

INS

REPUBLIQUE DU ZAIRE
MINISTERE DU PLAN
INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE

N° 01
MARS
1991

LA REVUE ZAIROISE



PREFACE

CEPED
CENTRE FRANÇAIS SUR LA POPULATION
ET LE DÉVELOPPEMENT
15, rue de l'École-de-Médecine
75270 PARIS CEDEX 06
Tél. : (1) 46 33 99 41

17263 → 17266
19 AOUT 1991

La Statistique n'est pas une science nouvelle, elle est aussi ancienne que d'autres qui l'utilisent comme instrument d'analyse, par exemple la science économique. Cependant, elle est demeurée une activité marginale, connue d'un petit nombre d'érudits jusqu'à l'avènement de la science économique empirique et l'intérêt des autorités publiques. Cette évolution a débouché par la suite sur la formulation de nouvelles méthodes et techniques statistiques pour mieux décrire l'activité économique et sociale, l'évolution démographique et pour servir de base à l'élaboration de politique et d'une planification efficaces. Après cet envol, la statistique n'est pas demeurée statique. Au contraire il s'agit là d'un domaine qui évolue et se développe afin de refléter au mieux la réalité socio-économique. C'est ainsi que partie du dénombrement et du simple comptage de population dans des tableaux, la statistique est devenue rapidement un moyen puissant pour la description des phénomènes issus de l'observation et pour la simulation de certains comportements sous forme de modèles mathématiques.

Les pays qui ont pu comprendre l'importance de la statistique ont très vite créé et entretenu des organismes nationaux chargés de centraliser les données et d'élaborer des statistiques fiables, base indispensable à la construction d'indicateurs économiques et sociaux recherchés par les décideurs politiques.

Au Zaïre, considérant la statistique comme une pièce maîtresse du tableau de bord de l'Economie Nationale, le Président de la République ordonna en 1978 la création de l'Institut National de la Statistique, I.N.S. en sigle. L'ordonnance N° 78-387 du 3 octobre 1978 portant création de l'INS lui confère, entre autres missions, les fonctions d'assurer le développement de la méthodologie statistique et la large diffusion des résultats de travaux dans le domaine statistique.

Au regard des différentes publications de l'INS, une lacune subsistait en l'absence d'une revue périodique permettant d'abord la diffusion des méthodes et analyses statistiques afin de mieux informer les utilisateurs; et ensuite la confrontation des idées et de contribuer ainsi au développement de la Science Statistique au Zaïre. La naissance de la «Revue Zaïroise de la Statistique» vient donc à point nommé pour combler ce vide.

La revue a pour mission de servir d'une part de cadre de dialogue entre les spécialistes, et d'autre part de livrer au public une information sélective et synthétique sur les différents aspects socio-économiques du Zaïre.

Elle aura le mérite de faire le point sur les progrès récents réalisés dans le domaine de la Statistique et de montrer que cette science n'est pas l'apanage des seuls spécialistes.

Au nom du Gouvernement, je remercie la Coopération Française pour son concours technique, matériel et financier ayant permis de mener à terme la parution du premier numéro de cette revue.

LE MINISTRE DU PLAN
Bombito Botoko Lompio

EDITORIAL

Voici le premier numéro de la «REVUE ZAÏROISE DE LA STATISTIQUE». C'est une Revue à caractère scientifique.

Son objectif principal est de contribuer au développement de la Science Statistique et de ses applications .

Grâce à ses agents, l'Institut National de la Statistique réalise de nombreux travaux :

- production de l'Indice des Prix à la Consommation
- élaboration des Comptes de la Nation
- exploitation du Recensement de la Population
- enquêtes auprès des ménages et des entreprises
- collecte et diffusion des statistiques générales

Les articles de la Revue Zaïroise de la Statistique ne remplacent pas les dossiers méthodologiques complets déjà diffusés. Ils annoncent et synthétisent les travaux de l'Institut.

Ce premier numéro de la Revue ne comprend que des articles rédigés par les cadres de l'I.N.S.

Si c'est là sa vocation première, elle se veut aussi ouverte sur l'extérieur. Elle souhaite donc dès son deuxième numéro valoriser toute recherche qui contribue au développement de la Statistique au Zaïre.

La Revue couvre de nombreux domaines dont :

- Probabilités appliquées et Statistique mathématique
- recherche opérationnelle
- statistique démographique
- statistique économique et sociale
- statistique générale
- méthodes et outils informatiques

La famille de ses auteurs devra s'agrandir et accueillir tous ceux qui , dans divers organismes, veulent diffuser leur savoir-faire dans le domaine statistique.

Dans le cadre de la collaboration entre l'Institut National de la Statistique et la Coopération Française, nous souhaitons une longue vie à la «Revue Zaïroise de la Statistique».

**Le Chef de la Mission
Française de coopération
et d'Action Culturelle**

G. de LUSIGNAN



INTRODUCTION

La statistique n'est pas une science nouvelle, elle est aussi ancienne que la science économique.

En dépit de son ancienneté, elle est demeurée longtemps une activité marginale réservée à quelques érudits et ce jusqu'à l'avènement de la science économique empirique.

En effet, depuis cette époque la statistique a connu une évolution fulgurante embrassant ainsi la quasi totalité des disciplines de science pure et humaine.

Il n'est plus possible à notre époque de saisir l'activité économique, sociale, démographique et même politique sans recours à la statistique.

