

ETUDE
SUR LE FONCTIONNEMENT DES CENTRES
DE SANTE URBAINS DE BANGUI



E M P I R E C E N T R A F R I C A I N

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA POPULATION

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA POPULATION

DIRECTION DE LA SANTE URBAINE ET DES HOPITAUX GENERAUX

E T U D E

SUR LE FONCTIONNEMENT DES CENTRES DE SANTE URBAINS

DE

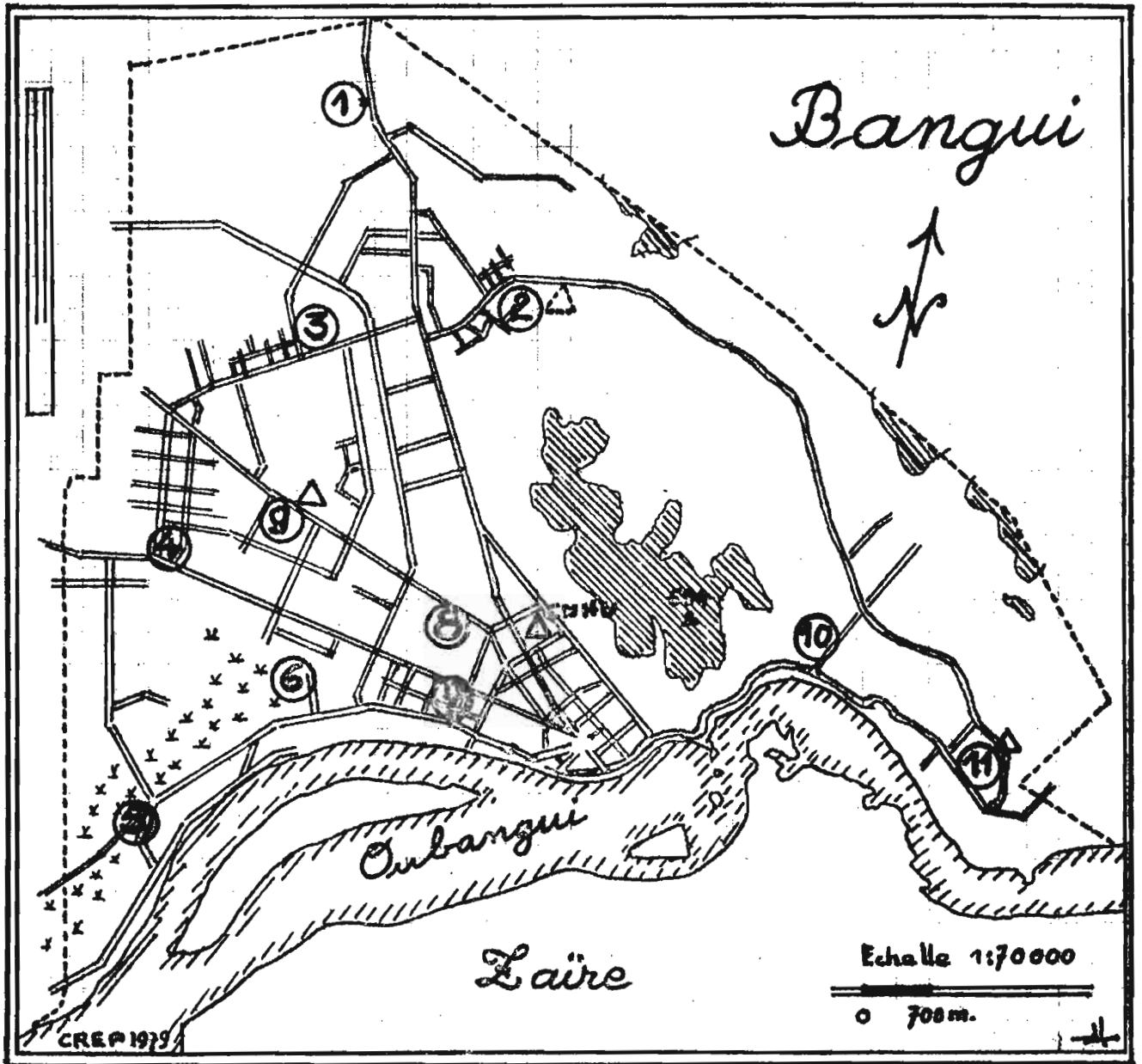
B A N G U I

Docteur J.P. GELOT
Médecin-Chef des C.S.U.

Docteur Soeur Côme BUTOR
Médecin-Adjoint.

Michel FRANCOIS
Statisticien Démographe
de l'INSEE CREP-UDEAC.

Pierre DUBOZ
Démographe de l'ORSTOM
CREP-UDEAC.

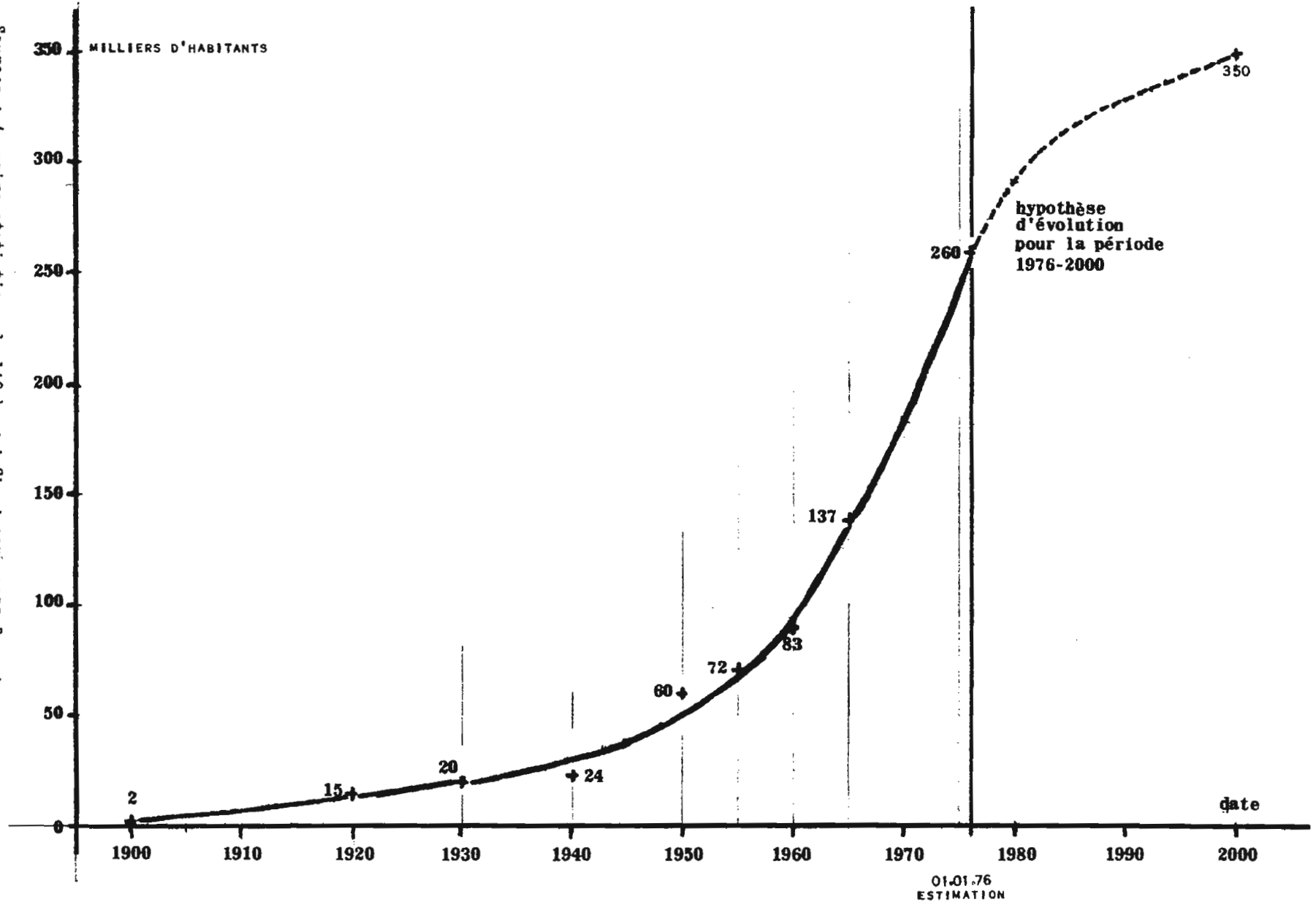


- | | |
|-------------------------|-------------------------|
| ○ | <u>DISPENSAIRES-PMI</u> |
| 1 | GOBONGO |
| 2 | BOY-RABE |
| 3 | MALIMAKA-MUSTAPHA |
| 4 | MAMADOU M'BAÏKI |
| 5 | PETEO |
| 6 | YAPELE |
| 7 | LAKOUANGA |
| 8 | OFFICE |
| 9 | CASTORS |
| 10 | NGARAGBA |
| 11 | OUANGO |
| C N H U HÔPITAL GÉNÉRAL | |

- | | |
|-------|---|
| | <u>LÉGENDE</u> |
| ----- | PÉRIMÈTRE URBAIN |
| | FLEUVE OUBANGUI |
| | COLLINE AU-DESSUS DE 500m
POINT CULMINANT 594m |
| | AÉROPORT |
| | RUES PRINCIPALES |
| ○ | DISPENSARE - PMI |
| △ | MATERNITÉ |

LA POPULATION DE BANGUI, EVOLUTION DE 1900 à 2000

Sources : Annuaire statistique de l'Oubangui Chari 1940-1955 Bangui
Population urbaine et rurale. Perspectives d'évolution 1970-1985 Paris
Centre Régional d'Etude de Population UDEAC Bangui



LA VILLE DE BANGUI

La ville de BANGUI (cf. carte au 1/70.000) est construite sur la rive droite de l'Oubangui, en amont de son confluent avec la Mpoko.

D'une superficie de 66 kilomètres carrés pour un périmètre urbain de 40 kilomètres, BANGUI se caractérise, à l'est par les collines de Bazabangui - point culminant à 594 mètres - à l'ouest et au centre par une plaine marécageuse - terrain plat entre 350 et 400 mètres - au nord par deux quartiers légèrement plus haut - Gobongo et Boy Rabe, 420 à 430 mètres -.

BANGUI se trouve à la limite de la zone tropicale et de la zone équatoriale. On distingue une courte saison sèche - Décembre à Février - et une longue saison des pluies - Mars à Novembre, 200 jours de pluies, 154 centimètres de hauteur de pluies dont 235 millimètres en Août -. La température moyenne de l'année est de 26 degrés centigrades - écart maximum : 11°4 la nuit et 39°5 le jour -. L'humidité est relativement constante toute l'année. Le vent dominant du sud-ouest la mousson, est humide ; parfois l'harmattan, vent sec, souffle du nord-est.

L'histoire de la ville de BANGUI commence en 1889, c'est le terminus de la navigation sans rupture de charge sur le Congo et l'Oubangui, au départ de Brazzaville.

En 1910, BANGUI devient le Chef-lieu du Territoire de l'Oubangui, on y compte 6 à 7 000 habitants. Pendant la période 1920 à 1930 se construit un réseau routier reliant la capitale aux provinces. Le premier plan d'urbanisme date de 1946. BANGUI en 1958 devient la capitale de la République Centrafricaine, elle compte près de 80 000 habitants.

Des archives et documents disponibles, on a pu reconstituer l'évolution démographique et, sous réserve des résultats du dernier recensement, proposer une hypothèse d'évolution pour la période 1976 - 2000 (cf. graphique de la population de Bangui, évolution de 1900 à 2000).

Entre 1950 et 1970, BANGUI a connu, comme beaucoup de capitales du Continent Africain, un accroissement élevé de l'ordre de 7 % par an. En faisant l'hypothèse d'un taux moyen annuel d'accroissement naturel de 2,5%, on peut estimer les migrants à 26 000 pour la période 1960-1965, 31 000 pour la période 1965-1970, 32 000 pour la période 1970-1975. Le rythme de 6 à 7 000 migrants par an tendrait à se stabiliser depuis 1975, probablement à régresser.

En attendant les résultats du recensement, on estimera la population de la capitale de l'Empire Centrafricain au 1er Janvier 1976 à 260 000 habitants. La densité moyenne au kilomètre carré serait donc de 3 900 habitants, mais en excluant les zones non habitées des collines, il faut compter pour les quartiers, près de 6 000 habitants au kilomètre carré.

On distingue officiellement 135 quartiers pour 4 arrondissements de populations très inégales estimées à : 20 000 habitants au sud-est (1er arrondissement), 54 000 au sud-ouest (2ème arrondissement) 160000 au centre-ouest et nord-ouest (3ème arrondissement), 26 000 au nord-est (4ème arrondissement).

Ainsi, à BANGUI, citadins, néo-citadins et migrants composent un environnement humain complexe. Plus de 200 000 habitants résident sur la plaine marécageuse où l'écoulement des pluies - 200 jours par an - ne se fait que très lentement par manque de pente et des quartiers sont inondés aux fortes pluies. Problèmes humains, effets de l'urbanisation, densité, conception et taille des logements, problème des pluies, alimentation et bien d'autres questions encore qu'il faudrait pouvoir aborder pour en étudier les relations avec la santé.

En tout état de cause, l'implantation, la structure et le développement de BANGUI nécessitent une assistance médicale dense axée sur la santé de la famille : 45 % des habitants n'ont pas 15 ans et les enfants constituent un groupe qui réagit plus nettement que les adultes aux variations des facteurs agissant sur la santé - le groupe des femmes en âge fécond - 15/49 ans - représente 25 % de la population, il est lui aussi très sensible à ces variations.

LES CENTRES DE SANTE URBAINS DE BANGUI

La majorité de la population urbaine et suburbaine de BANGUI ne pouvant, faute de moyens financiers appropriés, accéder aux consultations et aux soins de la médecine libérale et prétendre à l'achat de médicaments en conditionnements individuels dans les pharmacies privées, il a été créé, dans un but humanitaire et social, des dispensaires mettant à la portée de tous une assistance médicale et sociale de qualité.

Ces dispensaires, sans cesse améliorés dans leur équipement, complétés par des Centres de Santé Maternelle et Infantile et des Maternités, sont devenus des Centres de Santé Urbains harmonieusement répartis dans le périmètre de la ville de BANGUI. Cette conception originale de médecine populaire regroupant dans des locaux voisins les activités médicales et sociales permet une unité d'action et une meilleure vue d'ensemble des perspectives à atteindre.

Les Gouvernements de la République Centrafricaine, puis de l'Empire Centrafricain, ont accompli des efforts considérables dans les domaines de la construction des bâtiments, de leur équipement et de la formation d'un personnel nombreux et compétent. Cette oeuvre de longue haleine, qui a demandé des sacrifices financiers en matière d'investissement, n'a cependant jamais été parachevée faute des crédits de fonctionnement et d'exploitation appropriés qui ont toujours plus ou moins fait défaut.

Une Direction de la Santé Urbaine, commune avec la Direction des Hôpitaux Généraux, a bien été créée en 1974. Mais aucun crédit n'a été inscrit au profit des Centres de Santé Urbains sur le budget Santé de l'Etat Centrafricain. Les activités, notamment en ce qui concerne l'entretien des locaux, le fonctionnement du matériel roulant, du matériel technique et d'exploitation ainsi que le travail de secrétariat et des fichiers, ont considérablement été entravées faute d'un minimum de moyens.

L'implantation des Centres de Santé Urbains a eu lieu chronologiquement de la façon suivante :

LES DISPENSAIRES

Avant 1950 il n'existait qu'un seul dispensaire pour toute la ville de BANGUI ; il s'agissait d'une annexe de l'Hôpital dépendant du Secteur 11 du SGHMP dont le siège était à Brazzaville ; une petite infirmerie créée en 1950, améliorée et agrandie au fil des années, fonctionnait parallèlement au kilomètre 5 (Mamadou Mbaïki).

En 1955, la Direction de la Santé Publique conformément au plan de développement de la Santé Urbaine, fait construire cinq dispensaires à : Lakouanga, Boy Rabé, Ouango, Ngaragba - début 1955 - et quartier des Castors - fin 1955 - ; leur fonctionnement reste sous la direction du Médecin-Chef du Secteur 11 du SGHMP de Brazzaville.

A partir de Mars 1955, un médecin-adjoint pour les dispensaires urbains est recruté : le Docteur Soeur Côme BUTOR.

En 1957, les Dispensaires Urbains deviennent autonomes, un médecin-chef y est affecté indépendamment du SGHMP.

