se contentent de choisir le centre le plus proche de leur résidence. Seize pour cent évoquent la présence des médecins spécialistes dans les traitements des pathologies spécifiques ou la qualité même des soins administrés (14%). D'autres par contre voient plus le coût et préfèrent aller là où c'est moins cher (11%) ; voire là où c'est gratuit (10%).

3.4 Raisons de changement des partenaires

Pour mieux cerner les raisons de changement des formations médicales, une question mi-ouverte a été posée aux employeurs et aux employés pour nous permettre de savoir si le changement est dû aux paramètres évoqués ci-haut.

Des 55 entreprises prenant en charge leurs agents, seules 11 (20%) ont eu à changer de partenaires au cours de trois dernières années. Certaines entreprises ont changé de partenaire une seule fois tandis que d'autres en ont changé plus d'une fois.

Parmi ces 11 entreprises, 7 ont effectué un seul changement avant de faire soigner leurs agents là où ils sont abonnés actuellement ; deux ont connu deux changements et en sont donc à leur troisième formation au moment de l'enquête. Les deux autres restants ont connu trois changements et en sont à leur quatrième formation. Dans les points suivants, nous allons essayer de cerner les raisons déclarées de ces changements.

3.4.1 Qualité des soins prodigués

Des 11 entreprises, l'effectif des agents ayant donné les renseignements est de 33 employés. Les résultats sur la qualité des soins sont repris dans le tableau suivant.

Tableau 18: Qualité des soins prodigués

Qualité des soins	Employeurs (n=67)	Employés (n=33)	Total
Appréciable	37 (55%)	12 (36%)	49 (49%)
Non appréciable	18 (27%)	12 (36%)	30 (30%)
ND	12 (18%)	9 (27%)	21 (21%)
Total	67 (100%)	33 (100%)	100 (100%)

Il s'observe une différence entre les résultats de deux catégories. Alors que plus de la moitié des employeurs estiment que les soins étaient bien administrés dans leurs précédentes formations, chez les employés, l'appréciation n'est pas la même. Dans cette dernière catégorie, les avis sont partagés: 36% trouvent que les soins sont de bonne qualité tandis que 36% autres les trouvent de qualité médiocre. Cette différence peut s'expliquer par le fait que certains employeurs ne fréquentent pas les mêmes formations que leurs employés. Et donc ce sont les employés qui donnent avec précision la raison pour laquelle ils estiment que les soins ne sont pas bien administrés. C'est ainsi

que dans une entreprise commerciale visitée, alors que l'employeur estime que les soins étaient corrects, les trois employés les ont jugés plus sévèrement.

La non-appréciation des soins s'exprime de différentes manières de la part de nos informateurs qui incriminent la façon d'administrer les soins et même les examens médicaux. Écoutons ce témoignage d'un employé:

« Les soins étaient bien assurés et il y avait un suivi lorsque le propriétaire de la polyclinique était encore vivant. Depuis qu'il est décédé, il y a eu trop de négligence »

Un autre affirme qu'en plus des soins qui n'étaient pas bien administrés, les examens de laboratoire n'étaient pas bien faits. Un employé signale que dans la formation où son entreprise était abonnée, les cas urgents n'étaient pas traités rapidement, on les faisait attendre pendant des heures.

Le second paramètre est lié aux médicaments que le centre ou l'hôpital prescrivait et donnait aux malades.

A ce propos, un employé nous relate ce qui suit :

« Un médicament avait été prescrit au chef de l'entreprise, mais il s'est rendu compte que le médicament était déjà presque périmé. Et c'est ainsi que le chef a décidé de quitter cette formation médicale par manque de confiance »

Troisièmement, la qualité des soins administrés peut dépendre du règlement de la facture par l'employeur.

Deux employés de deux entreprises différentes abonnées à deux centres médicaux différents affirment que dans leur ancienne formation, les soins étaient bons, mais cela dépendant de l'apurement des dettes antérieures. Quand les dettes étaient réglées, les soins étaient bons, mais dans le cas contraire, on n'était pas bien traité.

3.4.2 Respect des conditions d'hygiène

Ce point traite de la qualité de l'équipement et de l'infrastructure pour déterminer si cet aspect intervient aussi dans le changement de partenaires. L'équipement renvoie aux instruments, tandis que l'infrastructure fait plus référence à la salubrité.

Tableau 19: Qualité de l'équipement et infrastructure

Qualité de l'équipement et infrastructure	Employeurs (n=67)	Employés (n=33)
Bonne	37 (55%)	20 (61%)
Mauvaise	6 (9%)	5 (15%)
ND	24 (36%)	8 (24%)
Total	67 (100%)	33 (100%)

A propos de l'équipement, les avis sont partagés du côté des employeurs. La raison du changement ne se fonderait pas sur l'équipement étant donné que plus de la moitié sont d'un avis favorable sur l'infrastructure. L'équipement est jugé comme de pointe, de bonne qualité. Un employeur le traduit en ces termes :

« Notre formation médicale avait presque tous les équipements possibles. Nous déplorions surtout l'inexpérience des médecins »

Un seul employeur fait mention du manque d'équipement pour certains examens comme l'échographie et la radiologie. Cet avis est aussi partagé par les employés. Cependant seuls deux employés sur 33 (6%) estiment que dans leurs formations antérieures, les conditions hygiéniques n'étaient pas meilleures. Écoutons-les :

« Là où on était abonné, il n'y avait qu'une toilette pour tous les malades. Ce qui est mauvais sur le plan hygiénique »

« En général, c'était sale là où on était abonné. Il n'y avait pas d'appareils, même les simples petits outils de laboratoire »

3.4.3 Accueil par le personnel soignant

Les différentes appréciations concernant l'accueil par le personnel soignant sont reprises dans ce tableau.

Tableau 20: Accueil par le personnel soignant

Accueil par le personnel	Employeurs (n=67)	Employés (n=33)
Bon	43 (64%)	21 (64%)
Mauvais	6 (9%)	4 (12%)
ND	18 (27%)	8 (24%)
Total	67 (100%)	33 (100%)

La majorité des informateurs employeurs (64%) et le même pourcentage d'employés sont favorables à l'accueil qui leur est réservé par le personnel soignant. Cependant, quelques difficultés sont évoquées par les employés, notamment le manque de permanence des médecins dans certaines polycliniques.

« Pour les formalités élémentaires, l'accueil était bon, mais pour être reçu par les médecins, il faut attendre 2 à 3 heures. Comme ce sont les mêmes médecins qui consultent dans les différentes formations médicales de la ville, le cas peut s'aggraver en attendant l'arrivée du médecin ».

Certains employés (12%) estiment que l'accueil n'était pas satisfaisant. Un employé du service de contribution affirme que l'accueil variait selon que l'entreprise à laquelle on appartenait avait ou non des dettes vis-à-vis du centre médical. On revient à la capacité d'apurement de dette par l'employeur dont nous avons parlé plus haut.

Les 6 employeurs (9%) qui expriment leur mécontentement à propos de l'accueil affirment que le centre où ils étaient affiliés couvait sous une crise de l'éthique professionnelle car le personnel soignant ne s'occupait pas sérieusement des malades.

Les employés ayant émis un avis négatif fréquentent un même établissement sanitaire. Pour ces employés, les malades étaient abandonnés à eux-mêmes et le personnel soignant manifestait une indifférence due au non paiement de leur salaire.

La qualité de l'accueil réservé aux malades par le personnel soignant ne fait donc pas l'unanimité de nos informateurs, même si une forte majorité se déclare satisfaite.

3.4.4 Coût des soins médicaux

Les tableaux ci-dessous nous donnent les différentes appréciations de nos informateurs sur la question liée au coût des soins.

Tableau 21: Coût des soins médicaux

Coût des soins	Employeurs (n=67)	Employés (n=33)
Élevé	37 (55%)	10 (30%)
Moyen	12 (18%)	0 (0%)
ND	18 (27%)	23 (70%)
Total	67 (100%)	(33)100%

La question liée au coût est mieux connue par les employeurs que par les employés. Plus de deux tiers des employés ignorent si le coût lié aux soins des agents est exorbitant ou pas pour l'entreprise.

« Le coût n'est pas notre préoccupation. C'est l'institution qui en est informée et non le personnel. Notre problème est d'accéder aux soins c'est tout ».

On pourrait en déduire que les employés ne sont pas associés à cette question par l'employeur. Ceux qui donnent leur avis sur le coût élevé tirent l'information de chez l'employeur.

« Les frais médicaux n'étaient pas à notre charge personnelle, mais l'entreprise se plaignait du coût. Voilà pourquoi d'ailleurs on a changé de partenaire ».

Les réponses des employeurs montrent que plus de la moitié de ces derniers trouvent le coût élevé. Le problème de coût pourrait expliquer en grande partie la résiliation des contrats avec certaines formations sanitaires.

Écoutons ces employeurs : *« Le coût dépasse les possibilités de l'entreprise ; bien qu'ayant déjà rompu le contrat, nous continuions à payer les factures déjà consommées il y a plus de six mois parce qu'elles étaient élevées ».*

« Le coût était exorbitant par rapport à là où nous sommes abonnés actuellement »

Un employeur estime que le coût est passable, cependant les examens de laboratoire coûtent très cher.

L'étude de ce point montre que contrairement aux rubriques précédentes, les employeurs ne semblent pas satisfaits du coût des soins dans les formations sanitaires auxquelles ils sont affiliés.

Eu égard à ce qui précède, il appert que les raisons de changement de formation sanitaire sont variées. Les points de vue des employeurs convergent lorsqu'ils trouvent le coût élevé. Cependant, malgré la résiliation du contrat avec leurs anciennes formations sanitaires, les employeurs ont majoritairement gardé un jugement positif sur la qualité des soins qui y sont administrés, les conditions hygiéniques ainsi que l'accueil réservé par le personnel soignant. Mais cela n'exclut pas que les trois derniers points soient à la base de certaines ruptures de contrat étant donné que les employeurs ont aussi émis des avis négatifs à ce propos.

Les avis des employés ne concordent pas toujours avec ceux de leurs employeurs parce qu'ils ne fréquentent pas les mêmes centres que l'employeur. Les agents apprécient mieux que leurs patrons les centres qu'ils fréquentent. A propos des soins prodigués, de l'équipement et de l'accueil, les avis positifs sont majoritaires. Les plaintes des employés, relatives aux soins qu'ils reçoivent de leur formation sanitaire, peuvent aussi influencer l'employeur sur la prise de décision dans le changement de formation.

3.5 Raisons de conservation des partenaires

Comme nous l'avons annoncé, le fait d'avoir signé le contrat à durée indéterminée n'est pas une garantie. En effet, l'insolvabilité de l'employeur d'une part, et d'autre part la baisse de la qualité des soins administrés, la vétusté de l'équipement ou l'absence d'un accueil chaleureux par le personnel soignant peuvent occasionner la rupture du contrat d'affiliation. Cette section est entièrement consacrée aux 60 entreprises qui n'ont pas changé des partenaires médicaux les 3 dernières années. Les lignes qui suivent retracent les raisons avancées par les employeurs et les employés des entreprises pour justifier l'attachement à leurs formations médicales.