C'est pour cette raison que beaucoup de pays ont mis en place et développé des organismes nationaux de statistique en vue de collecter, traiter et disposer des informations nécessaires et indispensables à l'élaboration de la politique économique et financière annuelle, au contrôle global et continu de l'économie ainsi qu'à l'anticipation correcte des évolutions à court terme.

Le Zaïre n'a pas échappé à ce courant. C'est ainsi que fut créé, en 1978, l'Institut National de la Statistique en sigle I.N.S. avec pour mission le développement de la méthodologie statistique et la diffusion des résultats données chiffrées.

Malheureusement l'inadéquation observée entre les objectifs assignés à cet organisme et les moyens mis à sa disposition et le manque d'une politique de formation des cadres techniques n'ont pas permis à l'I.N.S. de répondre à la mission qui lui était confiée. Ses activités essentielles ont porté uniquement sur la publication des indices de consommation des biens de ménage à Kinshasa.

Aussi depuis quelques années le PNUD, le FED, la Banque Mondiale et particulièrement la Coopération Française ont-ils apporté un concours appréciable en vue de relancer l'I.N.S. C'est ainsi que des activités diverses ont commencé à naître et à se développer au sein de cet Institut.

La parution du premier numéro de la «Revue Zaïroise de la Statistique» et beaucoup d'autres travaux actuellement réalisables au sein de l'I.N.S. constituent le fruit des efforts ainsi consentis pour redynamiser cet Institut dont il est impossible de s'en passer à l'heure actuelle.

La revue a pour mission de servir d'une part de cadre de dialogue entre les spécialistes, et d'autre part de livrer au public une information sélective et synthétique sur les différents aspects socio-économiques du Zaïre. Elle inaugure ainsi la série des publications que l'I.N.S. compte mettre sur le marché au cours de cette année.

**LE COORDONNATEUR DU COMITE PROVISoire
DE GESTION DE L'I.N.S.**

Prof. TIKER-TIKER

LA REVUE ZAIROISE DE LA STATISTIQUE

I. COMITE PROVISOIRE DE GESTION DE L'I.N.S.

Prof. TIKER TIKER : Coordonnateur du Comité Provisoire de Gestion
Mr LUTEKE SHABANTU : Superviseur des activités techniques et scientifiques.
Mr KITOGA MBISO : Superviseur des activités administratives et financières.

II. COMITE DE PATRONAGE

Le Ministère du Plan et de l'Aménagement du Territoire
Le Ministère des Finances
Le Ministère du Budget
La Coopération Française
Le Conseil Supérieur du Portefeuille
La Banque du Zaïre
L'OFIDA

III. CONSEIL SCIENTIFIQUE

Professeurs Docteurs :

OHOTO O. (Fac. Sc. UNIKIN)	KINTAMBU (Fac. Sc. Eco. UNIKIN)
MBAYA K. (ISS et UNILU)	KABUYA K. (Fac. Sc. Eco. UNIKIN)
MUBENGA K. (Fac. Sc. UNIKIN)	MAPHANA (Fac. Sc. Eco. UNIKIN)
MANYA NDJADI (Fac. Sc. UNIKIN et CRSAT)	NGONDO a P. (Dépt Démo. UNIKIN)
MVIBUDULU (ISC et CRSAT)	MAKWALA ma M. (Dépt Démo. UNIKIN)
MBUYI (Fac. Sc. UNIKIN)	TAMBASHE (Dépt Démo. UNIKIN)
LUHANDJULA (Fac. Sc. UNIKIN)	MANDA K. (CRSH)
LUMU (CRENK)	KANGA K. (IPN et ISTM)
KIONI KIA B. (Fac. Sc. Eco. UNIKIN)	LUHAHI a N. (UNIKIS)
ILASHI U. (Fac. Sc. Eco. UNIKIN)	KABASELE ka M. (Rédacteur en Chef/INS)
MUPINGANAYI K. (Fac. Sc. Eco. UNIKIN)	KASHALA T. (Ecole de Santé Publique UNIKIN)
MUNKENI (Fac. Sc. Eco. UNIKIN)	NDONGALA T. (IRES/UNIKIN)
KAMIANTAKO (Fac. Sc. Eco. UNIKIN)	

IV. COMITE DE REDACTION

Redacteur en chef : KABASELE KA MUTOMBO
Docteur en Démographie Directeur des Travaux à l'I.N.S.

Secrétaire de rédaction : LUTEKE SHABANTU
Ingénieur des Travaux Statistiques Attaché des Travaux à l'I.N.S.

Membres :

HUART D. : Statisticien Informaticien et Conseiller Technique Principal de la Coopération Française.	LIMBAKA B. : Démographe et Assistante de Travaux à l'I.N.S.
OUEDRAOGO I. E. : Statisticien Economiste et Conseiller en Formation Statistique du CESD à l'I.N.S.	MAKAYA Mb. : Démographe et Attaché de Travaux à l'I.N.S.
ARONDEL P. : Statisticien Economiste Expert de la Coopération Française à l'I.N.S.	KAYEMBE L. : Démographe et Attaché de Travaux à l'I.N.S.
MUHINDO G. : Statisticien Economiste et Chargé de Travaux à l'I.N.S.	BUNGU M. : Démographe et Attaché des Travaux à l'I.N.S.
LUKAKU Nz. : Statisticien Economiste et Chargé de Travaux à l'I.N.S.	TAMBA M. : Démographe et Attachée de Travaux à l'I.N.S.
NDJUNDU I. : Démographe et Attaché de Travaux à l'I.N.S.	KALENDI M. : Démographe et Attaché de Travaux à l'I.N.S.
MUKUNDA M. : Statisticien et Attaché de Travaux à l'I.N.S.	KABILA K. : Démographe et Attaché de Travaux à l'I.N.S.