En 1958, l'Office Centrafricain de Sécurité Sociale subventionne la construction d'un dispensaire destiné à la lutte anti-vénérienne. Ce dispensaire est devenu le Centre de Santé Urbain de l'Office Centrafricain de Sécurité Sociale.

En 1962, l'OCSS finance la construction du dispensaire de Mamadou Mbaïki (Km. 5) à l'emplacement de l'ancienne infirmerie. Ce dispensaire, trop exigu, ne sert alors qu'une fois par semaine aux activités de protection maternelle et infantile.

En 1964, de nouveaux crédits de l'OCSS permettent de créer un dispensaire à Bégoua.

En 1965, une subvention de l'OCSS sert à agrandir et à agencer le dispensaire de Mamadou Mbaïki qui entre en fonctionnement effectif.

En 1965 et 1966, la Mairie de BANGUI fait construire les dispensaires de Pétévo, Malimaka et Gobongo. Ce dernier n'entre en fonctionnement que le 1er Mars 1975 du fait de l'intervention de religieux qui prennent en charge des travaux de réparation et d'aménagement indispensables à sa mise en service.

En 1974, est construit le dispensaire de Yapélé financé par le Secours Catholique Suisse.

En 1975, le programme d'implantation des dispensaires dans les différents quartiers de la ville est réalisé, ils deviennent les Centres de Santé Urbains de BANGUI.

LES CENTRES DE SANTE MATERNELLE ET INFANTILE

Avant 1956 les consultations de protection maternelle et infantile sont faites à la maternité de l'Hôpital par une seule sage-femme secondée par des matrones.

En 1956, une sage-femme Togolaise est chargée des consultations PMI dans tous les dispensaires de la ville de BANGUI, soit : à Lakouanga, Boy Rabé, Ouango, Ngaragba et Castors ; elle assure les consultations prénatales le matin, et les consultations des nourrissons l'après-midi.

En 1960, est créée une équipe mobile composée d'une sage-femme et de plusieurs aide-soignantes appointées par l'OCSS. Cette équipe mobile assure les consultations prénatales et des nourrissons dans les dispensaires existants.

En 1963, l'équipe mobile PMI est dotée d'un véhicule.

En 1965, un second véhicule est attribué au service de la PMI et le personnel est réparti en deux groupes : l'un assurant les consultations prénatales, l'autre celles des nourrissons.

En 1971, sont créés des PMI à poste fixe pour la consultation des nourrissons, la sage-femme continuant à avoir des activités mobiles.

La même année, une aide de l'USAID permet la construction de Centres de PMI. La PMI des Castors est inaugurée fin 1971 mais ne sera complètement terminée et fonctionnelle qu'en 1973, il y manquait une pièce supplémentaire et une véranda.

En 1972, sont mises en fonctionnement les PMI de Mamadou Mbaiki, de Malimaka et de Boy Rabé.

En 1973, celles de Lakouanga et de Pétévo.

En 1974, la PMI de Yapélé est construite grâce à une subvention de l'Organisation des Enfants Catholiques Allemands.

Puis l'USAID continue son oeuvre et, sont ainsi ouverts au public, les Centres PMI de Gobongo - 1975 - de Ouango - 1977 - et de Ngaragba - 1979.

Actuellement il manque une dernière réalisation, celle du Centre PMI du CSU de l'Office qui est en cours de construction, financée par des crédits d'action sociale de l'OCSS.

Les Centres de Protection Maternelle et Infantile deviennent Centres de Santé Maternelle et Infantile en 1977.

LES MATERNITES

En raison de l'accroissement considérable de la population banguissoise, de l'élévation du niveau d'hygiène, de la prise de conscience par les femmes enceintes de l'utilité de l'accouchement en milieu hospitalier et de l'augmentation de la natalité, la Maternité de l'Hôpital ne permettait plus de répondre à une demande sans cesse croissante.

Le Ministère de la Santé Publique de l'Empire Centrafricain a donc lancé un programme d'équipement et de formation du personnel qui a permis rapidement d'accueillir, dans de bonnes conditions, une grande partie des parturientes.

En 1975, l'USAID finance la construction de la maternité de Ouango (7 lits) qui, rapidement, s'avère d'une capacité insuffisante. Cinq lits supplémentaires ont dû être ajoutés dans la grande salle du Centre de Santé Maternelle et Infantile.

En 1977, une maternité de conception moderne, bien équipée et de construction soignée, est inaugurée au SCU des Castors. Elle est due à une subvention FAC de la Mission de Coopération Française. Sa capacité est de 40 lits.

En 1979, sera inaugurée la maternité du SCU de Boy Rabé subventionnée par l'USAID ; sa capacité sera de 15 lits et permettra de décongestionner la maternité du SCU des Castors, trop encombrée.

La création d'une nouvelle maternité dans les quartiers de Pétévo et de Yapélé est à l'étude.

Les SCU de BANGUI se composent donc actuellement de :

- 11 Dispensaires
- 11 Centres de Protection Maternelle et Infantile
- 3 Maternités.

Les effectifs théoriques sont, en général, réalisés compte tenu des stages de formation et de recyclage qui sont proposés aux personnels depuis la création de la Faculté des Sciences et de la Santé.

Ils sont de :

- 7 Médecins
- 11 Assistantes Sociales
- 11 Infirmiers majors techniciens confirmés
- 25 Sage-femmes
- Plus de cent personnels paramédicaux
- Une cinquantaine d'Agents d'exploitation.

LES ACTIVITES DES CENTRES DE SANTE

MATERNELLE ET INFANTILE

Les 11 Centres SMI, indépendants dans leur fonctionnement, sont, administrativement et disciplinairement, intégrés aux Centres de Santé Urbaine et dirigés par une Direction et une Chefferie communales.

Leurs activités présentent un triple aspect :

- Préventif - consultations prénatales.
consultations post-natales.
vaccinations des femmes enceintes.
pesées et vaccinations des enfants.
séances d'éducation sanitaire.
séances d'initiation à la diététique maternelle et infantile.
- Curatif - consultations des nourrissons et enfants du deuxième âge.
consultations de gynécologie et d'obstétrique.
traitement des affections gravidiques et du post-partum.
- Social - visites à domicile
consultations par les assistantes sociales et aide-sociales

Chaque Centre de Santé Maternelle et Infantile dispose d'un personnel dévoué et de bon niveau technique, en général expérimenté, soit :

- une assistante sociale.
- une sage-femme.
- une aide-accoucheuse.
- une ou plusieurs infirmières.
- une ou plusieurs aide-sociales selon l'importance et la fréquentation du Centre.

Les enfants du premier âge - moins de deux ans - et ceux du deuxième âge - plus de deux ans - sont fichés sur des cartons imprimés, numérotés.

Un carnet de maternité est ouvert à chaque inscription de femme enceinte.

Ces renseignements, toujours portés avec soin sur fiches, carnets et registres, nous permettent de donner actuellement des précisions sur les activités des Centres SMI depuis plus de dix ans.

Cependant ce travail, d'une extrême importance, ne pourra plus être poursuivi si des crédits destinés à l'achat du matériel de bureau et de la papeterie indispensables ne sont pas rapidement mis en place au profit des Centres de Santé Urbains qui ont fait appel, jusqu'ici, à des dons extérieurs.

1 - PROTECTION MATERNELLE

Il est remarquable de constater une fréquentation élevée des Centres SMI. Les femmes enceintes sont très motivées par l'action des personnels du secteur social, et les conseils prodigués par les sage-femmes.

A - Effectifs des inscrites (figure n° 1)

Les femmes se présentent régulièrement avant la fin du troisième mois de la grossesse ; un diagnostic de grossesse est effectué et un carnet de maternité est ouvert par la sage-femme.

De 3 500 en 1953, le nombre des inscrites est passé à 13 500 en 1978. La population de BANGUI a probablement doublé pendant cette période mais l'accroissement du nombre des inscrites est de près de 400 %. Ceci indique une prise de conscience de l'utilité du service SMI et de son efficacité.

L'analyse des résultats entraîne les constatations suivantes :

- La chute des effectifs inscrits en 1966 est le reflet d'un laisser-aller et de certaines lacunes imputables au personnel responsable, vite repris en main dès 1967.
- La baisse des activités du Centre SMI des Castors en 1967 est due à l'ouverture du Centre de Malimaka.
- La baisse des activités du Centre SMI de l'OCSS est due à l'ouverture de celui de Lakouanga en 1964.
- Il en est de même pour le Centre SMI de Lakouanga à l'ouverture de celui de Yapélé en 1974.

D'autre part, les activités, en ce qui concerne le nombre des femmes enceintes inscrites, continuent à baisser au Centre de Lakouanga et, de façon plus sensible, au C.S.U. de l'OCSS. La population se déplace progressivement vers les quartiers périphériques, le centre ville devenant peu à peu le quartier du commerce et des affaires. Il est à noter aussi une certaine désaffection pour un service de nature sociale, populaire pour les personnes aisées qui sont attirées par des prestations payantes plus individualisées.

B - Consultations des femmes (figure n° 2)

Les consultations prénatales sont régulièrement effectuées au troisième, sixième et huitième mois de la grossesse. Elles sont passées de 15 500 en 1972 à plus de 39 000 en 1978. Ceci indique une bonne discipline d'ensemble, le chiffre des consultations étant près de trois fois celui des inscrites. Les femmes font preuve d'assiduité et la plupart des absences sont dues à des voyages en Province auxquels il faut ajouter les avortements précoces.

Le nombre des consultations post-natales, approximativement égal à celui des inscrites, est nettement moins satisfaisant. Deux consultations post-natales devraient être effectuées et les femmes ne se déplacent généralement qu'une seule fois pour être examinées après la naissance de leur enfant.

En 1976 et 1977, il a été remarqué une chute des activités dans les Centres SMI de Mamadou Mbaïki surtout, et de Malimaka. Ceci est dû à un comportement insuffisant de sage-femmes étrangères. Les activités sont normalement repris un rythme ascendant dès leur remplacement par des sage-femmes centrafricaines plus accessibles et mieux comprises par la population.

C - Vaccinations des femmes contre le tétanos (figure n° 3)

Elles sont tributaires de l'apport en vaccin. Ainsi en 1978 la couverture est devenue satisfaisante, l'immunité de 50 % des effectifs étant atteinte, en raison d'une aide apportée par un organisme de coopération internationale. Habituellement il est demandé aux femmes d'acheter leurs vaccins, ce qui est difficile à obtenir.

Le nombre de tétanos ombilicaux demeure assez élevé et peu en rapport avec le nombre des vaccinations qui a toujours été trop faible pour avoir une signification statistique.

	<u>Femmes enceintes vaccinées</u>	<u>Cas de Tétanos ombilicaux</u>	<u>Guéris</u>
1974	5 797	28	11
1975	4 954	37	11
1976	4 337	27	10
1977	4 413	17	-
1978	7 004	22	8

Les femmes n'ont pas été vaccinées en 1971, 1972, 1973. Il semblerait qu'à ces dates les cas de tétanos ombilicaux aient été plus nombreux.

D - Pathologie gynécologique

Une étude effectuée sur un groupe de 1 200 femmes âgées de 17 à 30 ans a montré 197 stérilités primaires, soit 16,5 % de la population féminine de cette tranche d'âge. Pour 22 de ces cas, l'origine infectieuse paraît être la cause de la stérilité et, pour 31, il s'agit soit de malformations soit d'infantisme génital évident. L'étiologie n'a pu être déterminée pour les autres cas.

Une autre étude portant sur un groupe de 594 femmes de plus de 25 ans et de moins de 35 ans a montré 147 stérilités ce qui approche les 25 %, dont 17 % de stérilités primaires et 8 % de stérilités secondaires d'étiologie généralement infectieuse (le plus souvent par obstruction tubaire).

Le nombre élevé des maladies infectieuses génitales et génito-urinaires est confirmé par les résultats des consultations médicales. Si des diagnostics précis peuvent être établis, les traitements trop onéreux ne peuvent pas, en général, être menés à leur terme et, dans le cas des maladies sexuellement transmissibles, il est difficile d'obtenir la consultation du conjoint. Ces affections sont donc très souvent négligées volontairement ou involontairement.

Depuis 1978, dans le cadre d'un projet O.M.S., sont étudiés la mise en place et le fonctionnement d'un centre de lutte contre les maladies sexuellement transmissibles ; si, théoriquement, ce projet remarquablement dirigé est tout à fait satisfaisant, il risque, en pratique, de perdre toute son efficacité si les médicaments ne sont pas distribués gratuitement.

E - Sérologie

Une étude faite pendant la premier trimestre de 1979 sur des prélèvements sanguins de 1736 femmes enceintes de trois à six mois, a montré 357 sérologies positives soit 20,5 %, dont 287 tréponématoses évolutives soit 16,5 %.

Le test VRDL quantitatif a été effectué dans tous les cas et le test TPHA, comme test de confirmation, dans 832 cas.

Centres de Santé	Nombre d'examens	Tréponématoses évolutives	Tréponématoses non évolutives
BIMBO	168	50	4
CASTOR	615	77	34
MALIMAKA	505	72	20
OUANGO	105	23	2
NGARAGBA	110	19	6
OCSS	<u>233</u>	<u>46</u>	<u>4</u>
TOTAL :	1736	287 (16,5%)	70 (4%)

Il devra être tenu compte notamment pour le quartier suburbain de Bimbo, de l'endémie pianique ainsi que de la possibilité de quelques réactions sérologiques faussement positives.

Ce pourcentage élevé semble corroboré par les résultats obtenus lors d'examens systématiques de consultations de gynécologie et d'obstétrique d'un cabinet médical du centre ville en 1978 et premier trimestre 1979. Sur un groupe de 1051 femmes, ont été relevées 194 réactions sérologiques positives soit 18,45 %.

Ces investigations ne sont malheureusement pas suivies d'effets dans la plupart des cas, faute de médicaments spécifiques. Ainsi, le Service de Pédiatrie de l'Hôpital a relevé de nombreux cas de syphilis congénitale chez des enfants, nés de mères ayant eu un résultat de BW positif, dès le troisième mois de la grossesse.