3.5.1 Qualité des soins prodigués

Sur les 269 informateurs approchés, 148 soit plus de la moitié n'ont pas donné leurs avis sur la qualité des soins prodigués dans les formations médicales auxquelles ils sont affiliés. Le tableau suivant donne les avis des 121 informateurs (employés et employeurs) qui se sont prononcés à ce sujet.

Tableau 22: Qualité des soins prodigués

Soins prodigués	Employeurs (n=67)	Employés (n=202)	Effectif
Efficaces et de bonne qualité	7	70	77
Favorables et passables	9	18	27
médiocre	2	15	17
Total avis	18	103	121
Sans réponse	49	99	148

Au regard de ce tableau, il se dégage que sur les 121 avis recueillis, 76 (63%) trouvent efficaces et de bonne qualité les soins prodigués par leurs partenaires. Pour certains, cela est dû à la motivation du personnel soignant qui reçoit un salaire plus ou moins consistant (E1). Outre la motivation, on évoque aussi le sérieux, la disponibilité et la compétence des agents soignants. Vingt sept avis (22%) trouvent que les soins prodigués dans les formations sanitaires lusoises sont d'une qualité passable. *"Il n'y a pas de raisons majeures qui peuvent nous amener à changer de partenaire jusque-là. La qualité de soins est passable comparativement à d'autres formations sanitaires de Lubumbashi"*(E5).

Par contre 17 avis (14%) ont estimé de mauvaise qualité les soins prodigués par leurs partenaires. Certains d'entre eux n'ont pas hésité à pointer du doigt l'employeur qui d'après eux leur impose certaines formations médicales malgré la mauvaise qualité des soins (T12).

3.5.2 Respect des conditions d'hygiène

Tableau 23: Qualité de l'équipement et infrastructure

Qualité équipement et infrastructure	Employeurs (n=67)	Employés (n=202)	effectif
En bon état et des conditions hygiéniques satisfaisantes	11	77	88
Passable	2	20	22
Équipement insuffisant, non adéquat ou vétuste	1	25	26
Exiguïté	0	2	2
Bien équipé	0	25	25
Total avis	14	149	163
Non réponses	53	140	193

La propreté et la qualité des infrastructures sanitaires sont un facteur visuel d'appréciation et de confiance de la qualité de soins que l'on attend d'un centre médical. C'est à ce titre que 88 avis sur 163 recueillis (54%) attestent que les infrastructures sont propres, en bon état et que les conditions hygiéniques sont satisfaisantes. Vingt deux informateurs (13%) les trouvent passables, 26 (16%) avouent qu'elles sont insuffisantes, vieilles et non adéquates. En ce qui concerne les équipements, 15% d'enquêtés les trouvent bien fournis en matériels nécessaires. L'exiguïté de salles d'hospitalisation est évoquée par 1% d'enquêtés: *« C'est pratiquement une chambrette découpée par les planches, ils n'ont même pas de matériels, c'est grâce à la confiance du Boss, malgré que les agents se plaignent, que nous sommes encore là », a déclaré un employeur (E19)".*

3.5.3 Accueil réservé aux bénéficiaires

Tableau 24: Accueil par le personnel soignant

Accueil	Employeurs (n=67)	Employés (n=202)	Effectif
Très bon accueil	5	39	44
Bon accueil	9	40	49
Assez bon	1	16	17
Bon accueil mais service lent	1	1	2
Lenteur dans la réception	0	1	1
Mauvais accueil	1	11	12
Exigence de l'argent	1	1	2
Total avis	18	109	127
Sans réponse	49	93	142

L'accueil des malades par le personnel soignant est jugé bon ou très bon par les $\frac{3}{4}$ des avis des informateurs. *"C'est seulement à Sendwe où l'accueil n'est pas bon. Ailleurs nous sommes bien accueillis et nos agents nous en font rapport. Les salles d'attente sont dotées de chaises ou bancs où chacun se met en attendant son tour d'être reçu par le médecin"* (T77). Treize pour cent trouvent l'accueil assez bon malgré la lenteur décriée dans le suivi du traitement. Douze pour cent trouvent que l'accueil est médiocre. C'est le cas cet employeur (T169): *"L'accueil est bon aux cliniques universitaires tandis qu'à Sendwe, c'est déplorable. Le malade ne jouit d'aucune considération."* L'accueil est un facteur important dans la mise en confiance. Il ne s'agit pas de s'arrêter à l'accueil seulement : il faut aussi que le personnel soignant garde une attention particulière aux sollicitations du patient. Si dans les formations médicales lushoises, les réceptionnistes et le personnel soignant peuvent encore faire plus dans l'accueil et l'encadrement des patients, ce serait un atout supplémentaire.

D'autres avis recueillis auprès des employeurs cette fois-ci ont porté sur le coût que représentent les soins médicaux pour leurs entreprises. Il ressort de l'analyse de leurs réponses que malgré la différence dans la tarification pratiquée par leurs partenaires, le coût est globalement acceptable.

3.6 Insuffisances observées dans les formations médicales affiliées

Septante deux employeurs et 202 employés ont donné leurs avis sur les éléments qui manquent dans les institutions sanitaires auxquelles ils sont affiliés.

Tableau 25: Insuffisance dans la formation sanitaire affiliée

N°	Ce qui manque dans la formation sanitaire d'affiliation	Fréquences /274	%
1	Médecins spécialistes permanents	48	17,5
2	Radiologie	25	9,1
3	Équipement (technologie moderne ou adéquate)	24	8,8
4	Ophthalmologie	22	8
5	Maternité (couveuse, gynécologie)	21	7,7
6	Échographie	20	7,3
7	Médicaments ou pharmacie	16	5,8
8	Dentisterie	15	5,5
9	Laboratoire	13	4,7
10	Bloc opératoire	12	4,4
11	Espace (exiguïté)	11	4
12	Infrastructure de prise en charge (hygiène, lits)	11	4
13	Conscience professionnelle, organisation (lenteur), accueil	11	4
14	Cardiologie	10	3,6
15	Chirurgie	8	2,9
16	Réanimation	5	1,8
17	Neurologie	4	1,5
18	Orthopédie	4	1,5
19	Dermatologie	3	1,1
20	Ambulance	1	0,4
21	Eau potable	1	0,4
22	Kinésithérapie	1	0,4
23	Urologie	1	0,4
24	Conditions d'accueil	1	0,4
25	Pédiatrie	1	0,4
26	Morgue	1	0,4
27	Restaurant	1	0,4
28	Psychiatre	1	0,4

La lecture synthétique de ce tableau ressort 3 grands groupes d'insuffisances constatées dans les formations médico-sanitaires: la qualité du personnel soignant, l'équipement et l'infrastructure et l'organisation.

a) Qualité du personnel soignant

L'absence ou la non-permanence des médecins spécialistes dans les formations sanitaires qui sont pour la plupart privées est la première chose qui attire l'attention du public. Ceci est corroboré par le transfert des cas graves vers les cliniques universitaires ou l'hôpital Sendwe où l'on croit trouver non seulement les services spéciaux mais aussi le matériel adéquat (bloc opératoire, appareils de labo, ...). Un employé a déploré le manque des spécialistes en ces termes (T74) : « ... le manque de spécialistes reste un grand problème pour nous. C'est pourquoi nous sommes régulièrement affectés ailleurs pour des cas d'opération, de fracture, de transfusion et même de radiologie. A la polyclinique où nous sommes abonnés les soins sont bien administrés mais le problème est qu'il y a trop de transferts par manque des spécialistes sur place » (T73). La plupart des médecins qui jouissent d'une bonne réputation dans la ville sont très sollicités par plusieurs formations médicales dont les leurs. Lorsque l'on a besoin d'eux, ils sont soit indisponibles soit, dans des cas rares, ils demandent qu'on leur transfère le malade à l'endroit où ils se trouvent à ce moment là (généralement dans leurs polycliniques privées). Certains cas sont même transférés à Kinshasa ou en dehors du pays pour des maladies de cœur ou de foie.

b) Équipement et services spéciaux

Il est difficile de dissocier les médecins spécialistes des services spéciaux dotés d'un équipement adéquat et de technologie moderne. Ça et là, on décrie l'absence des services suivants: radiologie, ophtalmologie, maternité, service d'échographie, service pharmaceutique, dentisterie, labo, bloc opératoire, cardiologie, chirurgie, etc. Au chapitre des infrastructures il faut tenir compte de l'espace, de la capacité d'accueil et aussi de l'emplacement de la formation sanitaire. Il faut éviter de l'implanter dans un environnement trop mouvementé et proche des endroits où les bruits sont fréquemment émis... pour ne pas troubler la quiétude des patients.

c) Organisation

Les règles de déontologie professionnelle et d'éthique font encore défaut dans certaines formations sanitaires de la place: la mauvaise foi, le mauvais accueil, le manque de suivi des cas, la négligence ont été stigmatisés comme faisant défaut dans ces formations.

3.7 Conclusion

Après ce tour d'horizon sur l'affiliation des entreprises aux formations médicales de la ville de Lubumbashi, et sur la fréquentation de la population lushoïse, nous pouvons épingler quelques points saillants.

Dans le cadre de la politique sanitaire appliquée dans les entreprises lushoïses, 85% d'entre elles sont affiliées à au moins une formation médicale. Quinze pour cent de ces dernières ont changé de partenaires médicaux à cause du coût élevé de soins administrés aux travailleurs. D'une manière générale, les opinions des employeurs et employés sont favorables en ce qui concerne la qualité des soins, l'accueil par le personnel soignant et les conditions hygiéniques. Mais beaucoup reste encore à faire et à refaire pour l'amélioration de la qualité des équipements et des infrastructures sanitaires ainsi que sur le plan de la qualité du personnel soignant.

CHAPITRE IV CAS DE L'HÔPITAL SENDWE

D. Dibwe
Mulumbwa Mutambwa
Jerry Kalonji
Aimée Kasandji

4.1 Présentation de l'hôpital général Jason Sendwe

Pour desservir la population sur le plan médical et répondre au programme proposé par l'Organisation mondiale de la santé sous le slogan « Santé pour tous vers l'an 2000 », la ville de Lubumbashi fut subdivisée en cinq zones de santé (Arakayd et Cartier 1989 : 841)³ : Lubumbashi, Kenya-Kamalondo, Katuba, Kampemba et Rwashi. Le programme prévoyait la densification et la distribution spatiale équilibrée des formations médicales de façon à couvrir l'ensemble de la ville. Chaque zone de santé disposait d'un ou de deux hôpitaux de référence, d'un certain nombre de centres de santé comme l'indique le tableau ci-dessous.