LA REVUE ZAIROISE DE LA STATISTIQUE

numéro 1 SOMMAIRE

1.. STATISTIQUE DEMOGRAPHIQUE.

- 17263 1.1.. Niveaux et tendance de la mortalité infantile et juvénile à travers les sous-régions du Zaïre (de 1955 à 1984). *p. 6-18*
- 17264 1.2.. Evaluation de la qualité des séries chronologiques des décès Cas de la ville de Kinshasa de 1970 à 1978. *p. 19-26*
- 17265 1.3.. La santé publique dans les régions : cas de l'Equateur en 1989 *p. 27-36*

2.. STATISTIQUE ECONOMIQUE.

- 2.1.. Méthodologie de l'Indice des Prix à la consommation des ménages au Zaïre.
- 2.2.. Les phénomènes saisonniers dans l'Indice des Prix à la consommation
- 2.3.. L'enquête Budget-Consommation auprès des ménages à Kinshasa

3.. RECHERCHE OPERATIONNELLE APPLIQUEE.

- 3.1.. La résolution de certains problèmes de transports urbains par la théorie des graphes : cas de la région urbaine de Kinshasa

4.. STATISTIQUE GENERALE.

- 17266 4.1.. Oeillade sur les statistiques judiciaires : les dossiers "Divorce" au Tribunal de Paix de la zone de MATETE à Kinshasa *p. 67-74*

5.. INFORMATION GENERALE.

- 5.1.. Le Centre de Formation de l'Institut National de la Statistique
- 5.2.. Quelques chiffres-clé de l'Economie du Zaïre

6.. L'I.N.S A LU POUR VOUS.

- 6.1.. Le Grand Marché Unique Européen de 1993

La Santé Publique dans les régions : Cas de l'Equateur en 1989

par Kabasele Ka Mutombo

La population d'un pays constitue sa richesse fondamentale. C'est par elle et pour elle que se fait le développement national. Il en résulte que la santé publique préoccupe l'humanité entière qui, dans le cadre de l'organisation des Nations Unies, a prêté une attention particulière aux problèmes de santé. Au niveau des Etats, les gouvernements comptent en leur sein un Département entier responsabilisé de la matière du secteur de la santé publique.

Le Zaïre ne fait pas exception à cette situation générale. Dès sa naissance en temps qu'Etat souverain, des services centraux ont toujours été organisés pour coordonner les activités nationales en matière de santé publique, que ces services s'appellent Direction Nationale de la Santé (comme au temps colonial), ou qu'ils portent la dénomination de Ministère de la Santé Publique (cas actuel). La colonisation a introduit au Zaïre le phénomène de l'urbanisation, qui a consacré la naissance de deux mondes : le monde rural et le monde urbain. Le premier englobe les 3/4 de la population et le second le quart restant.(1)

Le caractère déséquilibré du développement national a favorisé la croissance socio-économique des contrées urbaines et repoussé au second plan la partie rurale du pays. Par ailleurs, un clivage s'est établi entre la capitale nationale, Kinshasa, et le reste des Régions du Zaïre. La croissance urbaine amorcée depuis l'Indépendance ne cesse de s'intensifier; alors que la paupérisation conséquente des campagnes secrète dans le même sens l'exode rural. Ce mouvement migratoire dépeuple les villages et y crée un déséquilibre de générations. En effet, le départ des jeunes adultes laisse dans les villages des personnes relativement âgées en présence de tout jeunes. La différence de mentalité due à l'écart de générations réduit la vigueur de l'encadrement éducationnel des vieux sur les jeunes, du fait que la sévérité des parents diminue avec l'âge, et le «laisser faire» tend à s'installer. La baisse de la production qui accompagne l'émigration des forces vives entraîne indubitablement la baisse du pouvoir d'achat, au point que les malades n'arrivent plus à se procurer aisément les soins médicaux adéquats.

L'équipement même des Régions en personnel médical accuse ce déséquilibre que nous déplorons dans le domaine du développement national.

En 1989, le pays comptait 1466 médecins rémunérés par le Département de la Santé Publique. De ce chiffre, 788 évoluaient à Kinshasa où la population avoisine 3.372.000 habitants, et 678 seulement pour le reste du Zaïre dont la population était alors estimée à 30.541.000, soit 90% de la population totale du Pays.(2)

En ces temps où s'élabore le 2e plan quinquennal du Zaïre, il est apparu nécessaire d'examiner la conjoncture sanitaire de la Région de l'Equateur, à titre d'exemple au rang des Régions, et de se demander si la situation actuelle de l'infrastructure, des équipements et des moyens sanitaires de cette région répond

adéquatement aux exigences de la croissance démographique.

Dans ces pages, nous nous proposons d'utiliser les données disponibles à notre portée pour examiner la situation sanitaire de la Région de l'Equateur compte tenu de la variable démographique.

L'intérêt d'une telle étude réside essentiellement en ce qu'elle constitue un exemple d'intégration de la variable démographique dans la planification régionale de la Santé Publique.

Méthode de travail

Au niveau de la collecte des données, nous avons usé de la méthode documentaire. A cet effet, nous avons bénéficié des données des Ministères de la Santé Publique et du Plan d'une part et de l'Institut National de la Statistique d'autre part.

Au niveau de l'analyse, nous nous sommes appuyés sur les méthodes démographiques d'estimation indiscrète, notamment pour la fécondité, la mortalité et les perspectives démographiques.