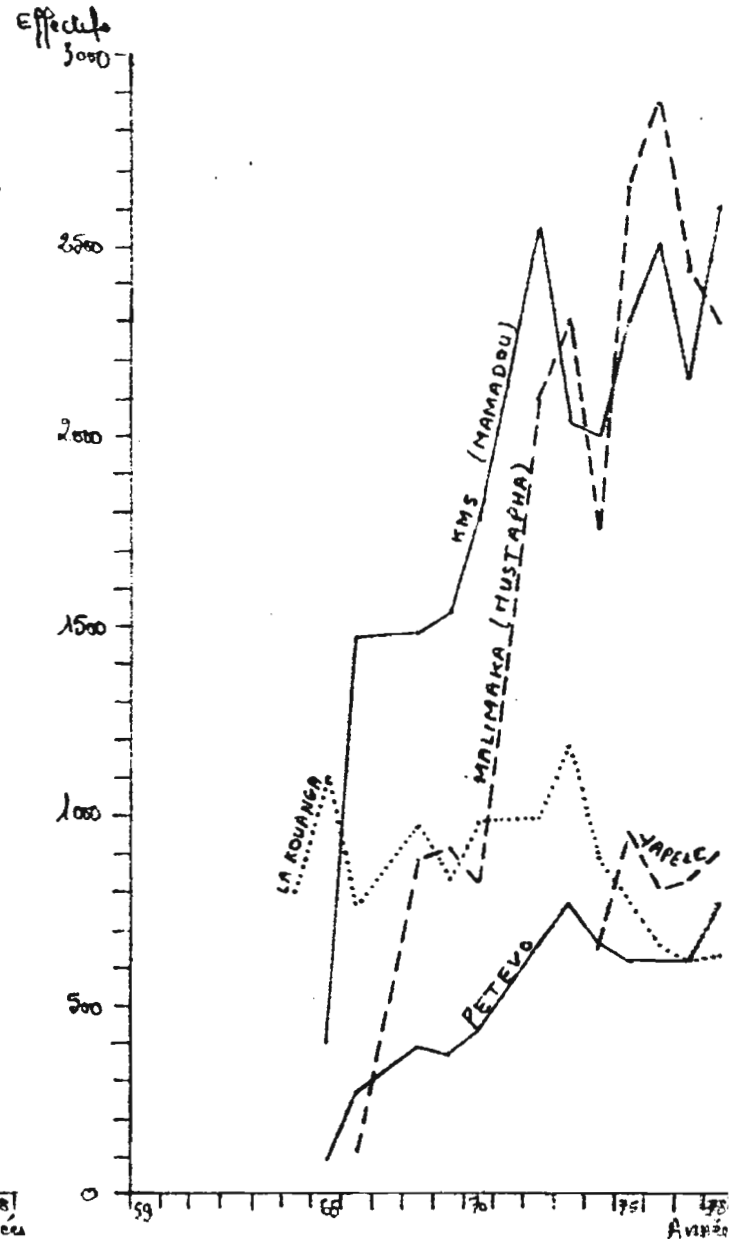
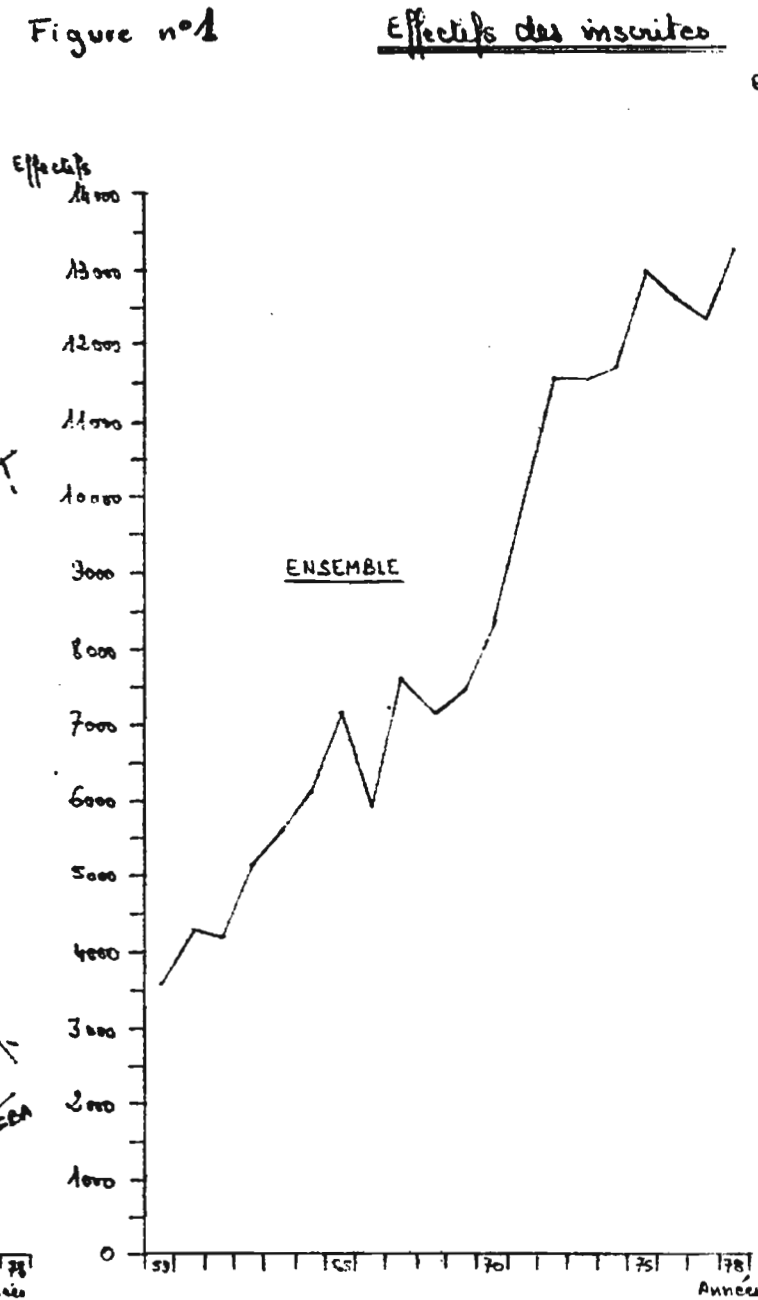
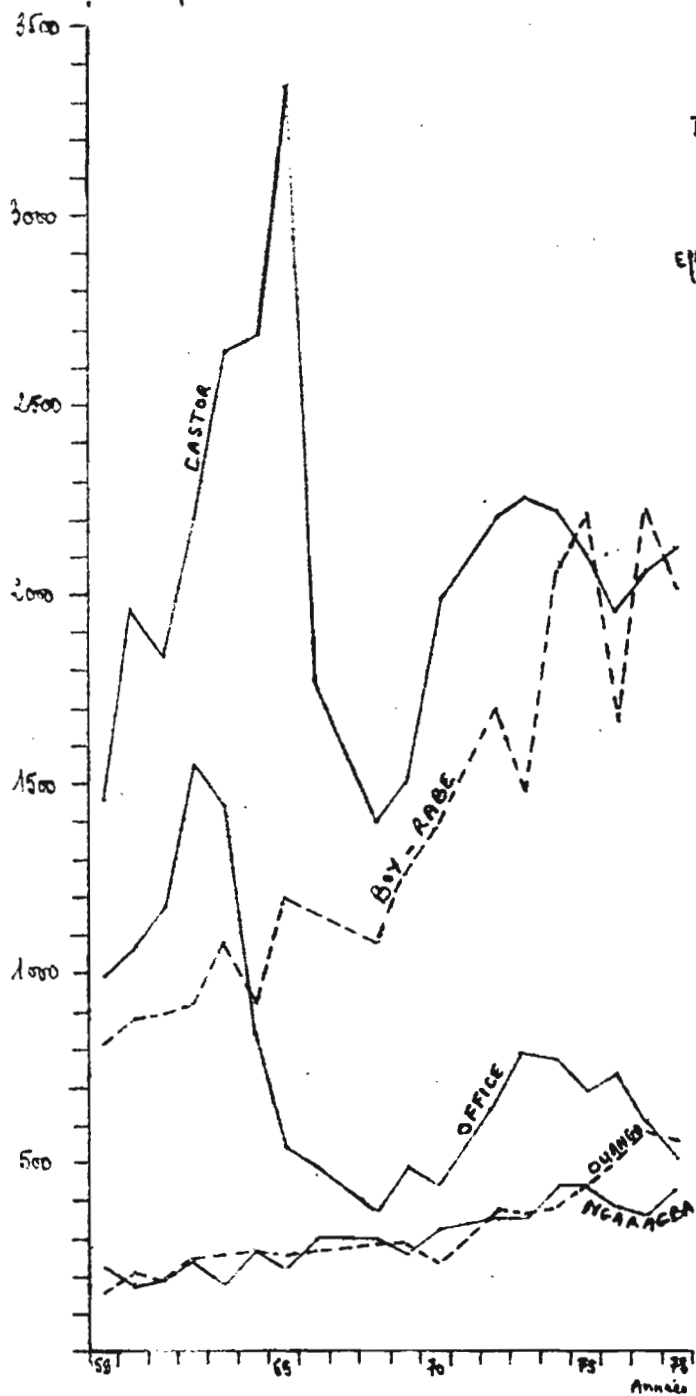


Figure n°2

Consultations des femmes

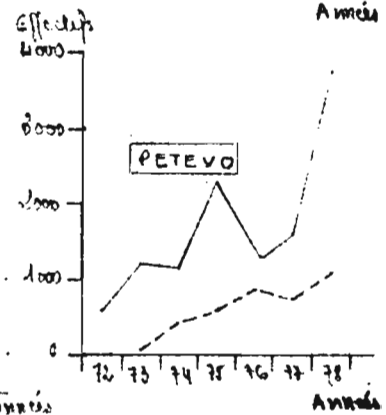
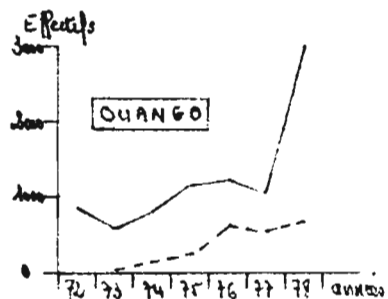
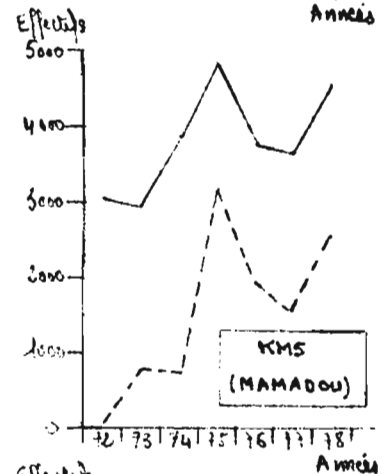
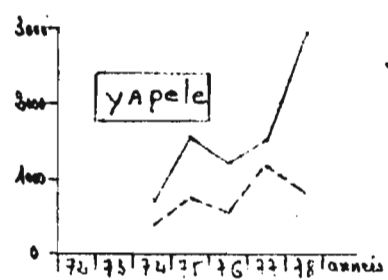
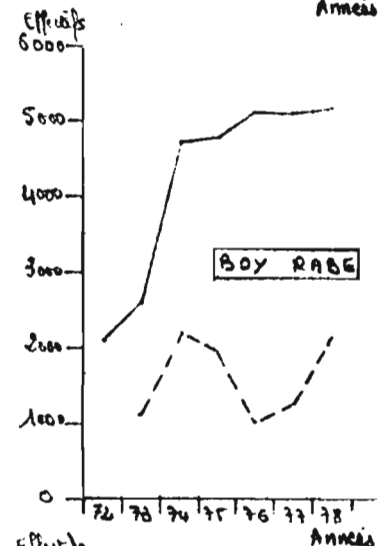
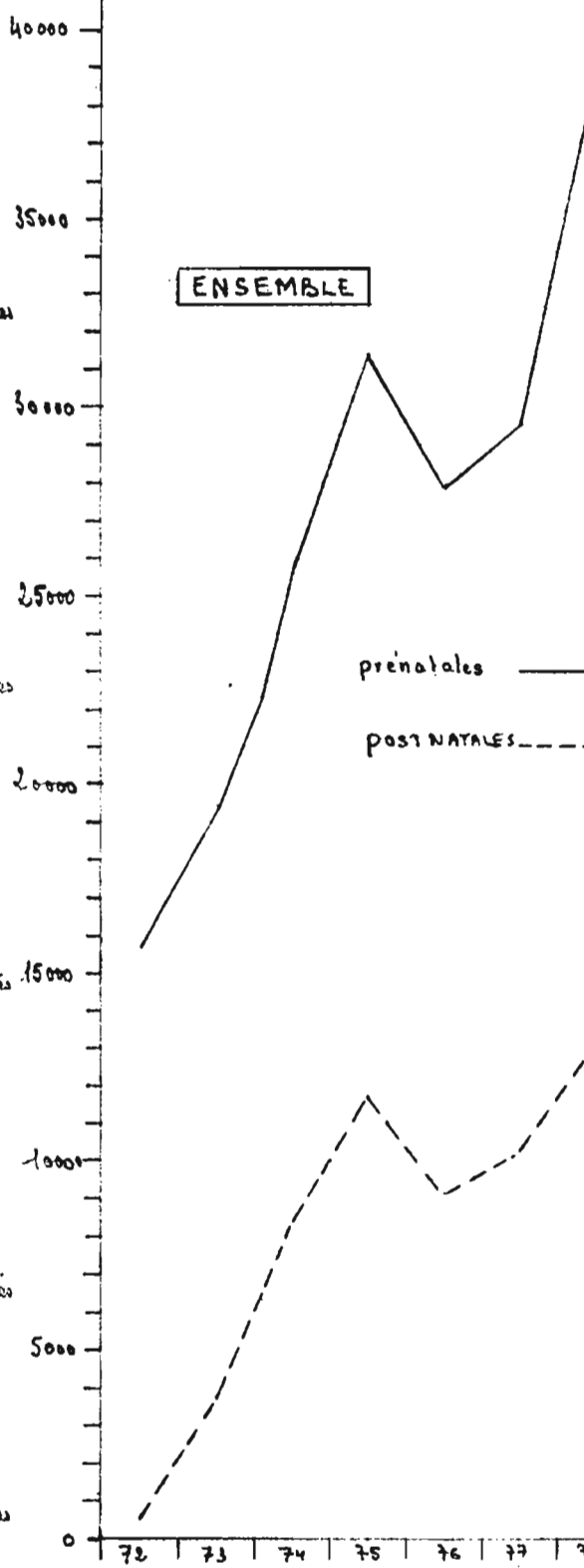
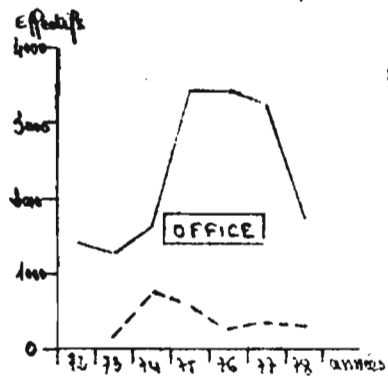
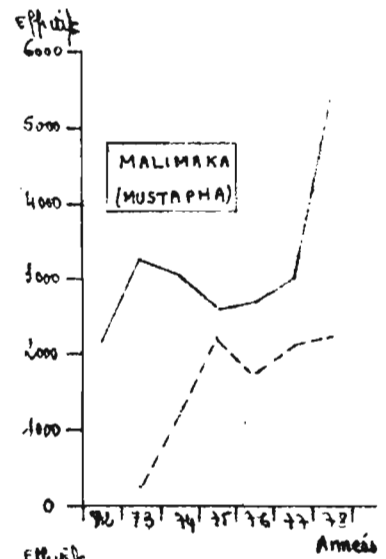
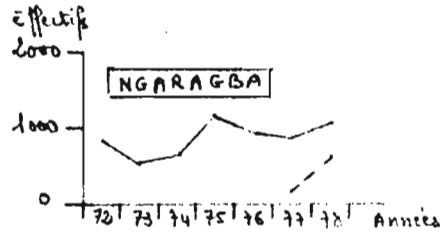
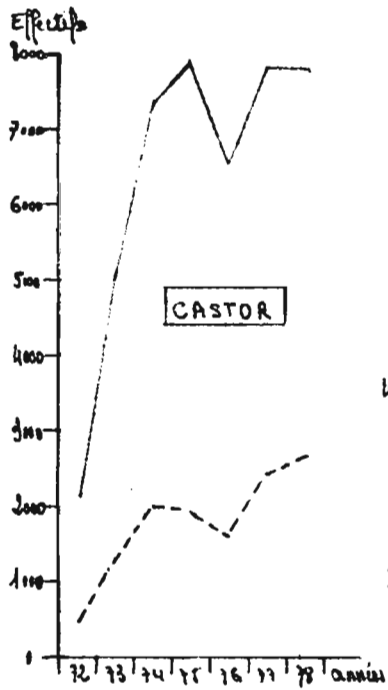
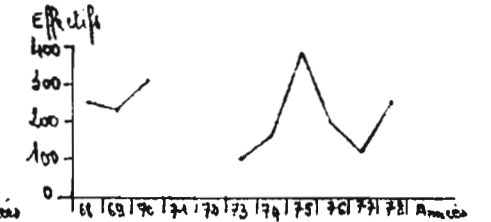
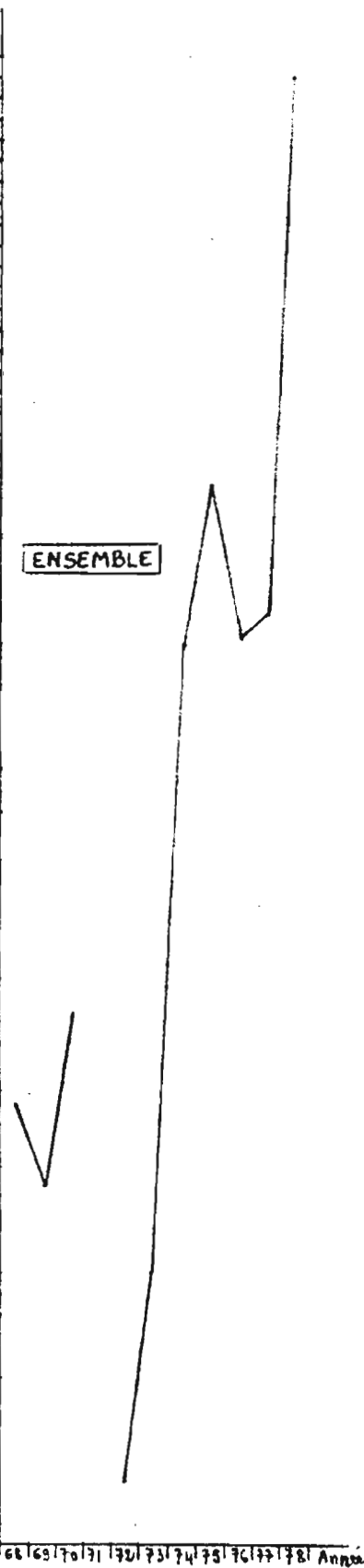
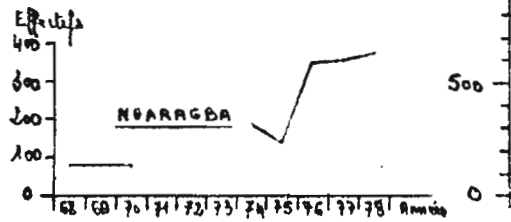
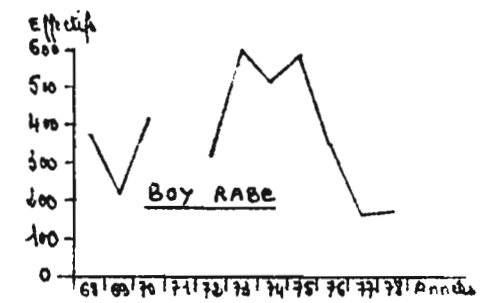
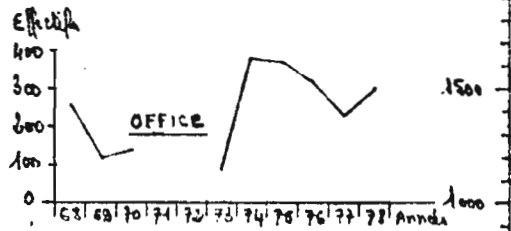
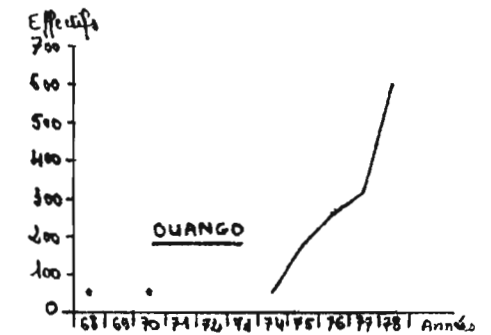
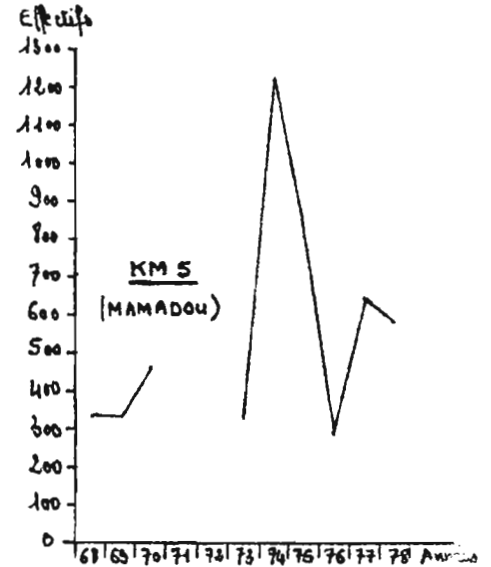
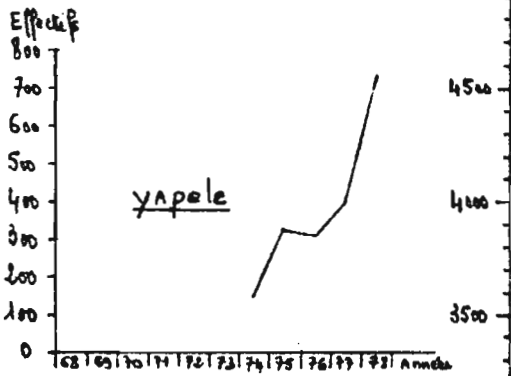
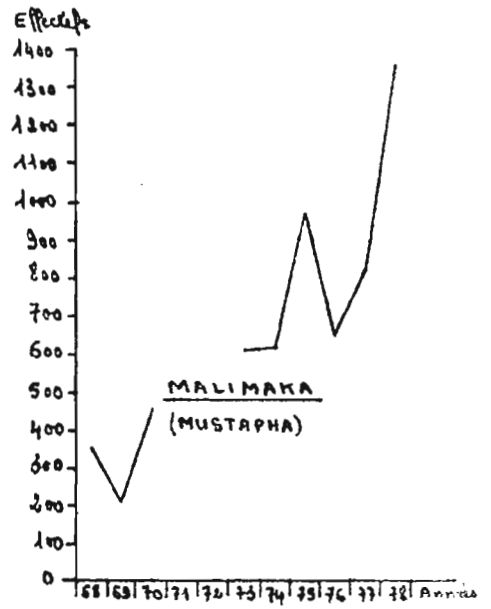
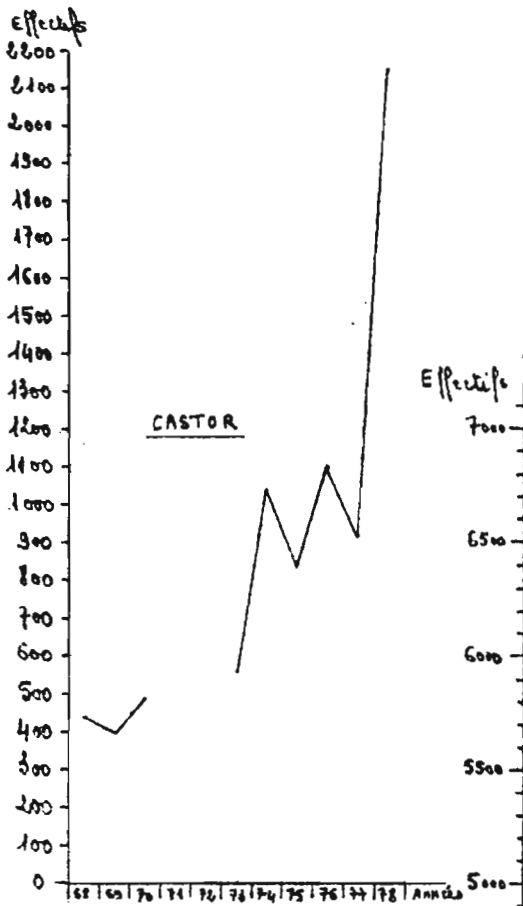