Tableau 26:
Répartition des hôpitaux généraux de référence dans la ville de Lubumbashi

Zones de santé	Hôpitaux généraux de référence
Lubumbashi	Cliniques universitaires Hôpital Gécamines Sud
Katuba	Hôpital de la Katuba
Kampemba	Hôpital de la Société National de Chemins de fer du Congo (SNCC)
Rwashi	Cliniques universitaires de la Rwashi
Kenya-Kamalondo	Hôpital général Sendwe

Le tableau 27 montre que la ville de Lubumbashi est couverte par six hôpitaux généraux de référence, à savoir d'un par zone de santé, à l'exception de la zone de Lubumbashi qui en dispose de deux. Il est important de noter que l'hôpital général Sendwe joue un triple rôle : celui d'hôpital général de référence à la fois pour la zone de santé Kenya-Kamalondo, pour toutes les zones de santé de la ville de Lubumbashi et pour l'ensemble de la province du Katanga et des provinces voisines, notamment les deux Kasai et le Maniema. L'hôpital général Sendwe dessert également les populations en provenance des pays limitrophes, notamment la Zambie.

Inaugurée en 1925, sous l'appellation Hôpital général Prince Léopold dit hôpital « indigène », cette formation médicale desservait à ses débuts les populations noires alors que l'hôpital Reine Élisabeth, aujourd'hui Cliniques universitaires, prodiguait des soins à la population blanche d'Élisabethville et des environs.

Au lendemain de l'accession de la République démocratique du Congo à l'indépendance jusqu'en 1962, l'hôpital général Sendwe était exclusivement une formation médicale de l'État. En 1962, suite aux troubles politiques en vogue et à l'installation du camp des réfugiés entre la Commune Rwashi, où était construit l'hôpital que dirigeait l'université, et le centre ville, les autorités académiques de l'Université officielle du Congo (UOC) déménagèrent de la formation

³ La zone de santé est définie comme « une unité opérationnelle du système sanitaire national. Elle prend en charge cent à cent cinquante mille habitants et est délimitée en tenant compte de l'accessibilité géographique, culturelle, économique de la population. Elle est composée d'un hôpital général de référence et de centres de santé dont chacun couvre plus ou moins cinq mille habitants ».

médicale de la Rwashi et s'installèrent à l'hôpital général Sendwe. A partir de ce moment, celui-ci connut une direction bicéphale partagée entre l'État congolais et l'UOC, aujourd'hui Université de Lubumbashi, jusqu'au cours des années 1970. Dans le cadre de la philosophie du recours à l'authenticité, le complexe hospitalier changea de nom et fut rebaptisé en 1971 hôpital général Jason Sendwe, en mémoire de Jason Sendwe, ancien assistant médical au sein dudit complexe hospitalier et leader du cartel BALUBAKAT, farouche opposant au fédéralisme prôné par la CONAKAT de Moïse Tshombe et fidèle à l'unitarisme cher au Mouvement national congolais (MNC) du premier ministre Patrice Emery Lumumba.

Le laxisme amena le gouvernement congolais (zaïrois de l'époque) à confier, à partir de 1974, la gestion de cette formation médicale à la Générale des Carrières et des Mines (Gécamines). Cette grosse entreprise minière mit à la disposition de l'hôpital général Sendwe son personnel médical et paramédical, des produits pharmaceutiques et un équipement adéquat en vue de redresser la qualité des soins à prodiguer à la population de Lubumbashi, de la Province du Katanga et des provinces voisines citées plus haut. Face à l'importance de la population qui sollicitait les soins à cette formation médicale, l'hôpital général Sendwe devint un hôpital d'assistance publique et vit ses tarifs revus à la baisse pour rendre les soins de santé accessibles aux populations les plus démunies. « *L'hôpital général Sendwe est un cadeau du gouvernement à la population de Lubumbashi et de son hinterland proche et lointain* », a déclaré un enquêté.

En 1976, l'Université officielle du Congo, devenue depuis 1971 Université nationale du Zaïre, campus de Lubumbashi, se retira de la codirection de l'hôpital Sendwe et s'occupa de l'ancienne Clinique Reine Élisabeth, actuellement Cliniques universitaires Mama Yemo.

L'accroissement de la population et l'augmentation de la morbidité générale et spécifique ont amené l'hôpital général Sendwe à revoir à la hausse sa capacité d'accueil (celle-ci est passée de 350 lits à plus ou moins 1200 lits). Cette formation médicale a ainsi occupé la deuxième position au niveau national après l'hôpital général de Kinshasa (anciennement appelé hôpital Mama Yemo). Actuellement, l'hôpital général Sendwe est doté de 4 entités différentes : l'hôpital du jour comprenant plusieurs dispensaires spécialisés (urologie, chirurgie, ORL, gynécologie, dermatologie, dentisterie, ophtalmologie, pédiatrie, médecine interne, etc.), l'hôpital de pédiatrie, l'hôpital de médecine interne et l'hôpital de gynécologie et obstétrique. A ces entités, il faut ajouter des services médico-techniques et généraux à savoir l'anesthésie, la kinésithérapie, la pharmacie, le laboratoire, la radiologie, la diététique, la cuisine, la buanderie, la lingerie et l'entretien.

Ces différents services et entités sont abrités dans des bâtiments de type pavillonnaire et dans un bloc à quatre étages. L'hôpital général Sendwe est dirigé par un médecin directeur, un gestionnaire et un infirmier chef.

4.2 Perception de l'hôpital Sendwe

4.2.1 Perception par les employeurs

Dans la perspective d'une réfection de l'hôpital Sendwe, les avis des entrepreneurs sont d'une importance capitale car ils traduisent leurs perceptions lesquelles influent pour beaucoup dans la prise de décision d'y envoyer ou non leurs travailleurs. Il reste donc impérieux d'en tenir compte dans les stratégies à envisager. Les entreprises ont fait savoir leurs positions par l'entremise de leurs préposés avec qui les enquêteurs se sont entretenus. Ces avis donnent à penser qu'ils ne sont pas toujours fondés sur des sondages méthodiquement et objectivement recueillis. Les préposés se basent soit sur leur propre expérience soit sur celles de leurs épouses ou même sur des rumeurs comme en témoignent ces déclarations : ... *dans les chambres ce n'est pas très propre, c'est l'avis de mon épouse qui s'y est rendue*

Il faut songer à renouveler son équipement (de Sendwe), le lit sur lequel mon ami était couché le rendait plus malade que la maladie elle-même.

Leurs avis peuvent être regroupés selon les points ci-après :

- Le coût
- L'accueil par le personnel soignant
- La qualité de l'équipement, l'infrastructure et les conditions hygiéniques
- La gestion hospitalière

Tableau 27: avis des entreprises sur l'hôpital Sendwe

Paramètres	Avis positifs	%	Avis négatifs	%	Avis mitigés	%	Total	%
Coût des soins médicaux	38	69	5	9	12	22	55	100
Accueil	7	15	28	61	11	24	46	100
Infrastructure, conditions hygiéniques	12	12	52	46	35	35	99	100
Qualité des soins médicaux	13	17	25	33	38	50	76	100
Motivation du personnel			3	43	4	57	7	100
Gestion de l'hôpital			7	70	3	30	10	100
Mentalité du personnel soignant			2	40	3	60	5	100
protection maternelle et infantile	1	100					1	100

4.2.1.1 Le coût

Les deux tiers des entrepreneurs trouvent que les tarifs des soins tels que pratiqués à Sendwe sont abordable (69% des avis) comme le déclare une société minière: « *Sendwe est un hôpital général périphérique dont le coût est très bas. Ce coût est symbolique et non réel.* » Un autre préposé souligne que c'est « *l'hôpital le moins cher, presque gratuit.* » A côté de cette appréciation positive du coût, il y a tout de même des employeurs qui trouvent, pour leur part, que le coût n'est pas qu'en apparence ; en réalité il est très élevé comme le déclare cet employeur du secteur du transport aérien :

« *Dans la salle on demande plus que ce qui se taxe dans les pharmacies. C'est dire que dans la salle d'urgence les médicaments sont vendus à un prix élevé par rapport aux prix dans les pharmacies.* »

Toutefois d'autres employeurs, moins nombreux (22%), ont plutôt des avis mitigés :

« *Les soins sont abordables à Sendwe, ça c'est ce qui est officiel mais il existe aussi les côtés. A Sendwe, on ne donne que les ordonnances.* »

Du fait que le personnel soignant exige des montants supplémentaires, le préposé d'une entreprise exprime sa déception en ces termes : « *Le coût est passable mais il est alourdi par l'argent demandé en plus à chaque échelon. Ce sont ces frais additionnels qui alourdissent la facture.* »

4.2.1.2 L'accueil

Quant à l'accueil, les avis des entreprises penchent plutôt du côté négatif (61%) Une entreprise, faisant allusion à la maternité, se plaint du fait que les stagiaires seuls accueillent les patients alors qu'ils auraient dû être encadrés par des aides accoucheuses plus expérimentées. Selon d'autres responsables, pour qu'un patient soit l'objet d'une attention de la part du corps soignant, il lui faut donner de l'argent dans l'informel au corps soignant.

Comme dans des cas précédents, une bonne part des entreprises donnent des avis nuancés (24%) par rapport à l'accueil : « *l'accueil dépend de ce que vous avez dans la poche. C'est quand on étale le contenu de sa poche [son argent] que l'on peut s'approcher de vous.* »

Quinze pour cent des avis montrent que l'accueil réservé aux patients n'est pas bon pour les raisons ci-après :

- l'argent est demandé dès à l'entrée, par les gardiens de l'hôpital et par son personnel ;
- l'accueil serait conditionné au paiement des frais de consultation.

4.2.1.3 L'infrastructure et les conditions hygiéniques

Globalement les avis recueillis à ce sujet sont négatifs (46%). Il est reproché à cet hôpital les faiblesses suivantes : le manque de renouvellement des lits (qui datent de l'époque coloniale), les toilettes non entretenues, les odeurs nauséabondes, les murs qui ne sont pas rafraîchis de l'intérieur.

Les déclarations ci-après donnent la mesure du dépit de leurs auteurs :

l'équipement existe mais il est vieux et non moderne, l'infrastructure est mal soignée et insuffisante car pour la maternité, par exemple, il faudrait que l'on puisse ajouter même une autre salle, la maternité étant très sollicitée, elle est débordée des fois ;

L'infrastructure est délabrée, on ne peut pas dormir sur un lit de 1912 ;

(...) il faut réhabiliter l'hôpital, c'est sale ! ;

(L'hôpital) est très mal entretenu, vétuste, des odeurs nauséabondes déjà à la barrière, des toilettes bouchées, des lits en ferraille.

Par ailleurs quelques avis (12%) estiment qu'aujourd'hui la situation est bonne et 35% des avis restent mitigés. Ils estiment que l'infrastructure et l'équipement y sont présents et qu'ils n'exigent plus qu'à être entretenus.