L'interprétation a été inspirée par des considérations sociologiques, sur le fond de la méthode comparative.

Plan

L'article est présenté en deux parties essentielles : le profil démographique et l'état sanitaire. C'est du rapprochement des données de ces parties respectives que découlera l'ampleur du sous équipement sanitaire de la Région.

PROFIL DEMOGRAPHIQUE

Volume

Au recensement scientifique de 1984, la population de l'Equateur s'élevait à 3.405.512 personnes. Avec ce chiffre, la Région occupait la 5e place juste avant Kinshasa et après Bandundu.

Grâce à l'enquête nationale de 1956 et aux recensements de 1958, 1970 et 1984, il est possible d'avoir une idée claire sur l'évolution de la population de la région.

Tableau n° 1 : Evolution de la population de l'Equateur (1956-1984)

Années	Effectifs		Indice	
	Zaïre	Equateur	Zaïre	Equateur
1956	12.768.756	1.765.840	~100	100
1958	13.540.182	1.801.631	106	102
1970	21.637.876	2.431.812	169	138
1984	29.671.407	3.405.512	232	198

Source: Tableau monté par nous à partir des données disponibles.(3)

Il ressort de ce tableau que la dynamique de la population zaïroise est sensiblement plus forte que celle de la Région de l'Equateur.

En considérant l'année 1970 comme médiane de la période considérée, nous pouvons soutenir que la population régionale connaît une croissance exponentielle. D'abord lente durant les quatorze premières années, son allure s'est sensiblement accélérée durant les quatorze dernières années.

Si la tendance observée de 1970 à 1984 se maintenait, la population de l'Equateur évoluera selon les chiffres du tableau n° 2.

Tableau n° 2 : Evolution de la population de l'Equateur de 1985 à l'an 2.000

Années	Effectifs	Années	Effectifs
1985	3.488.436	1993	4.228.806
1986	3.573.379	1994	4.331.777
1987	3.660.391	1995	4.437.256
1988	3.749.522	1996	4.545.303
1989	3.840.822	1997	4.655.981
1990	3.934.346	1998	4.769.354
1991	4.030.148	1999	4.885.488
1992	4.128.282	2000	5.004.450

Source : Projections I.N.S

Notons que ces projections sont purement indicatives. Elles supposent la prolongation de la tendance passée (1970-1984) avec un taux annuel moyen d'accroissement naturel de 24,35%. Elles n'incluent aucune hypothèse de natalité ou de mortalité ou de phénomènes migratoires.

STRUCTURE

Par entité administrative

Selon le Recensement de 1984, la répartition de la population régionale selon les sous-régions et zones était celle du tableau n° 3.

Tableau n° 3 : Répartition de la Population de l'Equateur par S/Région et Zone

Entité administrative	Total	Hommes	Femmes
Total région	3.405.512	1.672.106	1.733.406
Ville de Mbandaka	125.263	53.540	61.723
Zone de Mbandaka	55.225	28.256	26.969
Wangata	70.038	35.284	34.754
Ville de Zongo	18.072	8.361	9.711
Zone de Nzulu	13.086	6.046	7.040
Wango	4.986	2.315	2.671
S/R de l'Equateur	495.302	242.455	252.847
Zone de Basankusu	84.680	41.799	42.881
Bolomba	96.455	47.327	49.128
Ingende	88.179	42.334	45.845
Bikoro	120.275	59.595	60.680
Lukolela	46.319	23.009	23.310
Makanza	23.542	11.201	12.341
Bomongo	35.852	17.190	18.662
S/R Sud-Ubangi	991.891	478.222	513.669
Zone de Gemena	434.327	208.362	225.965
Budjala	219.365	107.026	112.339
Kungu	216.097	104.013	112.084
Libenge	122.002	58.821	62.181
S/R Nord-Ubangi	527.687	255.832	271.855
Zone de Mobayi-Mbo.	87.933	45.543	42.390
Yakoma	113.725	55.823	57.902
Businga	208.172	100.516	107.656
Bosobolo	117.857	55.950	61.907
S/R de la Mongala	672.097	331.077	341.020
Zone de Lisala	198.794	103.130	95.664
Bumba	325.430	153.124	172.306
Bongandanga	147.873	74.823	73.050
S/R de la Tshuapa	575.200	292.619	282.581
Zone de Boende	145.412	71.662	73.750
Befale	63.045	30.549	32.496
Djolu	102.670	49.745	52.925
Ikela			

Source : INS, Données provisoires du Recensement de la Population de 1984

Il ressort de ce tableau que la sous-région et la Zone les plus peuplées sont respectivement celles du Sud-Ubangi (991.891) et de Gemena (434.327). Remarquons que cette dernière est presque aussi importante que la sous-région de l'Equateur (495.302). Il se pose dès lors un problème de révision du découpage territoriale afin de rendre la même importance démographique aux entités comparables.

En effet, il est à regretter que dans la politique d'investissement et d'équipement des entités en question, l'on ne tienne pas suffisamment compte de la variable

démographique (taille, densité, structure et mouvement).

Selon le sexe

Eu égard au tableau n° 3, la Région de l'Equateur est habitée par plus de femmes que d'hommes. Le rapport de masculinité qui en résulte est de 96,75%.

Ce déséquilibre de sexe, dans une population jeune, où la redistribution du revenu national est discriminatoire avec pour conséquence l'appauvrissement de la grande masse populaire, un excédent de femmes sur les hommes

alourdit souvent le taux de dépendance et contribue au risque de détérioration des mœurs.