Figure n°3
Vaccinations des femmes
Contre le Tétanos



F - Anémie Gravidique et du Post Partum

Ces anémies rares chez les primipares jeunes sont fréquentes chez les multipares. Elles sont très sensibles au traitement standard : fer, acide folique et vitamines B. Les Centres SMI disposent de possibilités thérapeutiques appropriées délivrées soit par la Pharmacie d'Approvisionnement, soit par l'UNICEF. Les cas d'anémies aiguës nécessitant l'hospitalisation des malades sont exceptionnels et proviennent, presque tous, des quartiers environnant le CSU de Malimaka.

Le régime alimentaire habituel, riche en hydrates de carbone et insuffisant en protéines, est la cause de ces anémies. Les infirmières et sage-femmes ont des difficultés à faire comprendre et admettre une alimentation différente adaptée aux besoins physiologiques.

Les mêmes difficultés sont rencontrées pour faire suivre le régime sans sel dans les cas de toxémies gravidiques, régime en contradiction avec les habitudes culinaires du Pays.

2 - PROTECTION INFANTILE

Les nourrissons du premier âge - moins de deux ans - sont inscrits à leur première consultation ; une fiche "enfant premier âge" est ouverte. Ils seront soumis à une consultation hebdomadaire le premier mois, puis à une consultation mensuelle par la suite.

Lors de ces consultations, les enfants sont pesés, examinés, vaccinés et, lorsque les moyens sont suffisants, reçoivent la chloroquine de la chimioprophylaxie antipalustre. Pendant le premier mois sont renouvelés les pansements ombilicaux, contrôlés les réflexes primaires et le réflexe de succion. Par la suite, le développement psychomoteur du nourrisson sera régulièrement suivi.

Le nombre d'inscriptions d'enfants du premier âge n'a cessé de croître. De 2 500 en 1959, il est passé à 12 700 en 1978. Le rapport du nombre des enfants du premier âge inscrits dans les Centres SMI, qui dépasse 90 % du nombre des naissances, a atteint un niveau qui semble optimum et ne pourra que difficilement être amélioré.

C'est dans les quartiers les plus peuplés du nord-ouest de la ville que cet accroissement est le plus sensible (figure 4). Un phénomène de migration des usagers a lieu à chaque création de Centre SMI ; les mères inscrivent leurs enfants au plus proche de leur domicile, ainsi :

- En 1962 ouverture du Centre SMI de Mamadou Mbaïki, chute des inscriptions aux Castors.
- En 1964 ouverture du Centre SMI de Lakouanga, chute des inscriptions au Centre OCSS.
- En 1965 ouverture du Centre SMI de Pétévo, chute des inscriptions aux Centres OCSS.
- En 1972 ouverture du Centre SMI de Malimaka, chute des inscriptions aux Castors.
- En 1974 ouverture du Centre SMI de Yapélé, chute des inscriptions à Lakouanga.

A - Les consultations des enfants du premier âge (figure 5)

De 29,000 en 1959 le nombre des consultations est passé à près de 135 000 en 1978. Ne sont dénombrées que les consultations systématiques des enfants convoqués à des dates et des horaires réguliers. Les mères peuvent, d'autre part, faire consulter à tout moment leurs enfants malades par les infirmières et les médecins des CSU ; ces consultations sont enregistrées au titre des activités des dispensaires.

La chute du nombre des consultations premier âge de 1968 à 1971 n'est pas due à une diminution des inscriptions mais à une organisation différente du service. Jusqu'en 1968 les équipes mobiles PMI visitaient chaque quartier selon un rythme hebdomadaire et les enfants étaient examinés quatre fois par mois. A la création des centres fixes de PMI, la périodicité des consultations est devenue mensuelle à partir de l'âge d'un mois, la fréquence des consultations systématiques a donc diminué.

La fréquentation est plus importante et croît plus rapidement dans les quartiers de forte poussée démographique desservis par les CSU de Mamadou Mbaïki, Castors, Malimaka et Boy Rabé.

Le nombre moyen des consultations d'enfants du premier âge est actuellement de onze par enfant inscrit ; il reste insuffisant. Théoriquement, chaque enfant devrait être examiné vingt six fois dans les deux premières années de sa vie.

Tous les rapports mensuels et relevés journaliers montrent que l'affluence est beaucoup plus importante lorsque les consultations sont complétées par des séances de vaccination et de nivaquinisation. Les mères sont très sensibles à la qualité des prestations. Il y a une nette diminution de la fréquentation en fin de semestre lors de l'épuisement des stocks de médicaments.

B - Les consultations des enfants du deuxième âge (figures 7 & 8)

Au-delà de deux ans, chaque enfant présenté par sa mère est à nouveau inscrit ; une fiche "deuxième âge" est ouverte et théoriquement il devra être consulté trimestriellement jusqu'à son admission dans un jardin d'enfants.

L'effectif des inscrits, quia été de 4 500 en 1972, est en baisse depuis 1976 pour arriver à 3 600 en 1978. La qualité des service rendus influence considérablement le nombre des inscriptions d'enfants du deuxième âge. Ils sont plus volontiers présentés lorsque leur sont délivrés des médicaments (chimio prophylaxie, antipalustre, antianémiques, antihelminthiques) qui motivent les consultations. Les mères apportent aussi beaucoup d'intérêt aux démonstrations d'hygiène et de diététique.

Depuis trois ans, les médicaments ont été reçus en quantité insuffisante pour satisfaire la demande, les matériels de démonstration n'ont pas été renouvelés et les locaux non entretenus se sont dégradés. Ce sont là autant de raisons qui expliquent la baisse des activités.

Le nombre des inscrits du deuxième âge ne représente que 22 % de la population de cette tranche d'âge. Pourtant de 1973 à 1975 le personnel des Centres SMI a fait des efforts pour amener la population à mieux connaître et à comprendre l'utilité de la consultation du deuxième âge. De bons résultats ont été obtenus. Mais en 1976, le manque de fiches et de matériel oblige à limiter les inscriptions d'enfants du deuxième âge à ceux qui ont entre deux et trois ans.

Seuls les enfants d'allocataires de l'OCSS, dont les parents doivent produire chaque année un certificat de vie remis par les assistantes sociales, sont régulièrement inscrits. Ce certificat est exigé pour le paiement des allocations familiales. Il serait souhaitable que cette mesure soit étendue aux fonctionnaires.

Le nombre des consultations n'est pas proportionné à celui des inscriptions. Il augmente l'année suivante. Les inscriptions provoquées par l'action des assistantes sociales ou par intérêt (allocataires de l'OCSS) ne sont pas toujours suivies de consultations. Les consultations sont plus régulières lorsque les inscriptions ont été faites spontanément sur initiative maternelle.

Les enfants du deuxième âge sont examinés moins de quatre fois en moyenne et ce, essentiellement, au cours de leur troisième année. Les activités SMI, en ce qui concerne les enfants du deuxième âge, sont donc à un niveau médiocre mais, sans aucun doute, un apport en moyens matériels et thérapeutiques, même modeste, permettrait de les relancer.

C - Poids à la naissance et pesées systématiques (figures 11 & 12)

Le premier renseignement relevé à l'inscription d'un nourrisson est son poids de naissance. La pesée a été faite à la maternité.

Le poids moyen des nouveaux-nés des deux sexes est à l'image du niveau social et donc des possibilités alimentaires ; il varie selon les quartiers, ainsi :

- Poids moyen des nouveaux-nés nettement supérieur à 3 kgs. - CSU de l'OCSS
CSU de Lakouanga.
- Poids moyen des nouveaux-nés légèrement supérieur à 3 Kgs. - CSU des Castors
CSU de Pétévo
CSU de Mamadou Mbaïki.
- Poids moyen des nouveaux-nés inférieur à 3 Kgs. - CSU de Ngaragba
CSU de Boy Rabé
CSU de Gobongo
CSU de Yapélé.
- Poids moyen des nouveaux-nés nettement inférieur à 3 Kgs. - CSU de Malimaka
CSU de Ouango.

Les poids de naissance ont tendance à diminuer au début de la saison des pluies - Juillet, Août - l'alimentation maternelle étant moins abondante et de moins bonne qualité en saison sèche. C'est aussi la période où sont rencontrés les cas les plus nombreux d'anémies gravidiques et du post-partum.

En 1978, le poids moyen des nouveaux-nés a nettement augmenté par rapport à 1977.

Par la suite, les pesées mensuelles donnent peu de renseignements. Comparées à la couche de référence, les courbes de poids sont très légèrement normales avec quelques exceptions relevées, en particulier, dans les SMI des CSU de Ouango et de Malimaka. Si quelques cas de carence alimentaire sont rencontrés, ils ne sont pas très nombreux et il n'y a pratiquement pas de cas d'hypnutrition chez les jeunes enfants de BANGUI.

D) - Taux de fréquentation moyen selon l'âge des inscrits (figure 9)

Il s'agit de déterminer l'âge de plus grande fréquentation, par les enfants, ces Centres SMI. Les résultats apportent la preuve que les mères sont conscientes de l'utilité des consultations pendant la première année et confient volontiers leurs enfants pour les soins post-nataux, les vaccinations et les pesées. Cet intérêt diminue progressivement au cours de la deuxième année, chaque consultation étant suivie de prescriptions onéreuses (achat d'antipaludéens de synthèse et d'antihelminthiques). En cas de nécessité les mères préfèrent s'adresser à la consultation des enfants du dispensaire, plus pratique et moins longue. La courbe de l'ensemble indique que 70 % des enfants sont régulièrement consultés la première année et, qu'au-delà d'un an, le taux de fréquentation tombe à 40 %.

E - Cas particulier de la Drépanocytose

Une communication du Docteur R. LAROCHE, aux Journées Médicales de BANGUI en 1976, a fait état de 22 % de drépanocytaires parmi la population de la ville, précisant que 9 % des hospitalisés du service de médecine A et B du Centre Hospitalier Universitaire étaient admis pour complications drépanocytaires. Ces chiffres semblent confirmés par une étude faite dans les Centres de Santé Urbains sur trois groupes d'enfants, âgés de deux à quatre ans, d'un effectif total de 360, soumis à un test d'EMMEL. Ce test a été nettement positif dans 71 cas, soit 20 % de la population étudiée. La proportion d'homozygotes parmi ces malades n'a pas pu être déterminée.