4.2.1.4 La qualité des soins

Cinquante pour cent des avis restent mitigés, les uns signalent que la qualité des soins dépend des moyens financiers du malade et de sa famille, ou que malgré les problèmes évoqués, les soins restent satisfaisants dans la mesure où il y a de nombreux cas qui sont sauvés.

Un autre employeur rapporte plus exactement ceci :

« Je ne connais pas grand-chose mais il paraît que l'on soigne bien quand vous pouvez acheter tous les produits. [sur la qualité des soins] Elle dépend de la personne qui se fait soigner. Si elle a de l'argent, elle est bien soignée. Moi, pour extraire la dent, on m'a bien soigné parce qu'ils savaient que je leur donnerais de l'argent. »

Trente trois pour cent des avis estiment que les soins sont mal prodigués parce que l'hôpital n'a pas assez de médicaments et que son personnel n'est pas motivé. Seuls 17% des avis estiment que la qualité des soins est bonne.

4.2.1.5 La gestion de l'hôpital

Aucun employeur n'a donné un avis favorable sur la transparence de la gestion au sein de l'hôpital Sendwe. Par contre 70% des avis déplorent la mauvaise gestion au sein de cet hôpital comme on peut le noter à travers cet avis exprimé par un imprimeur : *« c'est un grand hôpital pour lequel j'ai du respect, mais il faut le restructurer pour une bonne continuité. »*

De façon générale, les avis des employeurs sont favorables en ce qui concerne le coût des soins à l'hôpital Sendwe qu'ils estiment passables mais pour l'accueil, les infrastructures, l'équipement, les conditions hygiéniques et la gestion, les avis sont majoritairement négatifs.

4.2.2 Perception par les employés

Cette partie essaie de donner en 5 points l'appréciation de l'hôpital Sendwe par nos informateurs. Il s'agit de la qualité des soins prodigués, de la réglementation et de l'observation des conditions hygiéniques, de l'accueil du personnel soignant, du coût estimatif des services offerts aux bénéficiaires et de l'équipement et l'infrastructure. Comme annoncé plus haut, les informateurs ont

fourni des avis mitigés. Mais c'est de l'idée générale que nous décidons sur ce qui prime. Signalons par ailleurs que les points négatifs sont prédominants en ce qui concerne l'appréciation de ce grand hôpital par les travailleurs d'entreprises.

Tableau 28: Avis des travailleurs sur l'hôpital Sendwe

Paramètres	Avis positifs	%	Avis négatifs	%	Avis mitigés	%	Total	%
Qualité des soins	119	60	78	40	-	-	197	100
Accueil	23	12	130	70	32	17	185	100
Coût des soins	72	40	25	14	83	46	180	100

La différence sur les effectifs totaux se justifie par la suppression des avis non déterminés. En ce qui concerne les deux paramètres sur « l'équipement et infrastructure » ainsi que « les conditions hygiéniques », tous les informateurs n'ont pas émis leurs avis à ce sujet. Ceux récoltés ne concernent que ceux qui s'y sont déjà rendus pour leurs propres soins ou pour ceux de leurs proches. La plupart des informateurs, n'évaluaient que l'infrastructure et les conditions hygiéniques des centres médicaux où ils sont affiliés.

4.2.2.1 Qualité des soins prodigués

Tout semble conditionné à Sendwe. Nous commençons par donner les avis positifs de ces informateurs pour clore avec les négatifs. Les enquêtés nous ont confiés que Sendwe reste l'hôpital de référence pour toute la province. Il est à ne pas négliger, nous confie un employé. Bien qu'il soit pris en charge pour les soins médicaux par son entreprise, il nous confie qu'en ce qui concerne la maternité, il continue à envoyer sa femme accoucher à Sendwe car il ne veut pas courir des risques en l'amenant ailleurs. Ceci est justifié par le fait que Sendwe renferme en son sein toute sorte des spécialités.

Par ailleurs, Sendwe a un personnel qualifié et expérimenté sur les cas à traiter. Cependant, la qualité de ses soins est conditionnée par l'argent que détient le patient. Etant donné qu'une sorte de commerce s'y est installé, tout et absolument tout est à acheter auprès des infirmiers et stagiaires, en commençant par l'alcool dénaturé jusqu'aux produits plus spécialisés prescrits par les médecins. Dans le cas où l'on ne paie pas pour le patient, le corps soignant devient agressif vis-à-vis du malade, et ce dernier risque, s'il ne débourse pas de l'argent, de trouver la mort sur son lit, abandonné sur son propre sort. Les mêmes informateurs soutiennent que Sendwe prodigue de bons soins, en ce sens que, si un cas de maladie échoue dans les formations médicales privées, celles-ci le réfèrent à l'hôpital Sendwe. Les cas de mort qui y sont déclarés sont dus au fait que les patients arrivent dans un état de non retour, c'est-à-dire ils rencontrent les spécialistes avec un grand retard. Pour preuve, disent-ils, si Sendwe n'administrerait pas de bons soins, personne ne s'y rendrait. Cependant, cet hôpital n'est jamais vide de malades !

Les personnes qui stigmatisent la qualité des soins prodigués à Sendwe soulignent que malgré les nombreux effectifs en médecins spécialistes, ces derniers s'occupent plus de leur polyclinique privé et abandonnent les malades entre les mains de stagiaires qui ne connaissent pas encore très bien le métier vu qu'ils ne sont plus encadrés par des spécialistes rodés. En plus de l'absence de l'encadrement, l'hôpital est démunie en produits pharmaceutiques. Pour obtenir satisfaction aux soins administrés à Sendwe, il faut avoir les poches pleines de manière à se procurer tous les produits prescrits. Selon eux, les familles issues des milieux défavorisés n'y trouvent plus leur place, alors que Sendwe, dans sa qualité d'hôpital public, devait d'abord être au service des plus démunis. Selon ces avis, il est dangereux d'aller se faire soigner à Sendwe sans argent, même si on peut rassembler une somme le lendemain, car il n'est pas sûr qu'on s'occupe du malade sans liquidités. Ils reconnaissent au moins qu'on soigne bien dans la réanimation pour enfants, dans la salle 13 et à la maternité. « *Là au moins, on est sûr que les soins sont adaptés à la maladie* ».

4.2.2.2 Réglementation et observation des conditions hygiéniques

A ce sujet, les informateurs ont déclaré à l'unisson que les conditions hygiéniques à Sendwe laissent à désirer. Un informateur a déclaré que c'est l'hôpital le plus sale de la ville. Certains informateurs disent également de Sendwe que seuls les murs sont rafraîchis ; l'intérieur continue à dégager une odeur insupportable. L'hygiène y est précaire, parfois on torchonne sans désinfectant. Les malades se sentent mal à l'aise à cause des conditions hygiéniques auxquelles ils sont soumis, ce qui détériore encore l'état de santé au lieu de l'améliorer. C'est pour cela que si le malade estime son cas peu grave pour être interné, il préfère poursuivre le traitement à domicile. Ceux qui ont apprécié ces conditions hygiéniques ont cité en exemple la partie occupée par la clinique.

En gros, les quelques avis ci-après ont été recueillis et résumés la situation en ces termes :

Il faut réhabiliter cet hôpital au sens plein du mot : matériel, conditions hygiéniques, motivation du personnel, etc., car il est en état de délabrement, en ruine ;

C'est un hôpital de l'Etat, donc mal entretenu ;

C'est un hôpital qui présente beaucoup d'insécurité sanitaire parce que c'est sale, le personnel est indifférent et mal organisé ;

Sendwe est un grand centre médical qui nécessite de gros moyens financiers afin de le remettre à l'état initial comme ce fut à l'époque coloniale ;

Actuellement, Sendwe est une poubelle. Y aller pour se faire soigner c'est accepter d'acheter sa propre mort. C'est pourquoi les gens n'y vont pas et préfèrent aller ailleurs ;

C'est un hôpital très sale. Il n'y a que des ordonnances médicales et il faut avoir de l'argent pour prétendre aux soins.

4.2.2.3 Accueil du personnel soignant

C'est au niveau de l'accueil que cet hôpital manifeste son mauvais visage. En fait, cet accueil ne concerne pas les visiteurs des malades internés, mais les malades eux-mêmes. La plupart des enquêtés disent que l'accueil à Sendwe n'est pas bon, tout le personnel étant préoccupé par le problème de survie.

Beaucoup de nos informateurs soutiennent que c'est à cause du mauvais accueil du personnel soignant que la population ne fréquente pas Sendwe. Alors, en quoi consiste cet accueil ? Lors de l'enquête, les informateurs nous ont déclarés que pour être reçu, il faut avoir des poches pleines et être en mesure de glisser quelques billets dès l'entrée de l'hôpital jusqu'aux médecins, en passant par les stagiaires. Les informateurs soutiennent par ailleurs que cela est dû à la non motivation par l'Etat qui verse un salaire dérisoire aux agents. Il y a alors un désordre total, chacun travaillant pour son propre compte et non plus pour la communauté. Au contraire, l'agressivité est brandie comme menace par le personnel soignant vis-à-vis des malades démunis. Les infirmiers cherchent l'argent au lieu de soulager les maux des malades. Alors, lorsqu'on n'est pas connu du personnel, il n'y a aucun espoir d'être bien reçu, même en cas d'urgence. L'accueil est qualifié de discriminatoire. Tout dépend de la bonne foi de l'infirmier ou du stagiaire sur lequel on tombe. Dans le cas contraire, il faut glisser les billets de banque pour attirer la moindre attention des soignants.

Ainsi, les malades se sentent abandonnés à eux-mêmes. Cette situation n'épargne aucun service. Les fiches d'enquête rapportent que, même aux services des urgences, les malades sont abandonnés à eux-mêmes. Comparativement aux hôpitaux privés, Sendwe fait cette différence car chez les privés, un accueil chaleureux est quand même réservé aux malades avant de leur demander les frais. Ces derniers n'interviennent qu'à la fin du traitement, tandis que à Sendwe, qui est un hôpital public, il faut d'abord brandir l'argent pour qu'on s'occupe de vous. De surcroît, les salles d'attente ne sont pas équipées pour accueillir les malades, ce qui constitue une façon de mettre la pression. Un cas cité à la maternité fait état d'une situation où les accoucheuses se permettaient même d'insulter les parturientes dans leur douleur d'enfantement.

Quant à ceux qui jugent positivement l'accueil réservé à Sendwe, ils déclarent que quand on arrive aux premières heures de la journée, l'accueil est bon, car après, une fois le personnel saturé et

fatigué, les patients qui viennent après en paient le prix. Un autre argument en faveur de cet accueil est que le personnel ne se mobilise que pour les cas des malades en état critique. Malheureusement, aussitôt cette situation décancée, le patient est abandonné à lui-même.