Sur le plan sanitaire, la conséquence en est l'extension relativement rapide des maladies contagieuses d'une part, et l'incapacité des chefs de ménage à se soigner ou faire soigner les leurs dans de bonnes conditions.

Selon l'âge

Tableau n° 4 : Structure par âge de la population de l'Equateur. (1984)

Groupe d'âge	Effectifs
0 à 4	17.00
5 à 9	13.84
10 à 14	12.19
15 à 19	10.70
20 à 24	9.71
25 à 29	7.10
30 à 34	5.07
35 à 39	4.41
40 à 44	3.36
45 à 49	3.93
50 à 54	3.60
55 à 59	2.87
60 à 64	2.50
65 à 69	1.60
70 à 74	1.10
75 à 79	0.40
80 et plus	0.25
Groupe inconnu	0.37
Total région	100.00

Source : INS, Données provisoires du Recensement de 1984

La population de l'Equateur s'avère jeune. Son âge médian est de 18,25 ans.

Dans la mesure où l'espérance de vie à la naissance de l'Equateur tourne autour de 45 ans en moyenne, et en présence des taux de natalité et de mortalité élevés, il faut s'attendre à une fréquence élevée d'orphelin de père et de mère ou de l'un d'eux.

La solidarité clanique n'ayant plus la même vivacité que par le passé, il en résulte que bon nombre de ces enfants n'ont aucun soutien significatif et recourent difficilement aux soins de santé primaires.

Mouvement Naturel

Natalité

Des études fort intéressantes existent, soit sur l'évaluation de la qualité des données, soit sur le comportement structurel de la natalité de la ville de Mbandaka.(4) Mais pour l'ensemble de la région, les

données ayant trait au mouvement naturel datent d'avant 1960.

En effet, il ressort de la seule enquête démographique nationale de 1955 à 1957 que le taux brut de natalité de l'Equateur était de 38,8 %. Au niveau des zones, le taux le plus élevé était observé à Gemena (56,4) et le plus bas dans la zone d'Ikela (23,5 %).

Considérée par Sous-Région, la fécondité totale (nombre moyen d'enfants attendu en fin de la vie procréatique d'une femme) variait de 3,69 dans la Tshuapa à 6,09 dans l'Ubangi.(5)

Mortalité

La même source nous informe qu'en 1955-57, le taux brut de mortalité de l'Equateur était de 25,1 % et que la disparité sous-régionale de cet indice était importante. Le taux le plus bas (17,1 %) était observé dans la sous-région de l'Equateur et le plus élevé (25,3 %) dans la sous-région de Tshuapa. A cette époque, la mortalité infantile était déjà fort élevée et s'évaluait à 158 %. L'espérance de vie à la naissance était de 40 ans.

Accroissement naturel

Le taux d'accroissement naturel est l'écart entre les taux de natalité et de mortalité. Dans le contexte de 1955-57, il s'estime à 13,7 %..

Toutefois, nous pensons qu'à cause de l'extension de l'enseignement au Zaïre et de la croissance sensible des taux de scolarisation des filles qui en a résulté, compte tenu par ailleurs de l'élévation de l'âge au mariage entre autres facteurs jouant dans la balance pour l'amélioration du bien être social, que la natalité de l'Equateur s'est sensiblement améliorée et se situerait aujourd'hui à 43 %.. De même, la mortalité aurait baissé pour se situer à environ 20 %. De cette estimation rapide, il découlerait un taux d'accroissement naturel de 23 %..

Mouvement migratoire

La différence entre le taux d'accroissement global de la période 1970-1984 (24,35 %) et le taux d'accroissement naturel (23 %) définit le taux d'accroissement migratoire, soit 1,35 %..

Ce taux se justifie par la naissance des villes telles que GBADOLITE et ZONGO et par la croissance des anciennes cités telles que Gemena et Lisala. Ces agglomérations ont attiré des personnes en provenance des autres régions, principalement Kinshasa et le Haut-Zaïre, qui sont venues se livrer à des activités économiques. Il en est de même que pour les établissements d'enseignement supérieur qui accueillent les étudiants en provenance de toutes les Régions.

Le caractère réduit de ce pourcentage s'explique par le fait que l'Equateur connaît en même temps un grand flux émigratoire (exode) de ses habitants vers Kinshasa ou le Haut-Zaïre. Le chiffre observé est

donc le résultat d'une balance entre les sorties et les entrées.

Problème démographique

Le profil démographique de l'Equateur n'est sans problème sur le plan socio-économique. Sans besoin d'entrer en profondeur sur ce point dont le cadre se prête mieux ailleurs, signalons quelques traits des plus remarquables concernant le problème démographique de l'Equateur :

1. Une mortalité excessive correspond à la baisse de l'espérance de vie à la naissance des populations régionales.

2. Une espérance de vie réduite ne permet pas à l'Etat de rentabiliser des investissements socio-économiques qu'il réalise avec objectif final du bien être social. Si, par exemple, l'Etat supporte pendant une période de 25 à 30 ans le coût de l'éducation d'un citoyen moyen à travers les niveaux primaire, secondaire et supérieur, et si l'espérance de vie régionale ne dépasse guère 45 ans (elle était évaluée à 40 ans en 1955-57), il ne lui sera pas possible de récupérer de ce citoyen une contribution consistante pendant le reste de sa vie, soit environ 13 ans. Cette durée est estimée compte tenu du fait que sortant de l'Université à 30 ans environ, et traînant à la touche pendant 3 ans en moyenne, la personne considérée aura connu une vie active de 13 ans seulement, s'il faut la compter jusqu'à son dernier jour. Il se fait par malheur qu'à cause de la chute libre de la valeur de la monnaie et de la non indexation des impôts de capitation, l'Etat aura à récupérer graduellement ce qu'il aura dépensé, mais en monnaie faible. Il s'en suit bien entendu un problème de rentabilisation des investissements publics et, outre mesure, de la croissance du revenu national.