Il existe un centre antidrépanocytaire annexe du Centre Hospitalier Universitaire ; il s'agit d'un service démuné en moyens thérapeutiques et éloigné des quartiers à forte densité de population. Une grande partie des drépanocytoses est donc négligée et ce n'est que lorsque surviennent des crises drépanocytaires aiguës que les enfants dont l'objet d'hospitalisations coûteuses, avec traitement par transfusion. A leur sortie de l'hôpital le processus sera le même jusqu'à l'hospitalisation suivante.

Cette affection héréditaire, d'origine génétique, devrait évidemment être dépistée et traitée dans les Centres SMI. Ce serait possible avec un minimum de matériel de laboratoire, le test d'EMMEL étant un examen très simple à pratiquer, ainsi qu'une dotation suffisante en médicaments antianémiques, antalgiques, vasodilatateurs et protecteurs vasculaires. Dans un premier temps il serait nécessaire, pour évaluer les besoins, d'établir une liste des enfants drépanocytaires dans chaque Centre SMI. Le traitement rationnel de ces malades, voués à la chronicité, ne peut être qu'ambulatoire et pratiqué à proximité de leur domicile.

L'état des enfants drépanocytaires est considérablement aggravé par les accès palustres autre facteur d'anémie. Tout d'abord, il serait souhaitable de pouvoir les soumettre à une bonne chimio-prophylaxie.

F - Endémie palustre chez les jeunes enfants

En Mai 1979 une enquête a été faite par un médecin des CSU sur un groupe de 1629 enfants de six à trente mois, en vue de déterminer l'indice splénique. Les résultats ont montré un indice général de 22,8 % d'enfants présentant des splénomégalies.

Les indices spléniques les plus élevés se retrouvent dans les quartiers desservis par les CSU de Pétévo, Ouango et Boy Rabé. Dans les mêmes quartiers les rapports des dispensaires font état d'une plus forte endémie palustre.

Inversement, c'est dans le centre ville et à proximité immédiate, CSU de Lakouanga, OCSS, Castors, que l'indice splénique est le plus faible.

Rx = Rate nettement perceptible sous le grill costal
 Rxx = Rate débordant le grill costal
 Rxxx = Rate dépassant nettement le rebord costal

CSU	TOTAL	Rx	Rxx	Rxxx	INDICE
CASTORS	181	8= 4,4%	6= 3,3%	3= 1,5%	9,3 %
MALIMAKA	246	15= 6,1%	15= 6,1%	10= 4 %	16,2 %
LAKOUANGA	99	9= 9 %	1= 1 %	3= 3 %	19,5 %
OCSS	45	6= 13 %	3= 6,6%	0	19,6 %
YAPELE	176	14= 7,9%	7= 3,9%	15= 8,5%	20,3 %
PETEVO	112	24= 21 %	13= 11,6%	15= 13,3%	45,9 %
MAMADOU					
MBAIKI	267	38= 14 %	18= 6,7%	15= 5,6%	22,3 %
BOY RABE	180	8= 4,4%	15= 8,3%	22= 12,2%	24,9 %
GOBONGO	64	2= 3,1%	4= 6,1%	6= 9,3%	18,5 %
NGARAGBA	122	21= 17,2%	2= 1,6%	5= 4 %	22,7 %
OUANGO	137	11= 8 %	19= 13,8%	22= 16 %	37,8 %
	1 629	156= 9,5%	103= 6,3%	116= 7,1%	22,9 %

Tous les paludismes confirmés à l'examen par goutte épaisse et frottis sont dus au plasmodium falciparum. La quasi totalité des enfants de six mois a déjà fait, au moins, un accès palustre. Les cas de paludisme chez des enfants soumis à une chimioprophylaxie plus ou moins bien conduite sont nombreux. Les accès palustres se répètent en moyenne trois fois et demi par an pendant les trois premières années parmi les enfants inscrits dans les Centres SMI.

Des chiffres plus précis pourraient être produits ici, mais leur exactitude ne pourrait être certifiée en raison du fonctionnement des laboratoires des CSU qui donnent parfois des résultats erronés.

G - Parasitoses intestinales

Parfois plus précoces, les premières parasitoses intestinales sont diagnostiquées chez les enfants qui commencent à marcher. Les plus fréquentes : ascaridiases, oxyuroses, tricocéphaloses, ankylostomiasés et anguilluloses, sont souvent associées. Les cas de syndromes neurotoxiques par parasitose massive sont courants. 75 % des enfants sont parasités dont 35 % polyparasités après un an, résultats d'une étude faite sur onze groupes de cinquante enfants de un à trois ans. Les autres parasitoses

(bilharziozes intestinales et vésicales) ne surviennent qu'à l'âge où les enfants ont des activités ludiques de groupe et vont patauger dans les marigots et canaux de drainage qu'ils affectionnent. Des bilharziozes intestinales sont cependant diagnostiquées chez des enfants de moins de trois ans et des bilharziozes vésicales chez des enfants de moins de quatre ans.

En ce qui concerne les parasitoses courantes des jeunes enfants, le réflexe thérapeutique des infirmières, souhaité par les mères, est évidemment la prescription d'antihelminthiques. La réinfection est la règle et l'éradication de ces affections ne peut être le fait que de mesures d'hygiène individuelles et collectives, de la salubrité des habitations et de l'assainissement de la ville qui a été entrepris.

Les ankylostomiases, facteurs d'anémie, et les anguilluloses sont traitées en priorité. L'expérience a montré que les traitements doivent toujours être renouvelés.

H - Les vaccinations

Seules les vaccinations DT Coq Polio sont pratiquées dans les Centres SMI. Dans ce domaine les résultats sont fonction de l'apport en vaccins, traditionnellement offerts par l'UNICEF.

En 1973, 1974 et 1975 les enfants ont été vaccinés aux frais de leurs parents. Moins du quart a reçu les trois injections confèrent l'immunité. En 1976 l'absence d'apport extérieur a coïncidé avec une augmentation du coût de la vie et une mauvaise prospection par le personnel qui est resté dans l'attente d'une dotation annoncée. Les résultats de la campagne de vaccination ont été nuls. En 1977 l'élévation du nombre de sujets vaccinés est la conséquence d'un premier apport important de l'UNICEF parvenu en fin d'année. En 1978 le ravitaillement en vaccin, largement suffisant dès le début de l'année, a permis une campagne massive et même de rattraper une partie du retard pour les enfants fréquentant encore les Centres SMI. De nombreuses injections de rappel ont été effectuées, ce qui explique le nombre élevé d'enfants qui n'ont reçu qu'une seule injection.

En matière de vaccination, certains centres SMI ont un rendement nettement supérieur au rendement moyen. Ceci est dû à la qualité du personnel. Ainsi à Ouango, en 1977, les sage-femmes excellentes propagandistes sont pour beaucoup dans les bons résultats obtenus. Le centre qui vaccine proportionnellement le plus d'enfants, est celui des Castors ; l'action efficace et dévouée d'une équipe homogène dirigée par une infirmière, Madame C. AUGIER, est le facteur déterminant de ces excellents résultats. Pour un effectif d'inscrits comparable à celui des Centres SMI de Malimaka et de Mamadou Mbaïki, le nombre des enfants vaccinés a été le double. Les résultats à Boy Rabé sont aussi excellents.

Les autres vaccinations : antiamarile, antimorbilleuse, antivariolique et BCG, sont pratiquées au Secteur I du Service des Grandes Endémies. La vaccination contre la rougeole, maladie qui survient par épidémies annuelles en saison sèche (Janvier à Avril), avec une épidémie plus forte tous les deux ans, retiendra particulièrement notre attention. Bien que des chiffres précis, concernant la morbidité et la mortalité dues à ces épidémies, ne puissent pas être avancés sans risque d'erreur, il a été remarqué :

- que les nourrissons peuvent être atteints dès l'âge de quatre mois (nombreux cas relevés).
- que l'affection atteint environ 60 % des sujets non immunisés.
- que les formes graves et compliquées surviennent dans 30 % des cas.
- que nombre de sujets vaccinés sont contaminés et que la létalité demeure élevée.

Alertées par les conséquences de la forte épidémie du début de 1978, les Autorités médicales ont organisé une campagne de vaccination en Mars 1978 dans les CSU et les dispensaires des familles de militaires de la ville de BANGUI. Ces vaccinations ont été faites en fin d'épidémie en complément aux diverses interventions menées dans la ville par l'équipe mobile du Secteur I des Grandes Endémies, et aux séances de vaccinations hebdomadaires effectuées en permanence à la base du Secteur I.

La même opération a eu lieu en Mars 1979.

Les chiffres des vaccinations contre la rougeole communiqués par le Secteur I (Docteur GUIDI) sont les suivants :

- Couverture des Centres SMI en Mars 1978	6 366
- Vaccinations hebdomadaires permanentes à la base du Secteur I	6 058
- Campagne BANGUI-ville 1978	12 028
- Campagne BANGUI-ville 1979	2 833
- Campagne complémentaire Centres SMI Mars 1979	2 408
	<hr/>
soit :	29 693 vacci- nations.

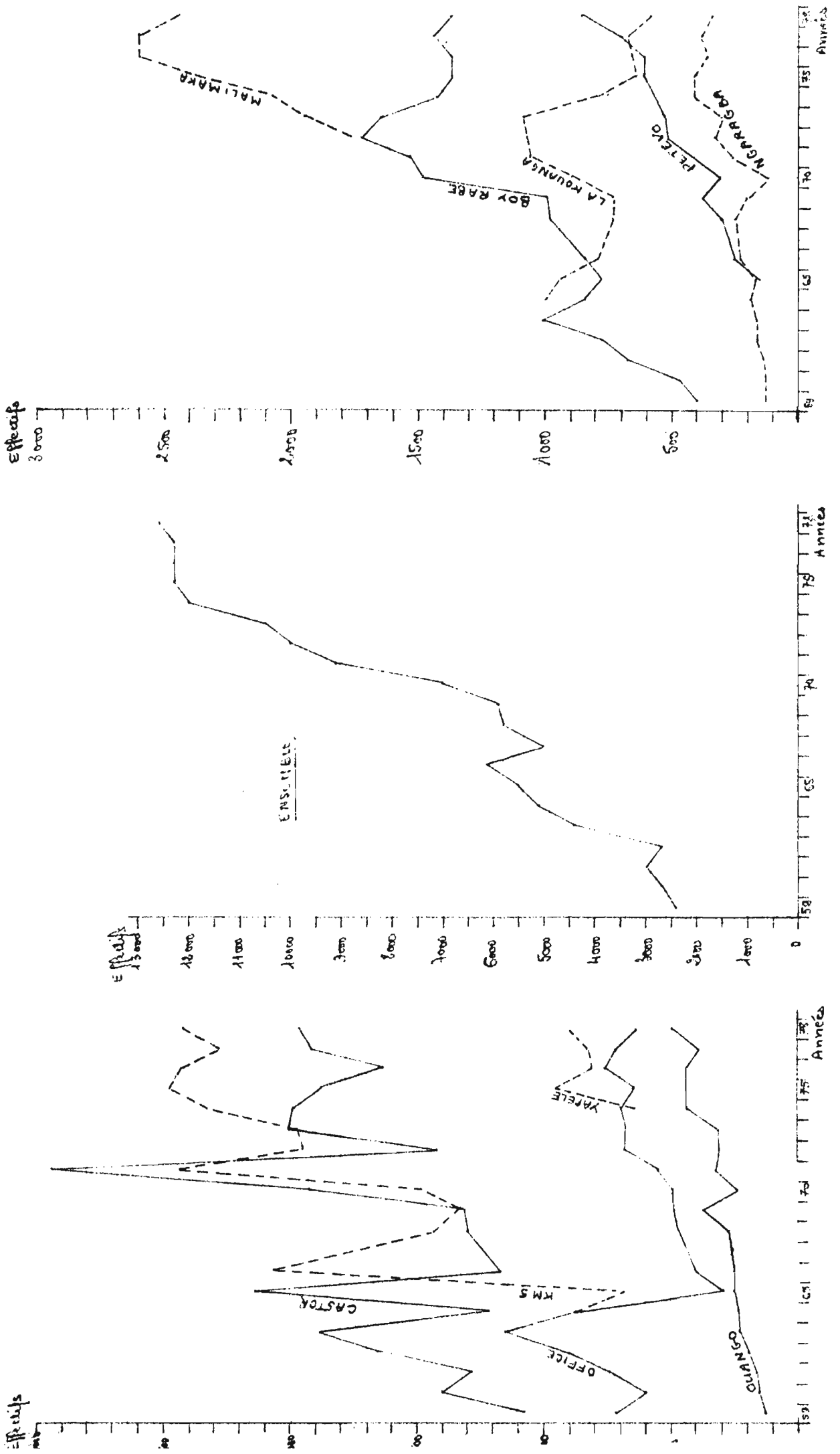
La tranche d'âge des enfants intéressés, est de six mois à trois ans. La couverture immunologique est estimée à 71,2 % de l'effectif.

L'épidémie de 1979 a été faible et peu virulente.

La vaccination antiamarile effectuée simultanément avec l'antirougeoleuse, ne donne pas d'aussi bons résultats en raison d'une rupture de stock du vaccin au début de la campagne 1978.

Les enfants vaccinés sont âgés d'un à trois ans.

Figure n° 4 Effets des insectes du premier âge dans les P.M.I.