L'enquête a révélé aussi que l'accueil est parfois conditionné au type de services dont le malade a besoin. Par exemple, le corps soignant remplit bien sa tâche aux services de réanimation pédiatrique, de chirurgie, de maternité et lorsqu'on doit voir un spécialiste en privé. Tout le reste laisse à désirer.

4.2.2.4 Coût estimatif des services offerts

En ce qui concerne le coût, 40% de la population enquêtée en parle positivement. Comparativement aux tarifs pratiqués dans les formations médicales privées, l'hôpital Sendwe est abordable et accessible à toutes les bourses. Un informateur a qualifié Sendwe de *kilelabalanda*, c'est-à-dire celui qui dorlote les pauvres. Donc, les plus démunis y trouveraient un soulagement. C'est d'ailleurs ce qui explique le nombre des malades qui s'y rendent. Ceux qui fuient Sendwe sont victimes de rumeurs.

Pour le reste de la population interrogée, ce faible tarif est celui qui est donné officiellement. Mais lorsqu'on doit calculer le prix de revient total, Sendwe est le plus cher des hôpitaux de la place en ce sens que, pour tout contact, il faut déboursier quelque chose, et quand toute la consultation est finie, il ne faut pas s'attendre à recevoir les produits pouvant soulager les maux détectés. Tout se fait au moyen des ordonnances. Les patients préfèrent alors se rendre directement chez les privés où il y a espoir qu'on s'occupe des malades aussitôt arrivés, surtout que les dépenses restent les mêmes. Le coût devient également exorbitant lorsqu'on doit rencontrer un spécialiste pour un cas d'intervention chirurgicale.

4.2.2.5 Équipements et infrastructures

Pour cette rubrique, nous n'avons reçu que quelques avis de la part de nos informateurs. La plupart sont profanes en la matière. Ce qui compte pour ces derniers, c'est qu'ils soient consultés. Ceux qui ont lâché un mot, se sont contentés de parler de vieilles machines. Comme la plupart de nos informateurs s'y rendent uniquement pour la consultation et qu'ils n'y passent pas beaucoup de temps vu que tout se règle par ordonnances, ils n'accordent pas beaucoup d'intérêt à l'équipement et à l'infrastructure, qu'ils décrivent assez bons, mais soulignent plutôt qu'il faut lutter contre la malpropreté. Bref, les équipements sont vétustes et non entretenus, datent de l'époque coloniale et sont pour beaucoup en panne. Les déclarations suivantes illustrent mieux leurs impressions :

Je pense que Sendwe est un hôpital de référence qui aide beaucoup la population du Katanga. Il y a plusieurs services, mais il n'y a pas de médicaments. Il faut que le malade lui-même cherche les produits pharmaceutiques ;

Je suis désolé de voir l'hôpital Sendwe dans l'état où il se trouve. Dans le temps, c'était le plus grand hôpital avec presque tout. Mais maintenant, c'est un hôpital fréquenté par 70% des familles issues des milieux défavorisés ;

Sendwe, reste le premier hôpital à Lubumbashi bien que dans son état actuel il manque des médicaments. Il est partiellement équipé. Ce qui est surprenant c'est que Sendwe transfère aussi certains cas de radiologie à la Polyclinique Saint Luc à cause du manque d'entretien de son équipement ;

C'est un grand hôpital, ce qui manque c'est le soutien. Il y a des ONG, qui peuvent le soutenir. Le problème qui se pose est celui des produits. La consultation est bonne, le personnel est qualifié, il faut seulement le réhabiliter ;

C'est une formation sanitaire de très grande taille qui se trouve aujourd'hui à genoux parce que tout est à refaire : le personnel soignant qualifié, l'équipement vétuste qu'il faut renouveler, etc. ;

C'est un grand centre médical très réputé, mais en train de se disqualifier faute de suivi et d'organisation de la part du pouvoir public, incapable de l'équiper en matériels de qualité et de le pourvoir en produits pharmaceutiques en quantité suffisante ;

L'hôpital Sendwe nous conduits à la dérive. Toute son infrastructure est à refaire sur tous les plans. Il est incertain de s'y faire soigner et d'arriver à une prompte guérison.

4.2.3 Conclusion

En somme, les informateurs nous ont entretenus sur de nombreux et graves dysfonctionnements de cette formation médicale jadis rayonnant. Les impressions sont partagées et tiennent à l'expérience vécue de chacun des enquêteurs approchés. L'accueil est qualifié de médiocre par nos enquêtés. Le coût, apparemment bas, est en réalité très élevé. Aussi, les informateurs préfèrent-ils aller tout droit dans des centres de santé on ne peu plus onéreux au lieu de se rendre à Sendwe où le tarif paraît moins élevé alors qu'ils en sortent dépouillés. Sendwe a donc été scrupuleusement critiqué.

Toutes fois, les informateurs reconnaissent la possibilité d'y recevoir les soins de bonne qualité, ceux-ci étant déterminés par son pouvoir financier.

4.3 Avis de la population sur l'Hôpital Sendwe

4.3.1 Introduction

Comment l'hôpital général de référence Sendwe est-il perçu par la population lushoise ? Cette question a servi de fil conducteur le long de l'enquête. Elle nous a permis de recueillir des avis des Lushois aussi bien sur le coût et la qualité des soins administrés à Sendwe que sur l'accueil par son personnel et la qualité de son équipement et son infrastructure.

Ces critères d'appréciation nous semblent déterminants dans le choix de la formation médicale des ménages.

Les informations récoltées sont regroupées selon qu'elles sont favorables (avis positifs) ou défavorables (avis négatifs). Il y a des informateurs qui ont émis des réserves par rapport à l'enquête. Ils ont émis de réserve de donner des appréciations sur une formation médicale qu'ils n'ont pas encore fréquentée.

Le tableau suivant présente les résultats auxquels a abouti l'enquête.

Tableau 29: Appréciation de l'hôpital Sendwe par la population

Avis	Positifs	Négatifs	N.D.	Total
	Effectifs	Effectifs	Effectifs	Effectifs
Critères d'appréciation				
Le coût	53 (76%)	13 (19%)	4 (6%)	70 (100%)
Qualité des soins administrés	42 (60%)	26 (37%)	2 (3%)	70 (100%)
Qualité de l'équipement et infrastructure (conditions hygiéniques)	25 (36%)	44 (63%)	1 (1%)	70 (100%)
Accueil par le personnel soignant	22 (31%)	45 (64%)	3 (4%)	70 (100%)

4.3.2 Coût des soins

L'enquête révèle que 53 informateurs sur 70, soit 76%, trouvent que le coût des soins administrés à l'Hôpital Sendwe est abordable. Certains informateurs pensent même que c'est la formation médicale la moins chère de Lubumbashi (fiches, 22, 10, ...). Les tarifs de l'hôpital Sendwe semblent selon nos informateurs adaptés à toute sorte de bourse. Ce fut aussi l'avis des

ménages enquêtés en 2000 : « (...) les ménages qui le (Hôpital Sendwe) fréquentent affirment que les prix sont abordables, quand bien même il faut chercher les produits pharmaceutiques ailleurs » (Petit, 2003 : 165). De même il faut noter que les tarifs de Sendwe sont démocratiques en dépit du délabrement des équipements et du système des pourboires. Ils s'élevaient alors à moins de 0, 2\$ aussi bien pour une consultation médicale que pour une journée d'hospitalisation. (Rubbers, 2003).

La crise socio-économique qui secoue les ménages de Lubumbashi pousse certains informateurs (24%) à penser que le coût des soins à Sendwe est élevé. Ils associent aux tarifs les autres sollicitations du personnel soignant démotivé qui a besoin de pourboire. D'autres informateurs évoquent des cas de soins spéciaux telle la césarienne dont le coût serait évalué, selon notre enquête, à plus ou moins 150\$. De toute évidence, les tarifs dans cet hôpital ne sont pas restés inchangés depuis l'étude de Rubbers. La moyenne du coût des consultations est de nos jours estimée à 1.7 \$.

4.3.3 Qualité des soins

Soixante pour cent de la population enquêtée évalue positivement la qualité des soins administrés à l'hôpital Sendwe. La plupart de ces informateurs la conditionnent aux moyens financiers du patient. L'un d'entre eux (fiche 19) déclare, par exemple, que « *si vous avez des moyens financiers, vous serez mieux soigné que ceux qui sont dans les centres privés* ». Sendwe est perçu par ces mêmes informateurs comme une formation médicale bien pourvue en spécialistes. L'accès à ceux-ci est ainsi fonction de la bourse du malade. Voilà ce qui justifie 37% des positions mitigées telle que celle-ci (fiche 35) : « *Il n'y a pas d'intervention. On n'envisage que de l'argent : sans argent pas de soins (efficaces). Bien sûr, il y a un personnel compétent, mais c'est l'argent d'abord!* ». Si les médecins spécialistes contribuent à l'amélioration de l'image de Sendwe, selon nos informateurs⁴. Cette image est due aussi à sa maternité dont le service est apprécié. Il faut indiquer qu'il y a plus de 70 accouchements par jour (Rubbers, 2003).

Trente sept pourcent de la population enquêtée juge mauvaise la qualité des soins administrés à Sendwe. Nombre d'entre eux, 60%, déclarent qu'il y a carence de produits pharmaceutiques. Le manque de motivation du personnel soignant qui laisse la plupart des tâches aux stagiaires est aussi mentionné comme un facteur qui ternit l'image de Sendwe. Cette situation débouche, selon cette enquête, sur des comportements parfois illicites tels que la pratique de pourboire. C'est ce que rapporte, entre autres, la fiche 16 : « *La qualité n'est plus bonne et les malades sont maintenant abandonnés à eux-mêmes à moins de donner un pourboire au personnel soignant* ».

4.3.4 Qualité de l'équipement et infrastructure (conditions hygiéniques)

Il ressort de l'enquête que 63% de nos informateurs ont une appréciation négative de la qualité de l'équipement et de l'infrastructure de l'hôpital Sendwe. Les conditions hygiéniques de cette formation médicale sont les plus critiquées par nos informateurs. Plusieurs d'entre eux craignent que l'insalubrité qui caractérise l'environnement de Sendwe ne soit à la base des maladies nosocomiales. Vingt deux informateurs sur les 44 (50%) qualifient le matériel médical de Sendwe de vétuste, dépassé, archaïque. Ils estiment aussi que la literie doit être renouvelée.

La qualité de l'équipement et infrastructure est bien perçue par ceux qui se réfèrent aux travaux de réfection en cours à l'hôpital (36%).

4.3.5 Accueil par le personnel soignant

Dans l'interaction entre personnel soignant et patient, l'accueil peut s'avérer déterminant non seulement sur l'appréciation de la qualité des soins mais aussi sur la fréquentation de la formation médicale. Près de deux tiers de nos informateurs ne sont pas satisfaits de l'accueil offert à

⁴ Cette citation tirée de la fiche 30 résume bien les avis des informateurs au sujet des spécialistes : « Les soins sont efficaces (à Sendwe) parce qu'il y a (l'attention) des médecins spécialistes pour chaque cas de maladie ».