3. Si l'âge moyen au mariage des jeunes gens (masculins) peut être estimé à 30 ans (il était de 24,2 ans en 1955-57), l'on peut évaluer leur vie conjugale à 15 ans en moyenne. Or si l'espace intergénéral de leurs enfants est de deux ans en moyenne y compris l'espace protogénéral, l'époux laissera à son décès 7 orphelins dont l'aîné, encore jeune, l'aîné ne sera même pas capable d'aider sa mère à supporter le poids de ses frères et soeurs.

La conséquence, c'est qu'il y a ainsi bon nombre de famille où la veuve seule se débat pour élever ses enfants. Il n'y a donc aucune garantie que dans de telles familles, les enfants réussissent leur vie.

4. La durée moyenne de vie étant relativement courte et les parents se débattant pour vivre dans un cadre de vie très hostile, ils n'arrivent pas comme autrefois à entretenir un dialogue entre eux et leurs enfants.

Travaillant pendant plus de 10 heures par jour en moyenne et dépendant d'un régime alimentaire pauvre, la fatigue les mine au point qu'ils n'ont même pas le temps d'aider leurs enfants à revoir leurs leçons.

5. La capacité des citoyens à épargner étant manifestement nulle en présence d'un pouvoir d'achat inexistant, une fécondité prolifique ne fait que diminuer leur capacité de s'offrir des soins de santé convenables.

Les conséquences socio-économiques du problème démographique sont nombreuses, mais nous n'avons à titre d'exemple épinglé ici que quelques unes.

Dans la suite, examinons la dimension de la santé publique en rapport avec le profil démographique de la Région de l'Equateur.

INFRASTRUCTURE

Dans le diagnostic établi en 1985, pour le premier plan quinquennal, il était noté ce qui suit :

«En ce qui concerne la santé, on assiste non seulement à la détérioration des formations médicales existantes mais également à la diminution du niveau du personnel.

La région compte 64 hôpitaux et 402 dispensaires d'une capacité d'accueil totale de 8.124 lits. Le nombre de médecins oeuvrant dans les différentes formations médicales de l'Etat, des sociétés et des missions s'élève à 108, soit une moyenne d'un médecin pour 31.527 habitants».(6)

Aujourd'hui encore, la région dispose d'une infrastructure de services de santé des plus incomplets et mal équipés. Ce problème cause d'énormes difficultés à la population rurale d'accéder facilement aux soins de santé. La quantité des équipements se présente de la manière synthétisée par le tableau n°5.

Tableau n° 5 : Quantité des équipements de santé (1986)

Libellés	Effectifs
Zones de santé	33
Hôpitaux	63
Centre de santé	263
Léproserie	7
Sanatorium	1
Dispensaires-maternité	40
Laboratoires médicaux	2
Ecole médicale (IEM)	1

Source : Diagnostic de la Région de l'Equateur, Département du Plan, 1989.

Ces équipements totalisent un effectif de 8.862 lits.

La répartition géographique des formations médicales nous est fournie par le tableau n° 5.

Tableau n° 6 : Répartition des formations médicales par sous-régions.

Sous-Région	Effectifs	
	Hôpitaux	Centres/Santé
Mbandaka	4	4
Zongo	1	1
Tshuapa	11	27
Equateur	11	38
Mongala	07	33
Nord-Ubangi	10	89
Sud-Ubangi	8	73

Source : *Diagnostic de la Région de l'Equateur, Département du Plan, 1989.*

Pour mieux apprécier l'impact de cette infrastructure sur la réalisation de la santé régionale, mesurons au préalable dans le tableau n° 7 la population et la superficie moyennes par hôpital.

Tableau n° 7 : Population et superficie moyenne par hôpital selon la sous-région (1986).

Sous-région	Population	Superficie Km ²	Hôp.	Pop/Hôp.	Rayon Km
Mbandaka	202.216	460	04	40.443	10,7
Zongo	18.234	1.045	01	18.234	32,3
Equateur	642.534	103.444	12	53.544	92,8
Tshuapa	668.976	132.957	09	74.973	121,5
Mongala	759.736	58.141	10	75.973	76,2
Nord-Ubangi	717.001	56.152	11	65.181	71,4
Sud-Ubangi	1.178.078	50.603	15	78.538	58,1
R/Equateur	4.146.775	403.292	63	65.504	80,0

Source : *Tableau élaboré par nous à partir des données de l'Institut National de la Statistique et du Département du Plan.*

Ainsi qu'on peut le constater, la couverture hospitalière est fort modique. Les distances à parcourir avec les malades sont considérables et, en présence d'une voirie défectueuse et d'un système de transport en commun inexistant, la situation sanitaire prévalant dans la région de l'Equateur s'avère pénible.

A ceci s'ajoute la rareté des médicaments et appareils de soins, le manque de motivation du personnel le coût des traitements confrontés à l'absence totale de tout système d'assurance-maladie, la faiblesse de la médecine préventive, etc.

Le détail sur l'équipement des établissements médicaux est contenu dans le tableau n° 8.

Tableau n° 8 : Population et superficie moyennes par médecin et lit d'hôpital (1989).