Effectifs des consultations

130 000

120 000

110 000

100 000

90 000

80 000

70 000

60 000

50 000

40 000

30 000

20 000

10 000

0

Figure n°5

Consultations premier âge

ENSEMBLE

59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 Années

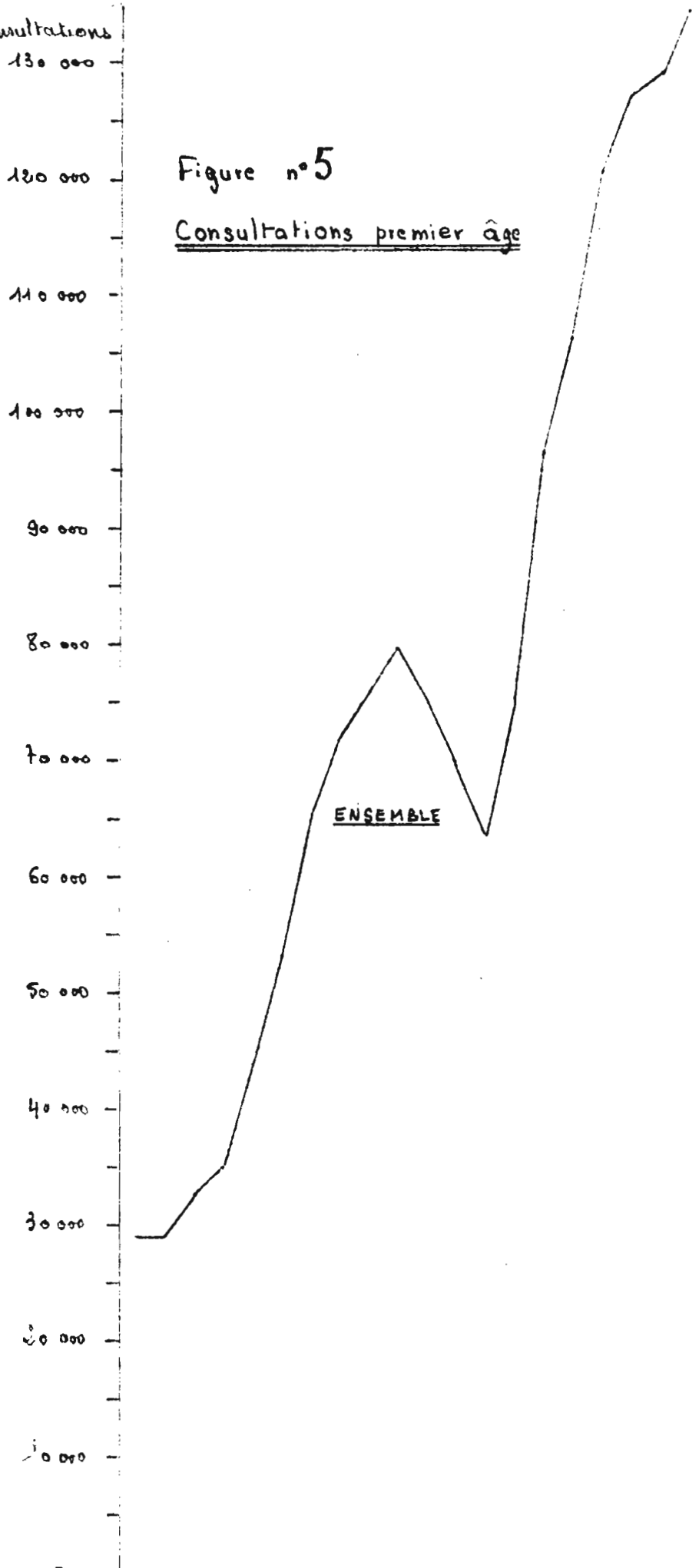


Figure n°6

Consultations premier âge

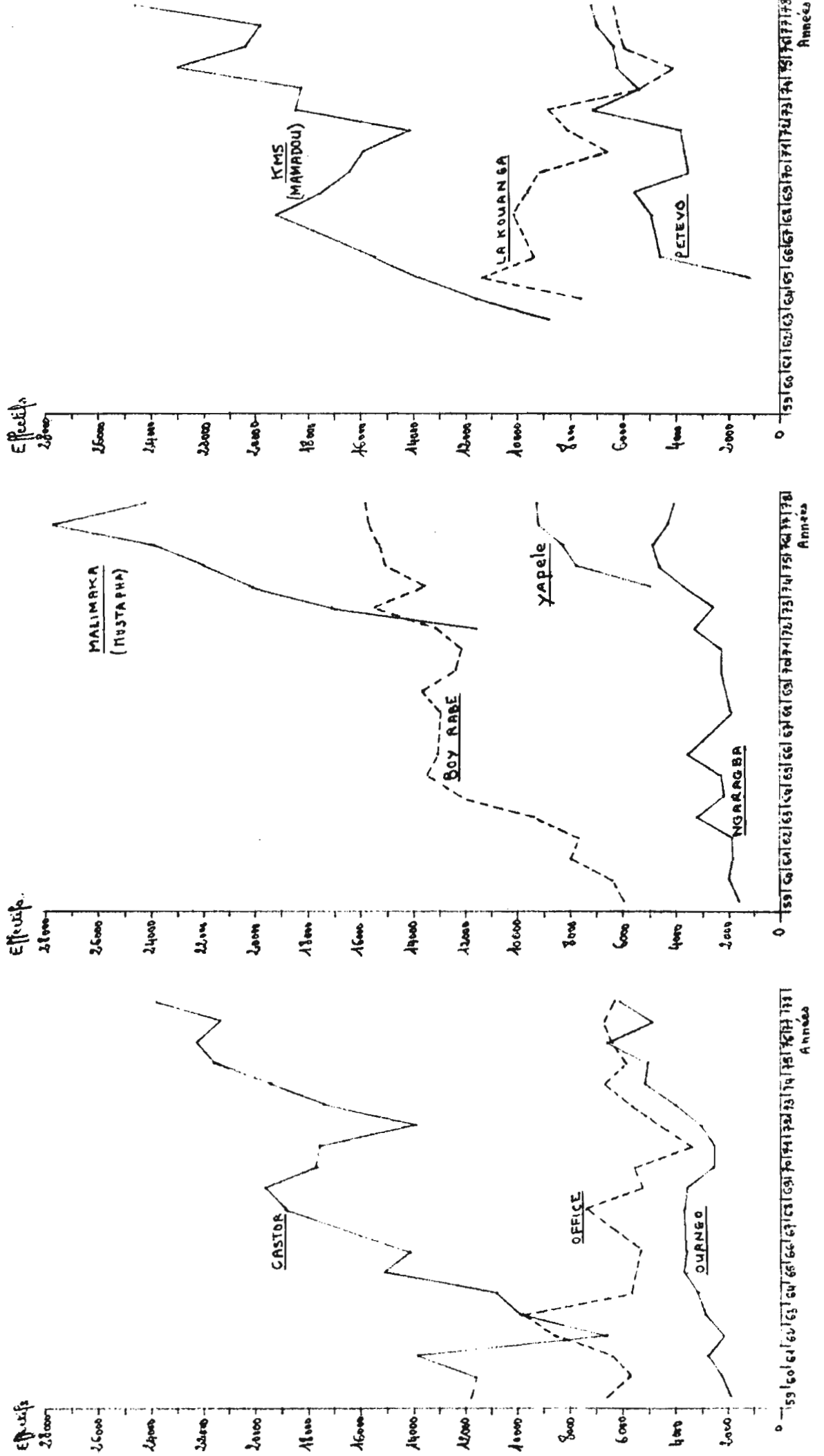


Figure n°7

Consultations deuxième âge

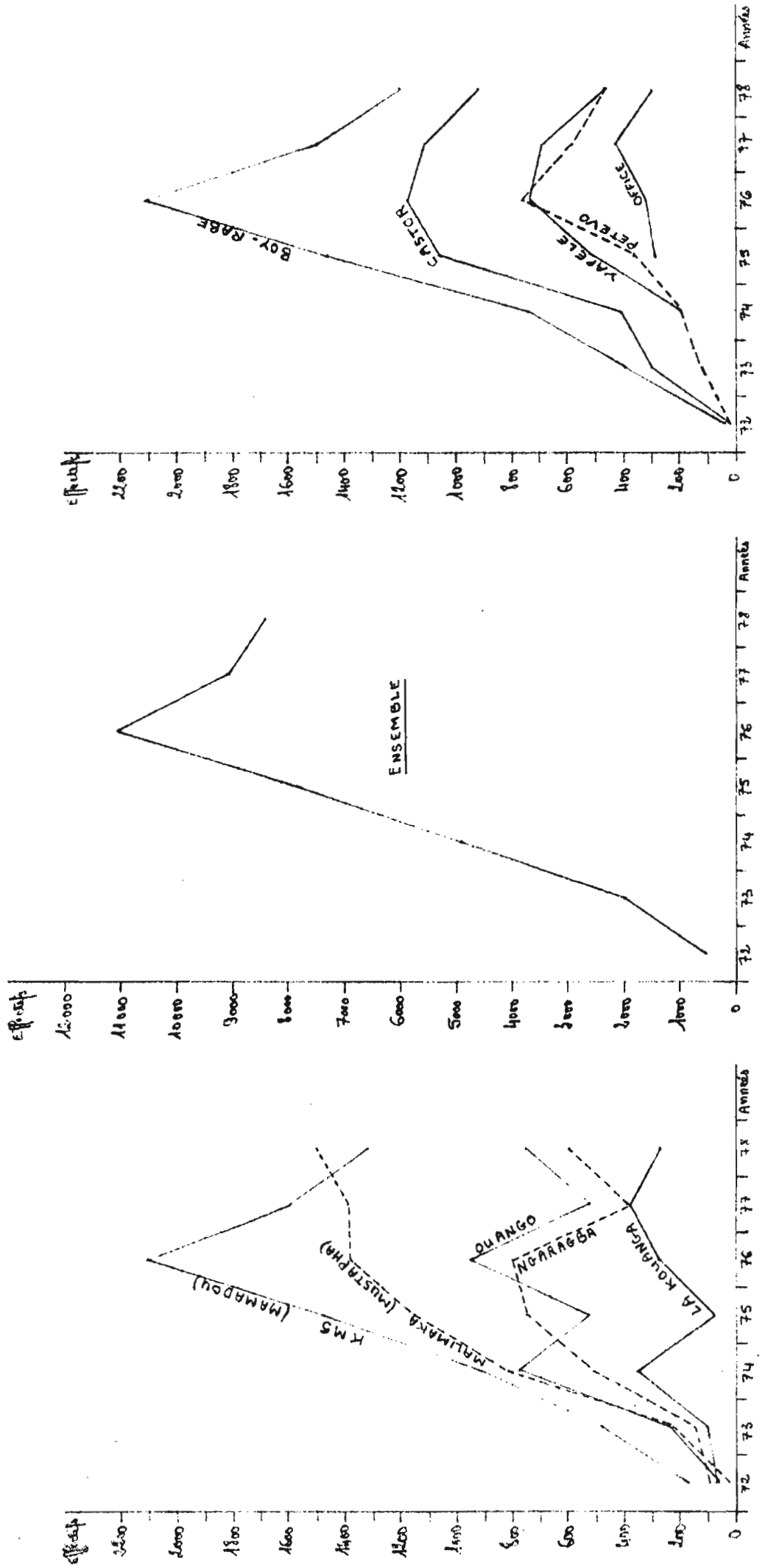


Figure n°8

Effetifs des insectes du deuxième âge dans les P.M.I.

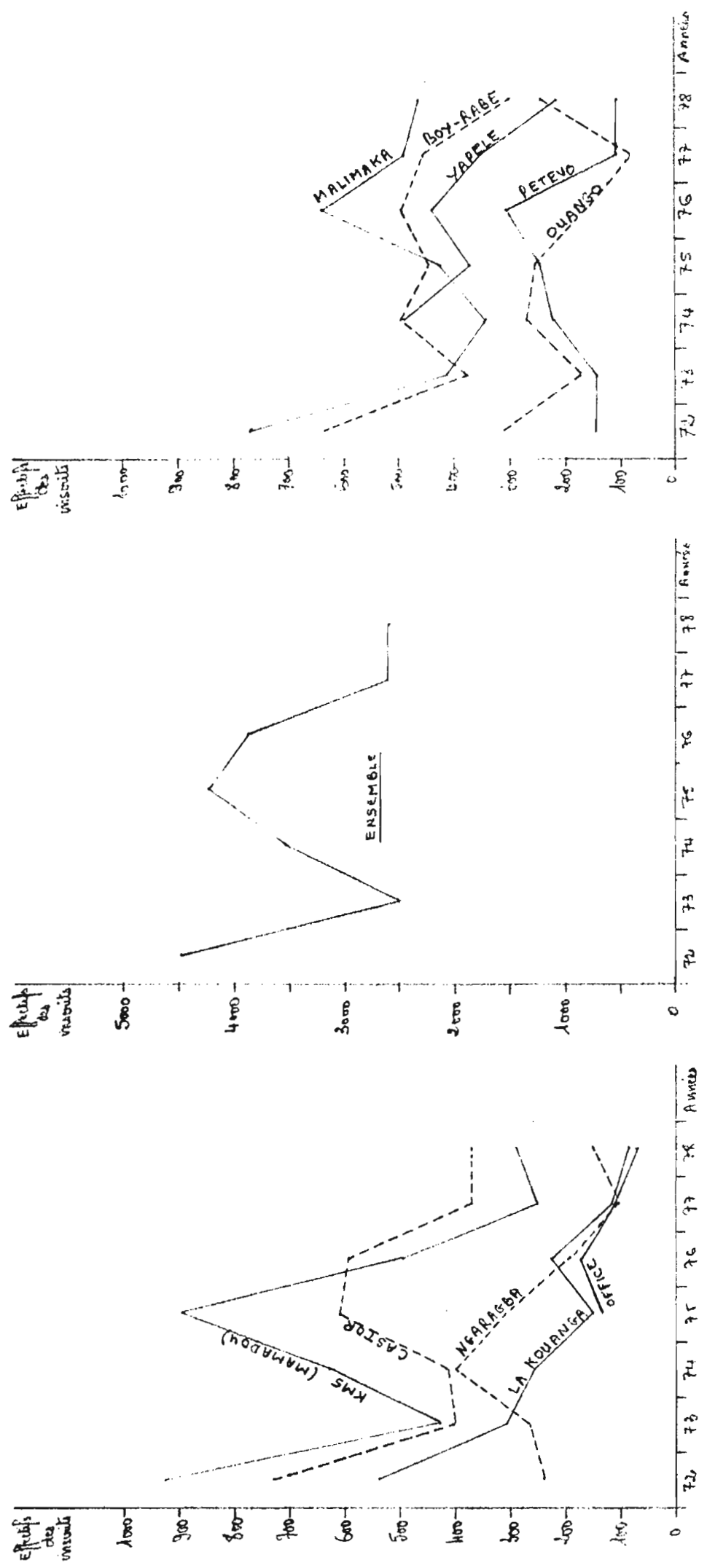


Figure n°9

Taux de fréquentation du PMI
par rapport aux inscrits

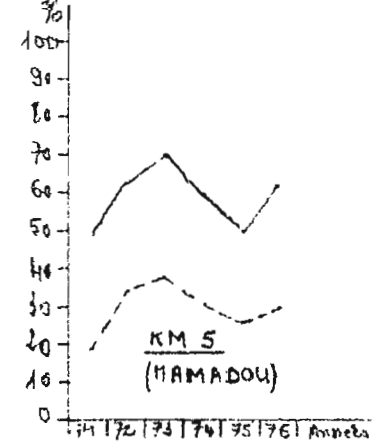
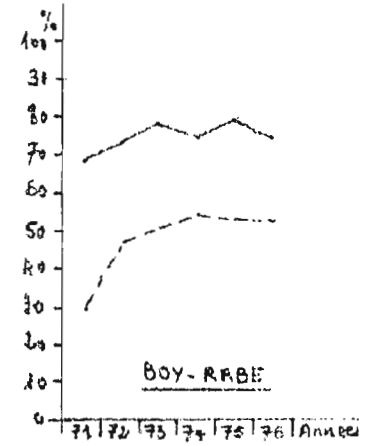
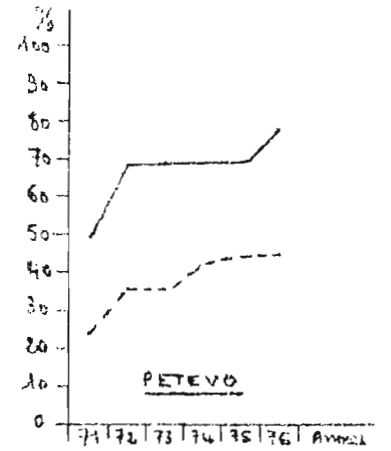
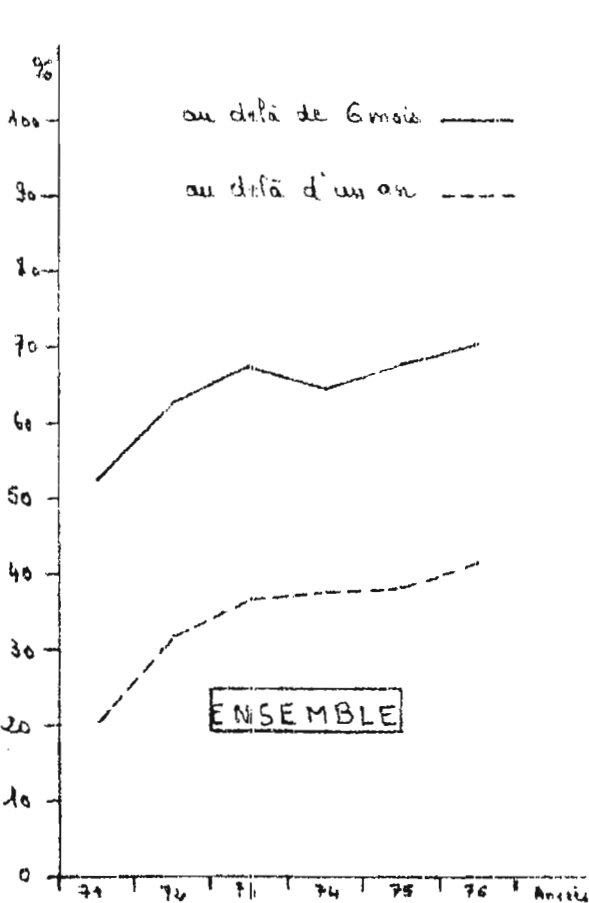
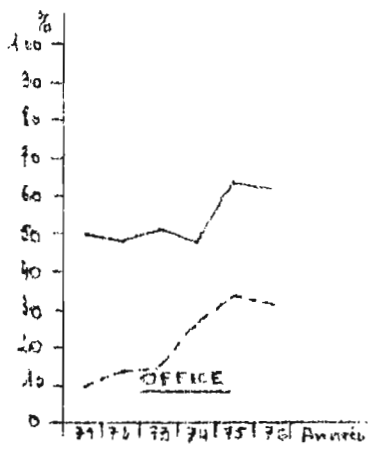
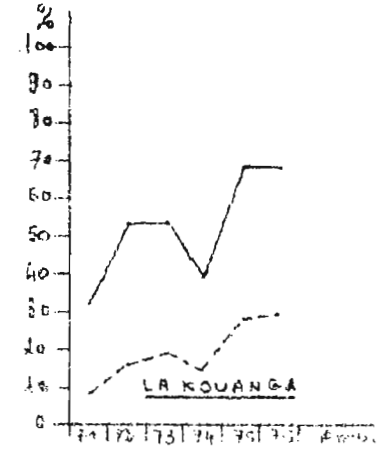
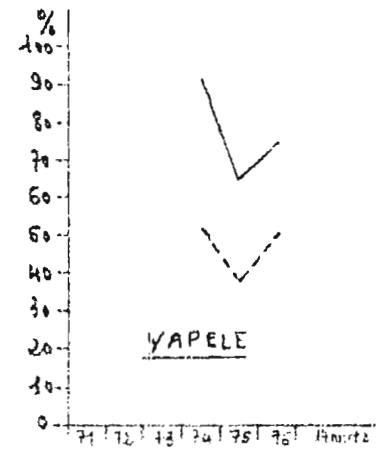
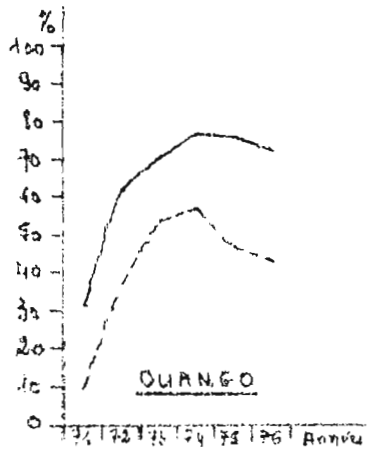
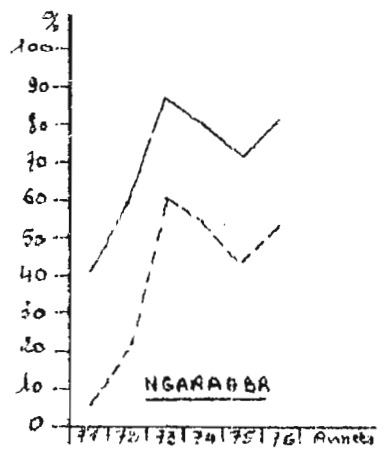
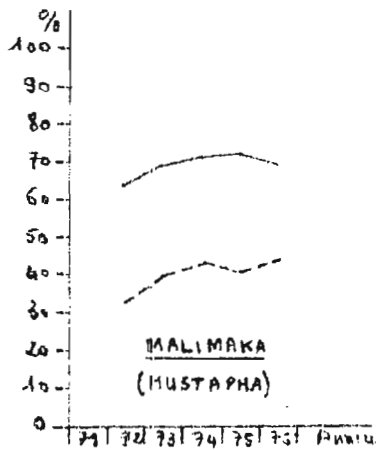
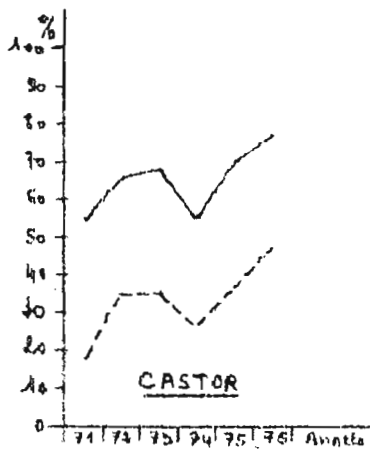