Sendwe. Encore une fois, ils estiment qu'il est subordonné à l'argent. « *Ils ont zéro au niveau de l'accueil, déclare un informateur (fiche 36), le malade est délaissé comme un déchet s'il n'a pas d'argent* ». « *Tout se paie là-bas, déclare un autre informateur (fiche 38). Il n'y a pas d'accueil, poursuit-il, les patients se découragent parfois pour se livrer à la médecine traditionnelle* ». Les résultats de cette enquête confirment ceux de la recherche menée en 2000 par l'Observatoire du changement urbain et dont voici les conclusions : « *Si les membres de beaucoup de ménages préfèrent aller dans les établissements privés, comme on le voit à travers le tableau ci-dessus, c'est parce que l'accueil dans les établissements publics laisse à désirer. Ceux qui ne fréquentent pas ces derniers établissements font souvent état du manque de courtoisie qui caractérise le personnel soignant. On reproche aussi à certains médecins de se montrer beaucoup plus conviviaux et disposés à rendre de bons services dans leurs polycliniques privées : de la sorte, ils dirigent implicitement leurs patients plus fortunés vers ces établissements, où les honoraires perçus sont bien supérieurs à ceux qui ont cours dans les institutions publiques. Le plus souvent, ces établissements publics ne disposent même pas des produits pharmaceutiques nécessaires pour les soins des patients. Ceci explique bien pourquoi l'hôpital Sendwe, pourtant hôpital général de référence de la ville, ne reçoit que 14% de ménages de l'échantillon.* » (Petit, 2003 : 164-165)

4.3.6 Fréquentation de l'hôpital Sendwe

Il nous a paru intéressant de savoir aussi si l'informateur a déjà fréquenté l'hôpital Sendwe fût-ce en y amenant un membre de sa famille. Nous voudrions comprendre si les avis reçus provenaient des informateurs qui connaissent mieux cette formation médicale ou s'il s'agit de simples rumeurs.

Il y a 55 informateurs sur 70 (79%), qui ont déjà fréquenté occasionnellement l'hôpital Sendwe. Ce fut à l'occasion de l'accouchement (36%), de soins contre le paludisme (20%), en cas d'une intervention chirurgicale (14%), de rendez-vous avec un spécialiste de l'ORL (11%) ou pour des maladies diverses (19%).

4.3.7 Conclusion et suggestions

Nous avons, dans cette étude, choisi quatre critères d'appréciation de l'hôpital de référence Sendwe par les ménages lushois. Il en ressort que le coût et la qualité des soins administrés dans cette formation médicale sont positivement perçus. Plus de deux tiers de la population enquêtée estiment que le coût des soins est abordable. Il y a aussi près de deux tiers qui sont favorables à la qualité des soins administrés à Sendwe.

Par contre, l'accueil par le personnel soignant et la qualité de l'équipement et de l'infrastructure n'ont pas bonne presse. Sendwe apparaît aux yeux de la population enquêtée comme un établissement sanitaire insalubre et équipé d'un matériel vétuste. L'accueil par son personnel soignant est mitigé : il est bon pour qui a de l'argent et mauvais pour celui qui en est dépourvu. La recherche effrénée des billets de banque par son personnel démotivé paraît ainsi comme le facteur qui pousse nombre de nos informateurs à avoir une mauvaise image de cet hôpital.

Conclusion

D. Dibwe

Le présent rapport donne les résultats préliminaires sur l'enquête menée dans le cadre de la gestion des soins de santé dans les entreprises de Lubumbashi.

La gestion des soins de santé dans les entreprises à Lubumbashi est un problème crucial surtout en cette période de crise multidimensionnelle que le pays est en train de traverser. La santé des travailleurs demeure une préoccupation pour la plupart des entreprises. Elles ont élaboré, tant bien que mal des politiques de prise en charge des soins taillées chacune à leur mesure, selon leur moyen ou leur humeur. Les grandes entreprises et certaines moyennes entreprises ont érigé des dispensaires ou des hôpitaux pour leur main-d'œuvre pendant que 85% des moyennes et petites entreprises s'affilient aux formations médicales des grandes entreprises ou à celles publiques et/ou privées. D'autres encore, 15%, ont laissé à leurs travailleurs la latitude de se faire soigner dans la formation médicale de leur choix et de présenter la facture à l'employeur.

Les politiques de prise en charge en soins de santé semblent discriminatoires en ce sens qu'elles ont été élaborées en fonction des catégories socioprofessionnelles. L'employeur et les cadres supérieurs sont affiliés aux formations de grande réputation comme AFIA, Cliniques Gécamines, Cliniques SNCC, etc., tandis que les cadres moyens et agents de maîtrise sont abonnés dans des hôpitaux de niveau relativement élevé et les agents du personnel d'exécution, dans les hôpitaux ordinaires. Cette situation est aussi à l'origine de la divergence des vues entre l'employeur et ses agents en ce qui concerne l'appréciation des formations médicales fréquentées uniquement par les travailleurs subalternes.

L'affiliation à plus d'une formation médicale est due aussi à la pauvreté qu'affichent les différentes formations médicales tant sur le plan technologique que sur celui de la spécialisation de son personnel. L'hôpital Sendwe, par exemple, est l'une de deux seules formations médicales de Lubumbashi (l'autre étant celle de la Gécamines) qui disposent d'un service ORL.

La prise en charge des soins médicaux a des limites aussi bien au niveau des membres de la famille du travailleur qu'à celui de la hauteur du montant à payer. A l'exception des grandes entreprises, les petites entreprises et la plupart des moyennes entreprises ne prennent pas en charge les cas de maladies des membres de la famille élargie de leurs employés c'est-à-dire les parents géniteurs de l'employé et de sa conjointe. Les seuls bénéficiaires reconnus par l'entreprise sont les membres de la famille restreinte. Les entreprises excluent cependant de la catégorie de ces ayant droit les enfants des travailleurs non scolarisés ayant dépassé l'âge de 18 ans.

La connaissance des dépenses mensuelles moyennes allouées aux soins médicaux par les employeurs au bénéfice de leurs employés demeure pour ces derniers une équation difficile à résoudre. « C'est au responsable de l'entreprise qu'il faut poser cette question », déclarent la plupart d'entre eux. Cette réponse commune devenue un slogan pour la plupart des employés interviewés en dit beaucoup. Cette attitude se justifie compte tenu du type de contrat signé entre l'entreprise et la formation médicale et des modalités de cette prise en charge qui varient en fonction des partenaires : abonnement par famille, paiement des prestations, compensation, etc.

Un autre facteur qui justifie l'affiliation à plus d'une formation médicale se situe dans le transfert vers d'autres villes du pays, notamment Kinshasa, ou à l'étranger des cas morbides jugés très graves pour être soignés sur place à Lubumbashi. Il faut cependant noter que certaines entreprises abandonnent simplement leurs employés dont les cas de maladie ont été jugés très onéreux ou leur accordent unilatéralement une pension- maladie ou encore les mettent à la disposition de leurs familles.

Le coût des soins médicaux de plus en plus élevés, la qualité des soins médicaux prodigués de plus en plus défectueuse, l'équipement vétuste, etc. justifient le changement de partenaires que 15% des entreprises ont pu connaître ces dernières années.

Cette enquête qui a davantage visé à mettre en évidence les pathologies et les types d'accidents connus dans les milieux professionnels et au sein de la population n'a pas établi l'évolution de la morbidité des travailleurs dans les entreprises.

La méconnaissance par les petites entreprises de la morbidité et de la mortalité qui affectent leurs populations ouvrières est à attribuer au fait que ces entreprises n'ont pas hérité de la philosophie qui était à la base de la politique sociale, socle de développement des grandes entreprises actuelles comme la GCM, la SNCC, etc. Cette attitude est aussi caractéristique de certaines entreprises qui trouvent fort onéreuses les charges sociales de leurs employés.

Dans un environnement aussi précaire sur le plan de la santé, l'hôpital Sendwe a un grand rôle à jouer. Les témoignages des employeurs et des employés se sont révélés d'une importance capitale. En effet, c'est d'abord sur les entreprises de la ville de Lubumbashi que l'on compte pour la réhabilitation de ce grand hôpital de référence à travers l'affiliation nombreuse de leurs employés. Ensuite, comme les salariés ne représentent plus que 40% de la population active de Lubumbashi (Petit, 2003), les témoignages de la population lushoïse ne pouvaient pas être négligés en tant que grande consommatrice des soins prodigués par ce grand complexe hospitalier. Les résultats de l'enquête ont été éloquentes à ce sujet.

S'il est vrai que le coût des soins est pratiquement à la portée de toutes les bourses et que la qualité des soins prodigués dans cette grande formation médicale est généralement satisfaisante grâce la présence des médecins spécialistes, il faut reconnaître cependant que les employeurs, les employés et la population lushoïse ciblée déplorent la qualité de l'accueil du personnel soignant, la vétusté de l'équipement, les conditions d'hygiène défectueuses et une infrastructure délabrée.

L'hôpital Sendwe ferait donc mieux de redorer son blason d'antan terni par des décennies de mégestion financière s'il tenait compte des quelques recommandations exprimées ci-dessous :

- l'Etat congolais devrait prendre ses responsabilités vis-à-vis de l'hôpital Sendwe en payant correctement le personnel soignant et en interdisant formellement de monnayer les soins ;
- pour l'amélioration de l'infrastructure et des conditions hygiéniques, il faudrait recruter des agents qui seront quotidiennement commis à la tâche de la propreté et les équiper conséquemment ;
- pour ce qui est de la gestion financière et administrative, il conviendrait de mettre en place des structures indépendantes qui garantissent une gestion transparente de l'hôpital. L'argent généré devrait être versé à la comptabilité et qu'aucun membre du corps soignant ne devrait être autorisé, en aucun cas, à percevoir pour quoi que ce soit ;
- les mesures d'hygiène devraient être renforcées à l'hôpital Sendwe ;
- l'hôpital Sendwe devrait être doté d'un équipement médical, adéquat capable de répondre aux besoins et à la demande de la population lushoïse morbide ;
- l'hôpital Sendwe devrait organiser des séminaires de formation et/ou de recyclage à l'intention du personnel soignant en vue de réactualiser la connaissance dans le domaine médical.

Executive summary

Pierre Petit

Cette enquête avait pour but de recueillir des informations sur deux thèmes : les pratiques des entreprises relatives aux soins de santé de leurs employés ; la perception de l'hôpital Sendwe. Réalisée en peu de temps, elle a néanmoins fait apparaître une série de données intéressantes pour la mission d'experts qu'elle doit épauler.