Libellés	Effectifs
Population	3.840.822
Superficie	403.292
Médecins	79
Lits	8.922
Pop./Médecin	48.618
Pop./Lit	430
Rayon/Médecin	71,4
Rayon/Lit	6,7

Source : *Tableau élaboré par nous à partir des données de l'I.N.S du Ministère du Plan.*

A la vue de ces chiffres, il appert que la couverture sanitaire de l'Equateur est encore loin de sécuriser les habitants de cette région selon les normes de l'O.M.S.

En effet, la région compte un médecin pour 48.618 personnes et les malades qu'il consulte parcourent en moyenne 75,4 km pour l'atteindre. Selon l'O.M.S., la situation idéale est d'un médecin pour 12.000 habitants. Selon cette norme, l'Equateur aurait dû compter 321 médecins et réduire son rayon par médecin à 35 km. Comme on peut le constater, le déficit est très important.

Dans le cadre du Plan quinquennal, il devra être tenu compte de la croissance démographique pour augmenter progressivement le nombre de médecins. Pour maintenir la conjoncture de 1989 durant le deuxième plan, nous indiquons dans le tableau n° 9 le nombre de médecins qu'il faudra compter en service chaque année.

Par souci de comparaison avec les chiffres requis par la norme de l'O.M.S., nous notons ceux-ci en égard de ceux-là correspondants, afin de dégager aisément l'état manuel des besoins.

Tableau n° 9 : Evolution de l'effectif de médecins 1989-1995

Années	Effectifs requis par conjoncture 1989	Effectifs requis norme O.M.S.
1989	79	321
1990	81	328
1991	83	336
1992	85	344
1993	87	351
1994	89	358
1995	91	365

Source : *Tableau élaboré par nous selon la conjoncture de 1989.*

L'évolution révélée par ce tableau montre que si le planificateur veut préserver en Equateur la conjoncture sanitaire de 1989 durant les années couvertes par le deuxième Plan quinquennal, il devra d'ici 1995 affecter dans cette région 12 nouveaux médecins. Mais cette conjoncture s'avérant déjà médiocre, il est bon d'axer les efforts du Plan sur l'atteinte des objectifs en accord avec les normes de l'O.M.S. Dans ce cas, le nombre additif des médecins à atteindre au terme du Plan sera de 286. Il va de soi que l'engagement et l'affectation devront tenir compte d'une part de la spécialité des médecins, et d'autre part de l'équilibre des membres de ce personnel dans les sous-régions respectives. Sur ce point, notons que toutes les catégories du personnel médical sont représentées en Equateur mais à un nombre insuffisant comme le révèlent les données du tableau n° 10.

Tableau n° 10 : Répartition du personnel médical et paramédical par spécialité.

Spécialités	Effectifs		Besoins
	Observé	Normatif	
Médecins	179	320	206
Pharmaciens	2	64	62
Dentistes	2	110	108
Administrateurs	24	192	168
Infirmiers A1	28	64	36
Infirmiers A2	184	1.280	1.096
Technicien Labo	6	116	110
Kinésith.	4	128	124
Nutr.	1	128	127
Technicien RX	5	77	72
Tech. Assain A2	83	1.280	1.197
Infirmiers A3	1.104	3.840	2.736
Anesthésistes	2	77	75

Source : Ministère de la Santé Publique.

Dans ce tableau, les besoins en cadres sont énormes. Déjà en 1989, l'on était loin de la réalité. Avec la croissance démographique de la région, la situation ne fait que s'empirer.

L'atteinte des normes de l'O.M.S. peut être envisagée durant la période du deuxième Plan par effectif annuel complémentaire par cadre. Une telle procédure aiderait par ailleurs à la résorption du chômage au niveau de médecins et d'autres cadres para-médicaux.

Enfin, notons qu'avec la croissance de la population, ces taux de couverture des cadres médicaux sont sensés tomber d'année en année du fait que l'effort de la médecine préventive tel que développé par les moyens actuels, ne suit pas la croissance démographique régionale.

Pourtant, dans la mesure où cette médecine est moins coûteuse que la médecine curative, l'Etat devrait y accorder une importance particulière dans les plans de développement.

Le nombre de lits d'hôpital est insuffisant et sa répartition inégale. Le deuxième Plan devrait également en augmenter le nombre et veiller à l'équilibre de la répartition sous-régionale compte tenu de la croissance démographique.

MORBIDITE

La statistique épidémiologique véhiculée pour l'instant par le Ministère de la Santé est fort peu fiable et ne mérite même pas d'être publiée. Cette situation s'explique grosso-modo à partir des faits suivants :

1. le nombre de cas retenus par malades est celui enregistré dans les établissements médicaux et traduit donc le nombre de personnes qui ont bien voulu s'adresser à ces établissements;

2. l'accessibilité relativement réduite de ces établissements (voir leur rayon) est la cause principale du bas niveau de leur couverture;

3. le caractère fort réduit de la qualification technique des soins de santé remet en cause les diagnostics posés et donc l'évolution de la fréquence des cas.

Pour cette raison, il nous est apparu opportun de ne signaler que les maladies rencontrées en région en 1988, selon le diagnostic élaboré par le Comité Régional de Planification en 1989.

1. Maladies épidémiques

- La poliomyélite
- La choléra
- La rougeole
- La grippe
- et le sida tout récemment

2. Maladies Parasitaires

- Filariose à onchocerc volvulus
- Filariose à Loaloa
- Filariose non spécifique
- Ankylostomiase
- Ascariose
- Amibiase
- Schistosomiase vésicale et intestinale
- Paludisme
- Trypanosomiase
- Mycoses
- Gales

3. Les déficiences mentales résultant de la consommation de l'alcool et de la drogue se rencontrent çà et là en Equateur.