Figure n° 10 Nombre moyen de consultations par enfant

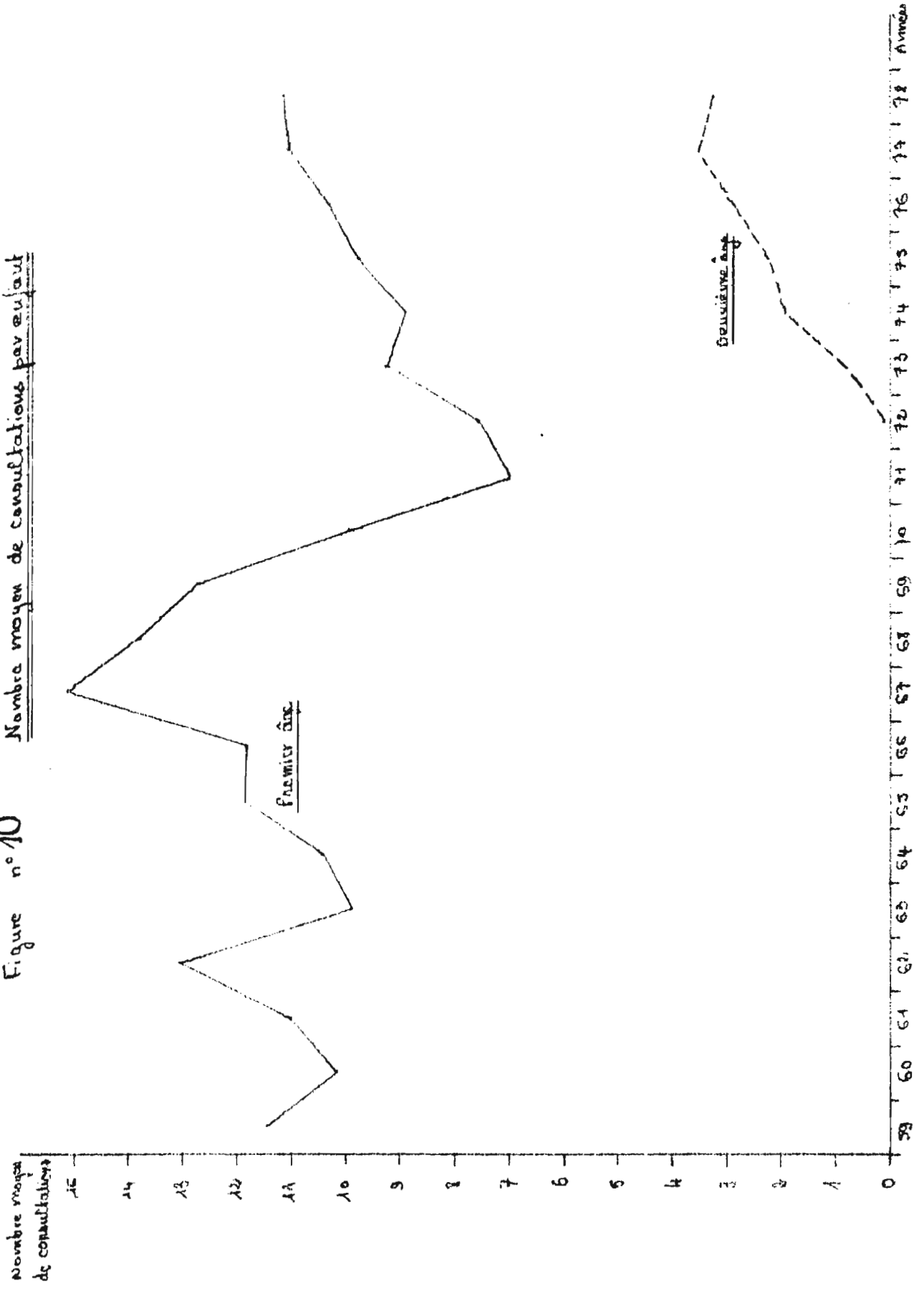


Figure 111 Poids moyen à la naissance au cours
des années 1916-1977-1978

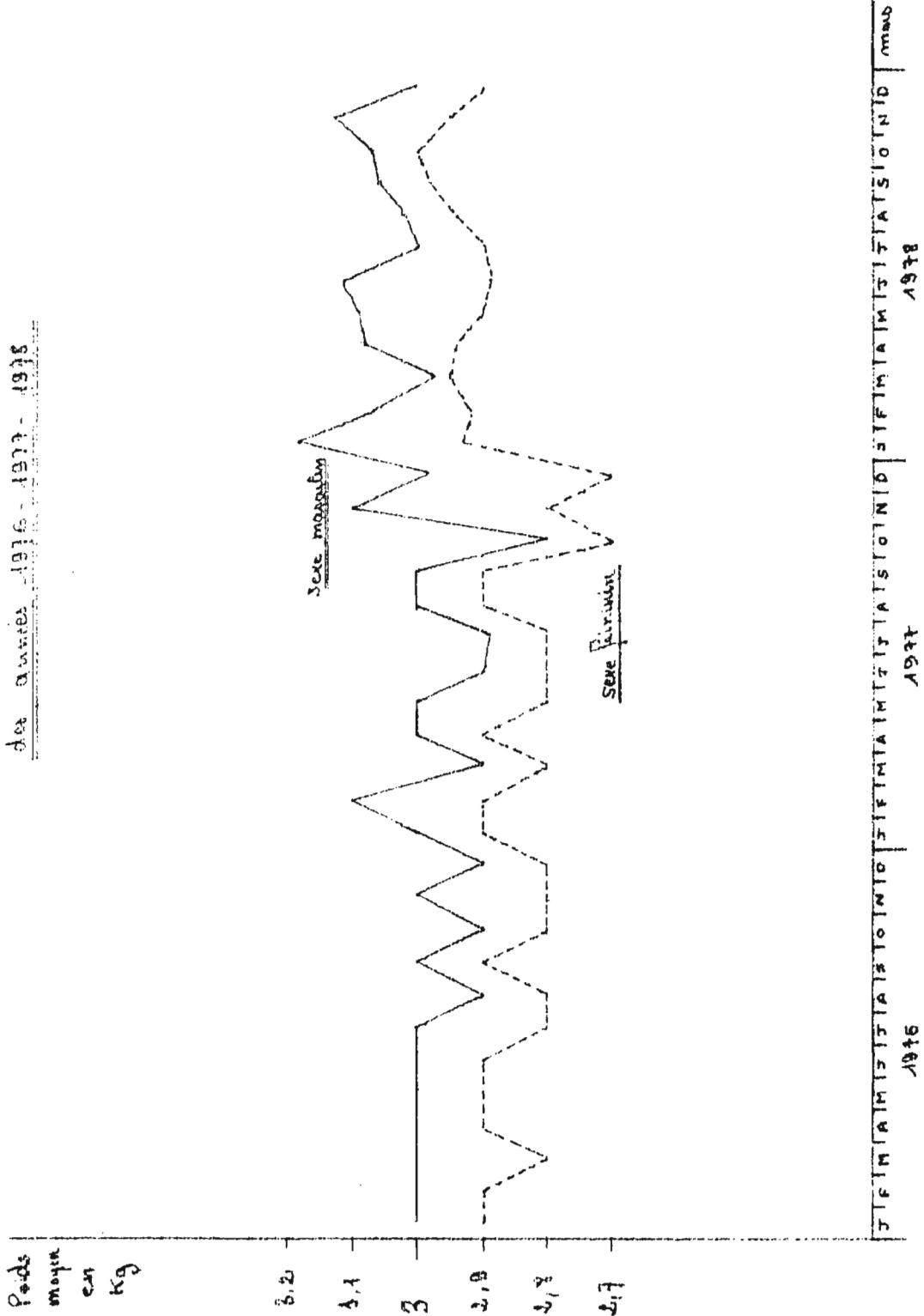


Figure n° 12

Poids moyen à la naissance au cours de l'année 1958

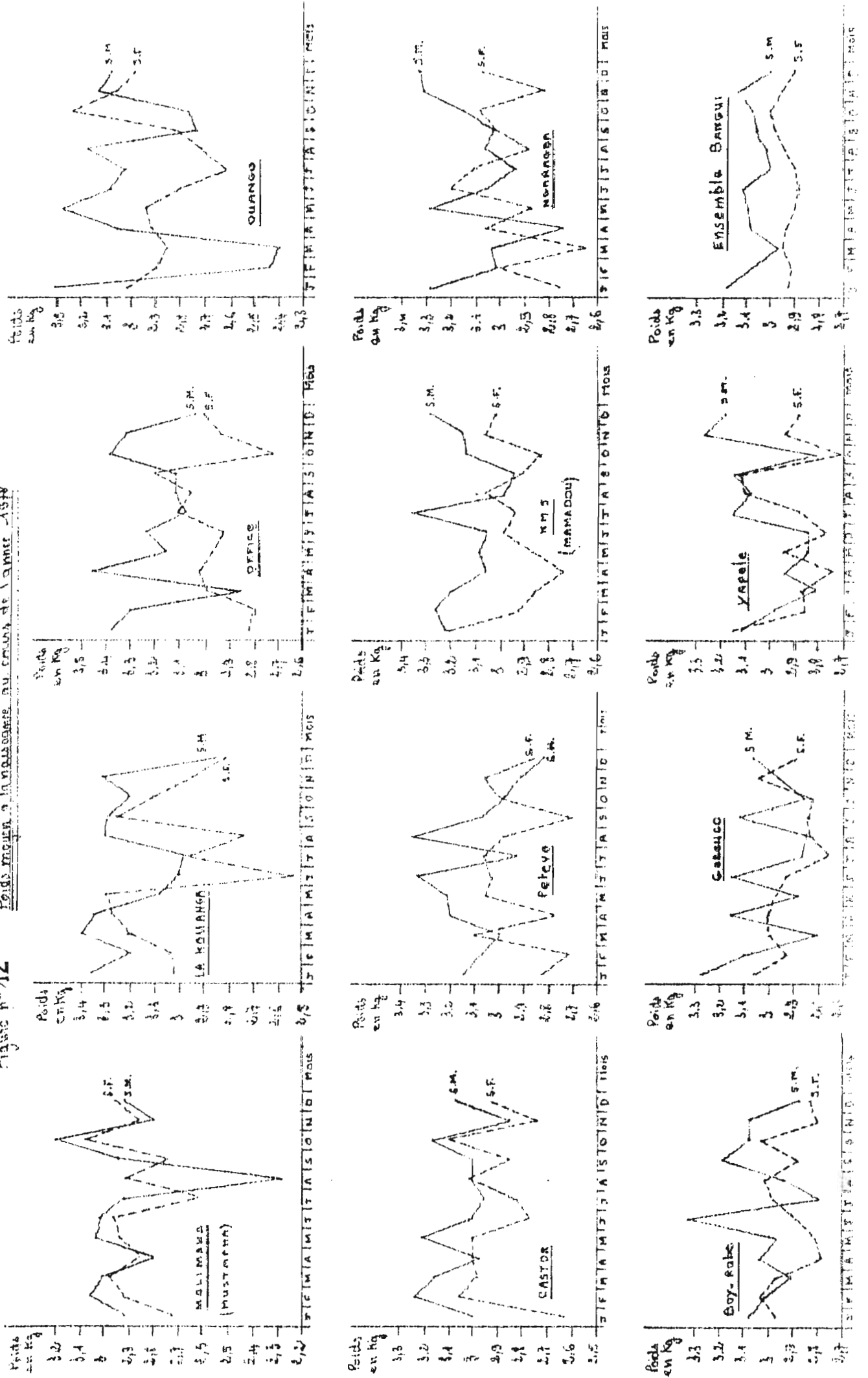
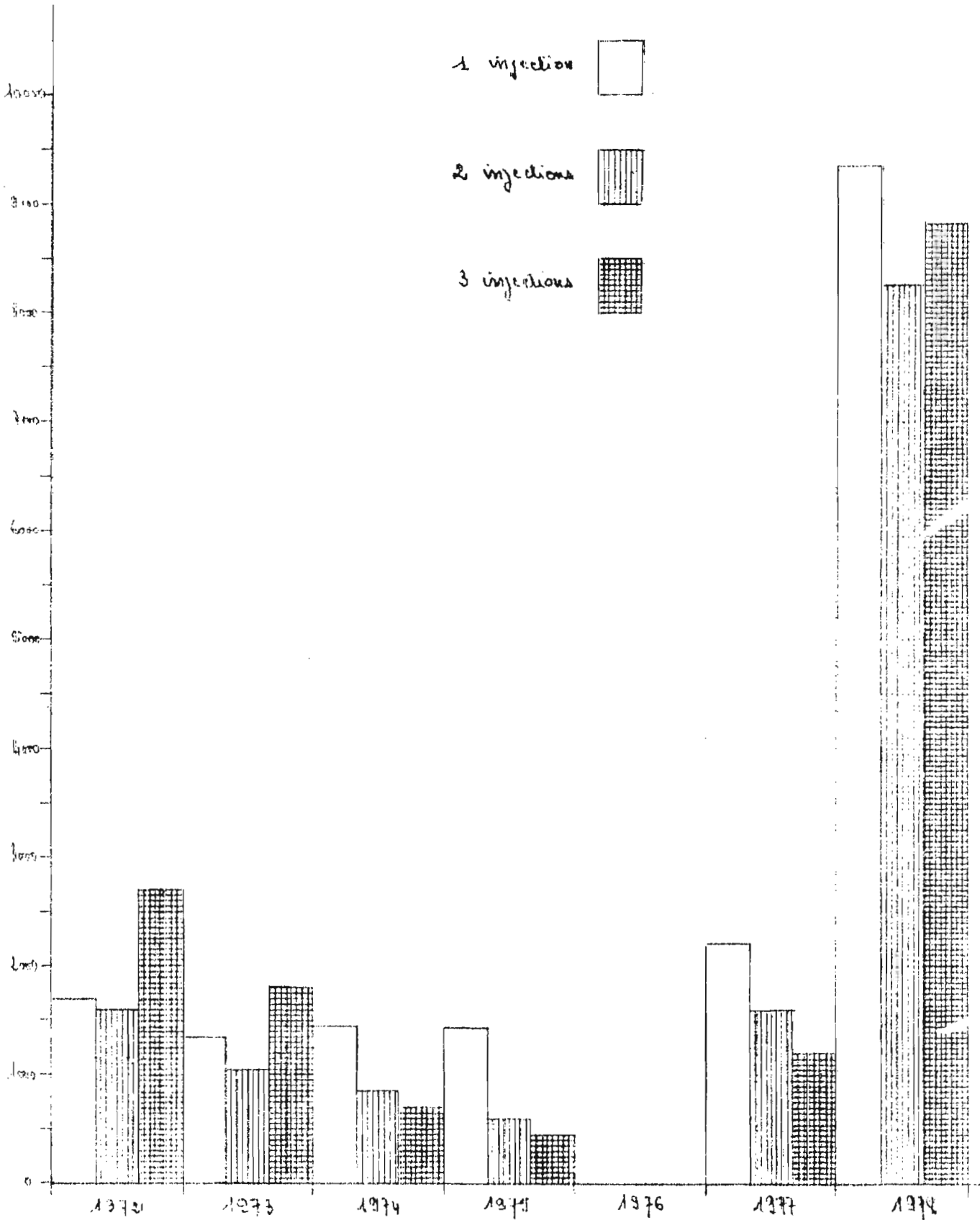


Figure no 14 VACCINATIONS D.T. Coq. Po



La couverture immunologique est obtenue pour 59,8 % des enfants de cette tranche d'âge. Les vaccinations ont été pratiquées de la manière suivante :

- Base Secteur I des Grandes Endémies	6 598
- Campagne BANGUI-ville	3 964
- Campagne Centres SMI	2 305

soit : 12 867 vaccinations.