Son corpus de référence est un échantillon raisonné, composé initialement de 72 entreprises privées ou publiques, choisies de façon à représenter les différents secteurs d'activité de la ville. Dans chacune, les enquêteurs devaient soumettre un questionnaire standardisé à un cadre représentant l'employeur et à trois employés. En tout, 67 cadres et 202 employés ont répondu. Indépendamment de cette enquête, 70 informateurs – des chefs de ménage en général – ont été sondés quant à leur opinion sur l'hôpital Sendwe.

Il apparaît que 87% des entreprises ont une politique de soins de santé pour leurs employés et ont adopté des dispositions institutionnelles dans ce sens. Dans la grosse majorité des cas (58 entreprises sur les 67 de l'échantillon), elles ont conclu un contrat avec une ou plusieurs institution(s) sanitaire(s) (polyclinique, hôpital). Quelques-unes d'entre elles ont en outre leur propre dispensaire (5 cas), voire un hôpital (3 cas). Deux entreprises sur les 67 remboursent les factures des frais de santé encourus par les agents sans imposer de choix quant à l'institution hospitalière. Huit autres n'ont adopté aucune disposition précise.

Cette première série de données démontre l'existence d'un marché potentiel important puisqu'il correspond à la grosse majorité des entreprises de la place. Ce marché est en outre relativement ouvert : au cours des trois dernières années, environ 20% des entreprises ayant un contrat d'affiliation auprès d'une institution hospitalière ont changé de partenaire. Si l'on étudie les raisons pour lesquelles certaines entreprises ont changé d'affiliation ou au contraire ont conservé leur partenariat avec des institutions médicales, on constate que les préoccupations ne portent pas tant sur la qualité des soins donnés, ni sur les conditions hygiéniques, ni sur l'accueil des patients – tous ces éléments étant jugés globalement satisfaisants ou bons – mais bien sur le coût jugé trop élevé des prestations facturées.

Par ailleurs, questionnés sur les insuffisances des structures hospitalières auxquelles sont affiliées leurs entreprises, les cadres et les employés déplorent avant tout l'absence de médecins spécialistes permanents ou de services spécialisés (radiologie, ophtalmologie, gynécologie-obstétrique...).

Si environ deux tiers des entreprises ne s'affilient qu'à une seule institution, un tiers d'entre elles ont un contrat avec plusieurs établissements. Cette diversification tient d'une part à une politique de soins hiérarchisés selon le niveau du personnel – les cadres étant soignés dans de meilleurs établissements que les employés –, d'autre part à une volonté de diversifier les affiliations pour mieux couvrir les différents types de pathologie.

Dans neuf cas sur dix, les entreprises paient mensuellement la facture des frais encourus dans les institutions auxquelles elles sont affiliées. Le contrat qui les lie est généralement à durée indéterminée et peut donc être rompu à tout moment par l'un des deux partenaires.

Les ayants droits de cette sécurité médicale sont définis dans les contrats d'engagement du personnel : il s'agit très majoritairement du travailleur, de sa femme et de ses enfants en dessous d'un certain âge (18 ou 25 ans). Quelques grandes entreprises incluent les géniteurs du travailleur et de son épouse. Une autre limite est parfois imposée sous forme de forfait maximum pour les frais médicaux mensuels (un peu moins d'un tiers des cas).

Les maladies les plus fréquentes des employés sont typiquement la malaria, la fièvre typhoïde et le rhume (67 % des réponses), suivis directement par les traumatismes (accidents, blessures... soit 10% des réponses). Si l'on se concentre à présent sur les seules maladies professionnelles, les plus souvent citées sont les affections pulmonaires et les accidents de travail,

qui représentent ensemble 56% des réponses ; les maladies oculaires, les hernies et les douleurs lombaires constituent l'essentiel des autres cas rapportés. Les enquêtes auprès des 70 ménages hors entreprises montrent que les principales raisons pour lesquelles on fréquente les institutions de santé sont la malaria (45 mentions), la fièvre typhoïde (20 mentions), l'accouchement et les problèmes gynécologiques (16 mentions), les affections ORL (15 mentions), les affections intestinales et l'appendicite (12 mentions).

En cas de complication de l'état de santé, les entreprises tentent en général de référer le malade vers une institution plus appropriée, souvent à Lubumbashi, parfois à Kinshasa ou à l'étranger. La mise en pension maladie est extrêmement rare.

L'hôpital Sendwe est jugé de façon ambivalente. On lui assigne de nombreux défauts tout en reconnaissant qu'on peut y prodiguer des soins de qualité. Pour faire bref, Sendwe est vu comme un hôpital dans lequel on trouve beaucoup de spécialistes – ce qui le distingue positivement des autres institutions de santé – et du personnel compétent, mais on y est perpétuellement harassé pour payer le moindre matériel ou le moindre acte médical. Seules les personnes capables de bien payer sont bien reçues et bien soignées, les autres étant laissées à leur triste sort.

Sendwe se trouve en troisième position sur le marché des institutions auxquelles sont affiliées des entreprises de notre échantillon, dans l'ordre : Polyclinique Afia - Don Bosco (15%) ; Cliniques universitaires (13%) ; Hôpital Sendwe (12%) ; Polyclinique Saint-Luc (9%) ; Polyclinique Medicare (7%). A noter les très faibles scores enregistrés par les cliniques Gécamines et l'hôpital SNCC lors de l'enquête.

Quand on les questionne sur l'hôpital Sendwe, les cadres émettent un avis fort positif sur le coût des soins qui s'y pratiquent, considérés comme très abordables ; par contre, l'accueil, les infrastructures et l'hygiène sont jugés fort sévèrement ; les avis sont mitigés ou assez mauvais quant à la qualité des soins médicaux ; enfin, la mentalité du personnel et la gestion de l'hôpital sont jugés très négativement par les quelques informateurs qui se sont exprimés sur ce point.

Les employés jugent Sendwe assez différemment. Ainsi, ils trouvent majoritairement que le coût des soins est élevé : les frais officiels sont faibles, mais tout se paie informellement : acte médical, médicaments (vendus plus chers qu'en pharmacie), etc. Les employés sont plus négatifs encore que les cadres sur l'accueil à l'hôpital (64% d'avis franchement négatifs) : les patients sont très mal reçus sauf s'ils sont disposés à ouvrir leur portefeuille en permanence. Ils ont pourtant un avis plus positif que négatif sur la qualité des soins : le personnel de Sendwe est réputé qualifié et expérimenté, dispositions dont ils font preuve dès que le patient ouvre sa bourse ; les médecins spécialisés y sont nombreux, ce qui est une très bonne chose, mais malheureusement, ils s'occupent surtout de leurs polycliniques privées, laissant leurs stagiaires exercer à leur place. L'hygiène, enfin, est considérée comme particulièrement déplorable et le matériel, très vétuste.

L'avis des employés correspond globalement à l'avis des 70 informateurs hors entreprise, sinon pour la rubrique « coût des soins » appréciée de façon plus positive par ces derniers. Signalons encore que dans 55 de ces 70 ménages, un membre au moins a déjà été hospitalisé à Sendwe (surtout pour un accouchement : 36% des réponses).

En synthèse, la perspective de voir contractualiser des accords entre les entreprises et l'hôpital Sendwe n'est pas une chimère. Il compte déjà parmi les trois institutions hospitalières les plus citées comme partenaire d'entreprises. Ce marché est dynamique et le principal facteur dont tiennent compte les entreprises est le coût des soins, sur lequel Sendwe est très compétitif. Sendwe dispose de nombreux atouts pour mieux se positionner :

- sa position centrale en ville (la distance est un des principaux facteurs influençant les préférences en ce qui concerne les institutions hospitalières) ;
- son statut d'hôpital général de référence (pour la ville et pour quatre provinces de RDC) ;
- le fait qu'il ait déjà été fréquenté pour une raison ou l'autre par une grosse majorité des ménages ;

- ses nombreux médecins spécialistes ;
- son personnel réputé comme qualifié et compétent ;
- son image d'une institution peu chère selon les cadres d'entreprises ;
- sa réputation auprès des employés d'offrir des soins de qualité.

Le principal problème de Sendwe est celui de toutes les institutions publiques congolaises : l'hôpital est victime d'une privatisation interne où chacun exploite au mieux sa fonction en faisant payer les services qu'il est censé rendre gratuitement, quitte à ce que le patient en souffre s'il ne s'exécute pas. Tout se passe comme si le personnel exerçait une pression constante sur les patients – y compris dans les services d'urgence – jusqu'à ce que ces derniers déboursent. Il ne s'agit malheureusement pas d'une situation à laquelle le versement régulier des salaires mettra automatiquement un terme, même s'il constitue une condition nécessaire à ce redressement : les attitudes corruptives ont été intégrées depuis longtemps par le personnel et l'ensemble de la population. Dans un tel univers précarisé, la ruse est devenue une vertu et le caractère incorruptible, une tare.

C'est donc au niveau de l'organisation du travail et du contrôle des transactions monétaires que le principal effort devra être fourni dans tout projet de réforme. Citons dans ce sens le versement régulier de salaires décents améliorés des bénéficiaires de l'hôpital, la centralisation des recettes dans un service sous haute surveillance, le contrôle et la répression ferme des pratiques corruptives, le contrôle de la présence effective du personnel et des médecins, la lutte contre le transfert des patients vers les polycliniques privées, la responsabilisation de chacun sur le plan médical. Bien entendu, il faudra aussi rénover le bâtiment et le matériel médical, offrir de nouveaux services, former le personnel, bien cibler les domaines d'intervention privilégiés (cf. les maladies les plus citées), mais ces questions appelant des réponses techniques ne peuvent d'aucune façon occulter que le problème central de Sendwe est d'ordre institutionnel, gestionnaire, et non lié à la technique médicale.

Bibliographie sommaire

Adam, P. et C. Herzlich, 2003 : *Sociologie de la maladie et de la médecine*. Paris : Nathan.

Arakayd Kaka et Cartier, P., 1989 : *Lexique de santé publique*. Kinshasa : Saint Paul.

Dibwe dia Mwembu, 1993 : « La mortalité infantile à l'Union minière du haut-Katanga. Une analyse préliminaire (1929-1970) », in *Zaire-Afrique*, n°278.

Dibwe dia Mwembu, 2001 : *Histoire des conditions de vie des travailleurs de l'Union Minière du Haut-Katanga/Gécamines (1910-1999)*. Lubumbashi : Presses universitaires de Lubumbashi.

Droit zairois du travail, 1987 : Code du travail I et II. Mesures d'application, 7^{ème} édition, Kinshasa : CADICEC.

Kakoma S.Z., 2002 : *Le profil sanitaire du Lushois*. Rapport des recherches effectuées durant la troisième session des travaux de l'Observatoire, Février-juin 2001.

Kakudji, A. et Lubembo, R., 2002 : « Démarche méthodologique et difficultés rencontrées », in Kakoma S.Z. (éd.), *Le profil sanitaire du Loushois*, Rapport des recherches effectuées durant la troisième session des travaux de l'Observatoire, février-juin 2001.