4. Les maladies carencielles

- Kwashiorkor
- Le goitre (particulièrement endémique)

5. Les maladies dégénératives

- Rhumatisme
- Arthryte
- Spondylite

6. Les maladies infectieuses

- Tuberculose
- Blennorragie
- Tétanos

Ainsi que nous l'avons déjà signalé, la plupart de ces maladies peuvent être évitées par le truchement de la médecine préventive, l'amélioration de la nutrition et le suivi de la santé de la population par surveillance du tableau de bord composé par les indicateurs de santé, de la réalisation des études sectorielles profondes sur certains aspects de la Santé Publique Régionale.

EQUIPEMENT EN MEDICAMENTS

La médecine curative repose sur l'utilisation de produits pharmaceutiques en provenance de Kinshasa. Cet approvisionnement se fait régulièrement mais rencontre quelques problèmes, notamment :

1. le type de médicaments reçus ne concorde pas avec la structure de maladies, si bien que certains médicaments ne trouvent pas leur utilisation adéquate;
2. l'enclavement de certains milieux complique leur approvisionnement en médicaments en temps opportun;
3. l'étendue énorme de la région et les moyens de transport difficiles ne permettent pas de livrer les produits partout dans les détails souhaités;
4. l'insuffisance de dépôts pharmaceutiques réglementaires qui ne permet pas de garder les médicaments dans les conditions prescrites;
5. le pouvoir d'achat très faible de la population régionale qui ne lui permet pas de se procurer en temps utile les produits prescrits dans les ordonnances.

Dans le cadre du deuxième Plan quinquennal, un effort conséquent est exigé de l'Etat qui devra faire mener une étude préalable sur ce point de sorte à garantir l'approvisionnement de la région en médicaments dans les meilleures conditions.

CONCLUSION

Dans le souci d'éclairer le lecteur sur le profil démographique et dimension de la santé publique dans la Région de l'Equateur, nous avons rédigé le présent

article dont voici les points qui tissent la conclusion générale :

1. Le profil démographique de la Région se traduit par une natalité prolifique, une mortalité relativement élevée et un taux d'accroissement global (de la population) de niveau moyen.

2. Le haut niveau de la natalité est une réplique populaire au niveau élevé de la mortalité, dans ce sens que si un bon nombre d'enfants d'une mère sont emportés par le décès, elle puisse garder un bon nombre. Notons que dans la société rurale, c'est le nombre de bras (force physique) qui garantie le rendement.

3. La mortalité régionale est tributaire, surtout, de l'état défectueux de l'environnement, de la rudimentarité des notions d'hygiène, de l'extension facile des maladies contagieuses, de la malnutrition, du faible pouvoir d'achat des chefs des ménages qui les rend incapables de s'offrir des soins médicaux convenables, de la faible ou absence de toute politique individuelle ou collective de prévention des maladies.

La réduction de la mortalité générale dépend essentiellement de:

- l'approfondissement des études socio-démographiques sur ce phénomène, afin d'en connaître l'état, la structure selon diverses variables, les causes et la tendance;
- le discernement des groupes d'âges où la mortalité est meurtrière et toujours en hausse, pour s'attaquer aux maladies particulières à ces groupes d'âges;
- le relèvement sensible du pouvoir d'achat des travailleurs;
- le contrôle permanent de la qualité des soins et des médicaments;
- l'adéquation médicaments/maladies et formation/emploi dans le secteur de la santé;
- la valorisation de la médecine traditionnelle, l'assainissement du milieu, l'adduction des villages en eau potable, l'éducation de la population en matière de lutte contre les endémies.

Au niveau de la santé, signalons la faiblesse des taux de Population/Médecin et Population/Lit d'hôpital, le faible degré de cohérence des programmes initiés dans les différents domaines de la santé, la répartition déséquilibrée des établissements médicaux, l'absence de contrôle des médicaments des campagnes d'hygiène, des programmes d'éducation populaire et de l'eau potable.

L'amélioration de la santé publique de l'Equateur devra passer par :

- l'adoption des programmes d'équipement des hôpitaux, des méthodes et procédures modernes dans l'administration des soins
- la spécialisation du personnel;
- le renforcement de la politique des soins de santé primaire.

Références et Bibliographie

(1) INS : Résultats provisoires du Recensement de 1984 exploité au 1/10e, INS, Kinshasa, 1988.

N.B. : La répartition de la population régionale selon le milieu est une donnée mouvante, on connaît les difficultés du terrain pour dissocier la population urbaine de la rurale.

L'on se contente souvent des ordres de grandeurs.

(2) Département de la Santé : Banque des données micro-informatisée, Cabinet Ministre à la Santé Publique, Kinshasa, 1989.

(3) Pour l'enquête de 1956 et les recensements de 1958, 1970 et 1984, se référer à l'Institut National de la Statistique.

Direction de la Démographie et Documentation.

(4) KABASELE KA MUTOMBO :

Evaluation de la qualité des données démographiques de base disponibles sur le mouvement naturel au Zaïre, INS, Collection Etudes Statistiques, n° 12, 1978.

(5) Romaniak (A) :

La fécondité des populations congolaises, Mouton et IRES, Paris 1967.

(6) Ministère du Plan :

1er Plan quinquennal de Développement Economique et Social (1986-1990), Kinshasa, Mars 1986.