Mouchet, R. et Van Nitsen, R., 1940 : *La main-d'œuvre au Congo-Belge*. Bruxelles, IRCB.

Petit, P., 2003 : *Ménages de Lubumbashi entre précarité et recomposition*. Paris : L'Harmattan.

Rubbers, B., 2003 : *Devenir médecin en République démocratique du Congo. La trajectoire socioprofessionnelle des diplômés en médecine de l'Université de Lubumbashi*. Paris : L'Harmattan.

UNICEF, 2002 : *Enquête nationale sur la situation des enfants et des femmes en République démocratique du Congo (. MICS2/200)*. Rapport d'analyse, Kinshasa.

ANNEXE 1: LISTE DES ENTREPRISES CIBLÉES

Catégorie	Nom de l'établissement
Administration	Fonction Publique (Mairie)
Alimentation	Beltexco
	Bralima
	Brasimba
	Frigo Moero
	GLM.Katanga
	Groupe Hyperpsaro
	La Brioche
	Mukalayi & frères
	Nazem
	Socodis 2 (en face Power King)
	Vap
Banques	Banque centrale
Bureautique	Papeterie Akilimali
	Salama imprimerie
Droguerie et beauté	Nzangula Progress
	Roffe Congo
Electro	Top impex eletro-luxe
Energie	REGIDESO
	SNEL
Enseignement	ADRA
	Age d'or
	ISS
	Twendelee
Entreposage	AGETRAF
Hôtellerie	Karavia
	Park Hôtel
Hydrocarbures	DDT
Métal et construction	Edile Construction
	Fondaf
	Mutatshi
	Nsenga wa Kuba
	Quin-Mat
	Scierie Populaire
Mine	GCM
	GFIA (Groupe Forrest)
	KMC
	Chemaf
	STL
Mobilier	Cités des jeunes

	Groupe SIMS
ONG et Agence	CARITAS
	PACT
	UNICEF
	Vision Mondiale
Pharmacie	Baba WAMBU
	Shalina
Pièces détachées machines	Auto Lubumbashi
	N. Papas
Quincaillerie	Gonaïve
	Panaco
	Quin-Lomami
Services et loisirs	A.P.C
Transport et Communication	CAA
	Celtel
	Hewa Bora
	OFFICE DE ROUTES
	Scorpion International (Merzario)
	SNCC
	Vodacom
	Wimbi Dira
Trésor public	Contributions
	INSS
	OCC
	OFIDA
	Sonas
Vêtement	Altex
	Kabongo Ngoy
	Kanan Deluxe
	Syntexkin
	Utex Africa
	Yamba

ANNEXE 2:

Protocole de recherche



UNIVERSITE DE LUBUMBASHI
OBSERVATOIRE DU CHANGEMENT URBAIN

B.P. 1825

Building administratif de l'Université de Lubumbashi

Vodacom : 081 403 57 51

E-mail : observatoire2001@yahoo.fr



PROTOCOLE SUR L'ENQUÊTE SENDWE

N° Fiche :

Enquêteur : Date :/...../2005

Nom Entreprise :

Adresse de l'Entreprise : Commune, Quartier : ...

Avenue

I. Entreprise

Aux employeurs

1. Existe-t-il au sein de votre entreprise une politique de prise en charge des malades ?
Oui Non
1.1 Si oui, en quoi consiste-t-elle ?
2. A quelle formation sanitaire votre entreprise est-elle affiliée ?
2.1 Quel est le type de contrat qui vous lie à cette formation ?.....
3. Où se font habituellement soigner vos employés ?
3.1 Et dans quels cas et pour quelle pathologie ?.....
4. Existe-t-il dans le salaire une rubrique consacrée aux soins médicaux ? Oui, Non
4.1 Si oui, de combien ?
5. Y a-t-il des limites dans la prise en charge des soins ? Oui, Non
 - a) Au niveau financier (facture des soins à payer ?) Oui, Non
 - b) Au niveau des bénéficiaires :
 - b.1 Famille restreinte ? Oui, Non
 - b.2 Famille élargie ? Oui, Non
6. Existe-t-il dans votre entreprise des maladies professionnelles ? Oui, Non
Si oui, lesquelles ?
Que fait l'entreprise lorsqu'aucune formation sanitaire ne peut prendre en charge un cas ?
7. Quel est le nombre moyen des agents qui se font soigner mensuellement dans la formation sanitaire à laquelle vous êtes affilié ?
8. Quelle est la moyenne des dépenses par mois consacrées aux soins médicaux ?
9. L'année passée dans votre entreprise, combien des cas d'hospitalisation, de décès, de pension maladie ou d'accident avez-vous enregistrés ?
 - a) cas hospitalisation :
 - b) cas décès :
 - c) cas pension maladie :

- **d) Cas accident :**
 - 10.1** Quels sont les cas de maladies ou d'accidents les plus fréquents?
 - 10.2** Quelles sont les causes de décès les plus fréquentes ?
 - 11 Durant les 3 dernières années, à quelle(s) formation(s) sanitaire(s) avez-vous été abonné(s) ?
.....
 - 11.1** Quels types de contrats avez-vous signés ?
 - 11.2** Avez-vous changé de partenaires ? Oui, Non
 - 11.2.1** si oui, pour quelles raisons ?
 - a) la qualité des soins qui sont prodigués :
 - b) la qualité de l'équipement et infrastructure (salubrité).....
 - c) L'accueil par le personnel soignant.
 - d) Le coût :
 - e) Autres :
 - 11.2.2** si non, pour quelle(s) raison ?
 - a) la qualité des soins qui sont prodigués : ...
 - b) la qualité de l'équipement et infrastructure (conditions hygiéniques)..
 - c) L'accueil par le personnel soignant.
 - d) Le coût :
 - e) Autres:
- 12 Qu'est-ce qui, selon vous, manque dans la formation sanitaire à laquelle vous êtes affilié ?
.....
- 13.1. Que pensez-vous de l'hôpital Sendwe ?
- 13.2. 13.2. Veuillez donner votre appréciation
Sur :
 - a. la qualité des soins qui y sont prodigués
 - b. la qualité de son équipement et infrastructure (conditions hygiéniques)
 - c. L'accueil par son personnel soignant
 - d. Le coût
 - e. Autres:



UNIVERSITE DE LUBUMBASHI
OBSERVATOIRE DU CHANGEMENT URBAIN
B.P. 1825
Building administratif de l'Université de Lubumbashi
Vodacom : 081 403 57 51
E-mail : observatoire2001@yahoo.fr



PROTOCOLE SUR L'ENQUÊTE SENDWE

N° Fiche :

Enquêteur : Date :/...../2005
Nom Entreprise :
Adresse de l'Entreprise : Commune, Quartier : ...
Avenue

Aux employés

1. A quelle formation sanitaire votre entreprise est-elle affiliée ?
 - 1.1 Quel est le type de contrat qui vous lie à cette formation ?.....
2. Existe-t-il dans le salaire une rubrique consacrée aux soins médicaux ? Oui, Non
 - 2.1 Si oui, de combien ?
3. Y a-t-il des limites dans la prise en charge des soins ? Oui, Non
 - 3.1 Au niveau financier (facture des soins à payer ?) Oui, Non
 - 3.2 Au niveau des bénéficiaires :
 - 3.2.1 Famille restreinte ? Oui, Non
 - 3.2.2 Famille élargie ? Oui, Non
4. 1. Existe-t-il dans votre entreprise des maladies professionnelles ? Oui, Non
Si oui, lesquelles ?
- 4 Que fait l'entreprise lorsqu'aucune formation sanitaire ne peut prendre en charge un cas ?.....
- 5 Quelle est la moyenne des dépenses par mois consacrées aux soins médicaux ?
6. Durant les 3 dernières années, à quelle(s) formation(s) sanitaire(s) avez-vous été abonné(s) ?
- 6.1. Quels types de contrats avez-vous signés ?
- 6.2. Avez-vous changé de partenaires ? Oui, Non
 - 6.2.1. si oui, pour quelles raisons ?
 - a) la qualité des soins qui sont prodigués :
 - b) la qualité de l'équipement et infrastructure (salubrité).
 - c) L'accueil par le personnel soignant.
 - d) Le coût :
 - e) Autres :
 - 6.2.2. si non, pour quelle(s) raison ?

- a) la qualité des soins qui sont prodigués :
- b) la qualité de l'équipement et infrastructure (conditions hygiéniques)...
- c) L'accueil par le personnel soignant.
- d) Le coût :
- e) Autres :

7. Qu'est-ce qui, selon vous, manque dans la formation sanitaire à laquelle vous êtes affilié ?
.....

8.1. Que pensez-vous de l'hôpital Sendwe ?

8.2. Veuillez donner votre appréciation

Sur :

- a. la qualité des soins qui y sont prodigués
- b. la qualité de son équipement et infrastructure (conditions hygiéniques)
- c. L'accueil par son personnel soignant
- d. Le coût

Autres :

9. Demander d'évaluer la façon dont les soins sont administrés

- a) au sein de l'entreprise
- b) au sein de la formation sanitaire à laquelle l'entreprise est abonnée.

Points de vue propreté (conditions hygiéniques), équipement, efficacité des soins, coût, autres...
(Demander si les employés vont dans la formation sanitaire à laquelle l'entreprise est abonnée).



UNIVERSITE DE LUBUMBASHI
OBSERVATOIRE DU CHANGEMENT URBAIN
B.P. 1825
Building administratif de l'Université de Lubumbashi
Vodacom : 081 403 57 51
E-mail : observatoire2001@yahoo.fr



PROTOCOLE SUR L'ENQUÊTE SENDWE

N° Fiche :

Enquêteur : Date :/...../2005
Nom Entreprise :
Adresse de l'Entreprise : Commune, Quartier : ...
Avenue

II. Population lushoise

- 1.1 Où faites-vous soigner votre famille ?
 - 1.a. Chef de ménage
 - 1.b. Ménage
- 1.2 Pour quelles maladies ?
- 1.3 Pourquoi préférez-vous là où vous vous faites soigner ?
2. Combien en moyenne dépensez-vous par mois pour les soins médicaux ?
- 3.a Par quels moyens vous rendez-vous aux formations médicales?
- 3.b Combien de temps mettez-vous pour y arriver ? .
 - 4.1. Que pensez-vous de l'hôpital Sendwe ?
 - 4.2. Veuillez donner votre appréciation sur :
 - a. la qualité des soins qui y sont prodigués :..
la qualité de son équipement et infrastructure (conditions hygiéniques).
 - a. L'accueil par son personnel soignant.
 - b. Le coût :
 - e. Autres :
5. Vous est-il déjà arrivé de vous faire soigner à l'hôpital Sendwe (ou un membre de votre famille) ? Oui, Non
 - 5.1 Si oui, pour quel cas de maladie ?
 - 5.2 Pouvez-vous donner votre appréciation ?