L'intérêt des campagnes de vaccinations contre la rougeole et la fièvre jaune faites pratiquement à domicile dans les Centres de Santé Urbains, est évident. Le principe de son renouvellement annuel devrait être adopté mais se heurte à des difficultés matérielles, il faudrait :

- un ravitaillement régulier en vaccin,
- des moyens de transport pour une équipe spécialisée,
- une chaîne de froid indispensable à la conservation du vaccin.

Les épidémies de rougeole survenant en période sèche (Janvier à Avril) cette action devrait être menée en fin de saison des pluies soit Octobre, Novembre (Docteur GUIDI).

La vaccination BCG est effectuée au Secteur I des Grandes Endémies. Les sage-femmes ont une action déterminante dans les bons résultats obtenus ; elles arrivent à convaincre les mères de l'utilité de cette vaccination. Actuellement plus de 90 % des enfants sont vaccinés. Cette vaccination intradermique est très bien pratiquée par des infirmiers expérimentés et le nombre des adénites post-vaccinales est devenu négligeable. Il y a quelques années la vaccination pour le BCG était moins bien suivie en raison de la fréquence de ces adénites.

3 - LE SERVICE SOCIAL

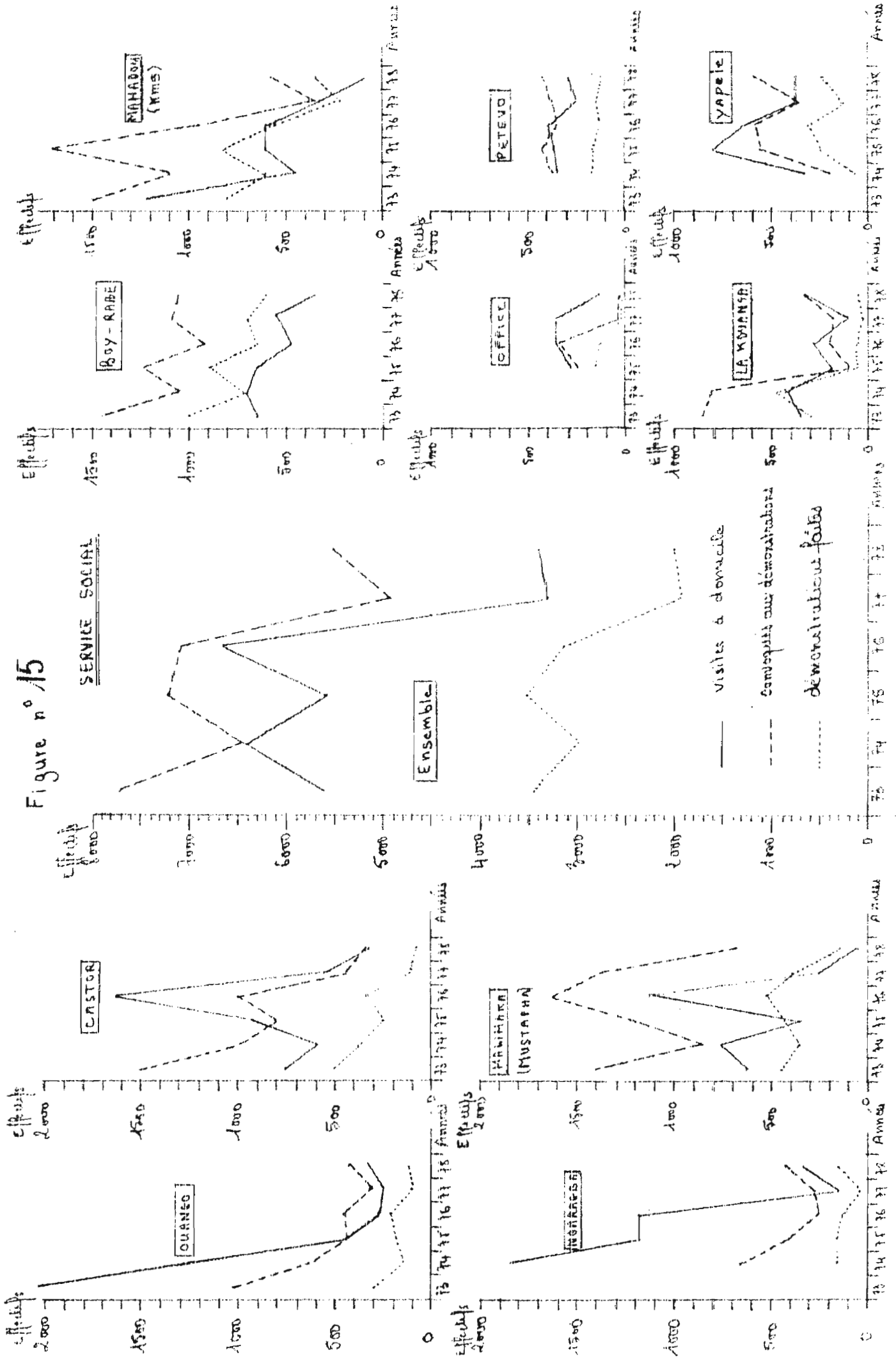
Les personnels des Centres SMI travaillent en équipe. Les actions sociales et médicales sont intimement liées. Les assistantes sociales, sage-femmes, infirmières et aide-sociales, ont une action d'autant plus efficace qu'elles forment des groupes homogènes.

Les activités, dans le domaine strictement social, ont chuté de 50 % entre 1976 et 1977, se maintenant à ce niveau en 1978 (figure n° 15).

En ce qui concerne les séances d'éducation sanitaire et de démonstrations (hygiène et diététique) il convient d'être indulgent. Les moyens matériels sont inexistant. Les femmes convoquées, à qui il est demandé de fournir les matériels, ingrédients, denrées alimentaires et combustibles nécessaires à ces démonstrations, ne peuvent consentir à de tels sacrifices et ne comprennent pas la dégradation d'un service qui, il y a quelques années, était doté de moyens matériels modestes mais suffisants.

Figure n° 15

SERVICE SOCIAL



En matière de visites à domicile, la baisse des activités ne trouve pas d'explication logique et une déficience du personnel doit être évoquée. De 6 700 en 1976, le nombre des visites à domicile est tombé à 3 300 en 1977 et 3 400 en 1978, alors que le nombre des assistantes sociales et aide-sociales est demeuré constant.

Les personnels négligent leur travail quotidien et ne sont intéressés que par les stages de formation, les concours d'admission à la Faculté des Sciences et de la Santé, et les innombrables réunions de travail qui visent à réorganiser un service déjà organisé qui, pour bien fonctionner, ne demanderait que plus d'efforts, de moyens matériels et quelques crédits de fonctionnement.

L'action sociale est évidemment essentielle pour la bonne marche des Centres SMI. Bien conduite, elle permet une bonne prospection, suivie de l'inscription des mères aux séances d'éducation sanitaire, et de garder le contact avec les familles. Le rayonnement à l'intérieur des quartiers et la réputation des centres sont fonction des activités extérieures des assistantes sociales et aide-sociales. La population féminine porte un grand intérêt à l'éducation sanitaire et aux démonstrations d'hygiène et de diététique. Si la fréquentation a baissé en valeur absolue, il est plus déplorable encore que le nombre des convocations ait baissé dans les mêmes proportions.

L'infrastructure et le personnel compétent étant en place, il est certain que le niveau antérieur des activités peut, à nouveau, être atteint rapidement. Si le secteur social ne retrouvait pas son dynamisme, c'est l'ensemble du fonctionnement des Centres SMI qui serait menacé.

LES ACTIVITES DES MATERNITES

Le nombre annuel des naissances en maternité a dépassé 11 500 et a atteint 11 700 en 1978, ce qui, compte tenu d'une population estimée en 1976 à 260 000 habitants, indique un taux de natalité de 45 ‰. Un chiffre légèrement supérieur semble plus conforme à la réalité. La population de BANGUI, qui s'accroît de 7 % par an, peut être évaluée à 284 000 habitants.

Le nombre réel d'accouchements, étant donné les naissances à domicile qui échappent au contrôle des maternités en particulier dans les quartiers périphériques, est approximativement de 13 500, soit un taux de natalité de 47 ‰.

Le taux de fécondité pour les femmes de 15 à 49 ans, a pu être déterminé par l'étude d'un groupe de 3 840 femmes qui, en 1978, ont donné naissance à 695 enfants. Ce taux de fécondité est donc de 181 ‰ en correspondance parfaite avec le taux de natalité qu'il ne fait que confirmer.

A - Les maternités

Il y a actuellement à BANGUI-ville trois maternités importantes auxquelles il convient d'ajouter une maternité privée et la maternité du camp militaire Kassaf.

Ce sont :

- la maternité E F de l'Hôpital (32 lits) où sont pratiqués 24,80 ‰ des accouchements,
- la maternité du CSU des Castors (40 lits), 64,24 ‰ des accouchements.
- la maternité du CSU de Ouango (12 lits) et 7,96 ‰ des accouchements (figure n° 17 et pourcentages 1978).

La maternité des Castors a remplacé la maternité G de l'Hôpital. Les chiffres du premier trimestre 1979 indiquent un accroissement de ses activités qui atteindront près de 70 ‰ des accouchements de la ville, soit environ 8 000 accouchements par an pour une capacité de 40 lits ; tour de force qui ne peut se faire qu'au détriment du confort des parturientes dont la durée d'hospitalisation ne dépasse jamais trente six heures pour les accouchements sans complications.

Conscientes des difficultés d'accueil des parturientes dans les maternités, les Autorités du Ministère de la Santé Publique ont décidé la création de deux nouvelles maternités: l'une de quinze lits dans le quartier populaire de Boy Rabé, dont la construction est terminée et qui sera inaugurée pendant l'été 1979, et l'autre dans les quartiers de Pétévo-Yapélé dont les travaux ne sont pas encore commencés. Il est aussi prévu la mise en fonctionnement de la maternité de Bégoua dès qu'un complément d'équipement y aura été apporté. Le financement de cet équipement est pris en charge par l'OCSS. Cependant à Bégoua comme à Boy Rabé, la mise en service des maternités risque d'être différée pour des problèmes d'adduction d'eau.

Ces créations nouvelles permettront une meilleure utilisation de la maternité des Castors, en faisant baisser un taux de fréquentation nettement trop élevé.

Les maternités du CSU des Castors et de Ouango ne disposent pas des mêmes moyens que celle du Centre Hospitalier Universitaire. Leur ravitaillement sanitaire est tout à fait irrégulier et insuffisant, disproportionné avec le volume de leurs activités. Les dotations en antispasmodiques, antibiotiques, antihémorragiques, et objets de pansement, sont notoirement inférieurs aux besoins.

Les dystocies et les prématurés sont évacués sur le Service de Gynécologie et d'Obstétrique du CHU. Les responsables des maternités se trouvent confrontés à des problèmes d'évacuation insolubles. Le service d'ambulance ne peut fonctionner correctement faute de chauffeurs, de carburant ou de pièces pour les réparations courantes ; aucun crédit n'est prévu dans ce domaine. Une ambulance en bon état de marche est cependant nécessaire pour faire face, en toute sécurité, aux besoins de chaque maternité.

B - Analyse des résultats (figure n° 16)

Le nombre des accouchements en maternité croît régulièrement de 6 % par an. Il est passé de 3 500 en 1974 à 11 700 en 1978.

Le nombre des accouchements prématurés croît selon le même rythme et représente 6,66 % des accouchements totaux (taux normalement admis : 6 à 9 %).

Les accouchements gemellaires représentant 1,34 % du nombre total des accouchements (moyenne pour les années 1974 à 1978). Ce pourcentage est légèrement supérieur aux normes classiques qui sont d'un accouchement gémeaire pour quatre vingt grossesses, soit 1,25 %.

L'étude du nombre mensuel d'accouchements pour la période de 1974 à 1978 (figure n° 18) et celle des variations saisonnières des naissances (figure n° 19), montre une diminution habituelle des naissances en Décembre, Janvier et Février, et une augmentation aussi nette en Septembre, Octobre. Le début de la saison sèche est donc, à la fois, la période du plus grand nombre de conceptions, et celle du nombre minimum d'accouchements.

Ce phénomène se reproduit de façon moins évidente en Août, Septembre, période de faible natalité avec nombreuses conceptions, et Avril, Mai, période de forte natalité.

C - Accouchements à domicile (figure n° 20)

Certains accouchements échappent totalement au contrôle des maternités. Ce sont ceux qui représentent la différence entre les 13 500 accouchements réels et les 11 700 dénombrés dans les maternités. Les certificats de naissance ne sont délivrés que par les sage-femmes, ce qui rend obligatoire la présentation des mères et des nouveaux-nés à la maternité. Ce document est indispensable pour l'enregistrement de l'enfant à l'état civil. A cette occasion la mère est examinée et, éventuellement, traitée ; un pansement ombilical et les soins post-nataux sont faits au nouveau-né. Ces accouchements, toujours entociques, contrôlés à posteriori dans les maternités, sont comptabilisés dans les registres.

Ils ne représentaient que 13 à 14 % des accouchements dénombrés par les sage-femmes en 1974, 1975, 1976 et 1977.

En 1978, ils se sont élevés à près de 20 % des accouchements enregistrés. Il y a trois causes principales à ces accouchements à domicile :

- le manque de place dans les maternités,
- l'éloignement de certains quartiers, le coût et les difficultés du transport de nuit,
- l'action énergique de certaines matrones influentes.

D - Enfants morts-nés (figures 22 & 24)

Partant de la base 100 en 1974, l'indice s'est élevé à 132,5 (32,5% d'augmentation) en 1978, après être passé par un maximum de 156 (56% d'augmentation) en 1977.

Deux constatations s'imposent :

Le nombre des morts-nés tend à augmenter ; cette augmentation est due surtout à celle des morts-nés macérés dont le nombre croît régulièrement. Il y a eu 215 morts-nés macérés en 1978 soit près de 40 % de l'effectif des morts-nés et 1,8 % des accouchements.

Ces chiffres importants correspondent apparemment à ceux, très élevés, des sérologies positives. Il est évident que les tréponématoses souvent diagnostiquées ne devraient pas rester sans traitement.

Quant au nombre des morts-nés simples, non macérés, il tend à rester stationnaire en valeur absolue et à diminuer en valeur relative, indiquant des progrès certains dans la surveillance des grossesses et dans les soins immédiats post-nataux.

E - Les avortements (figure n° 24)

En prenant comme référence une base 100 en 1974, le nombre des avortements augmente progressivement, passant à l'indice 138 (38% d'augmentation) en 1978.

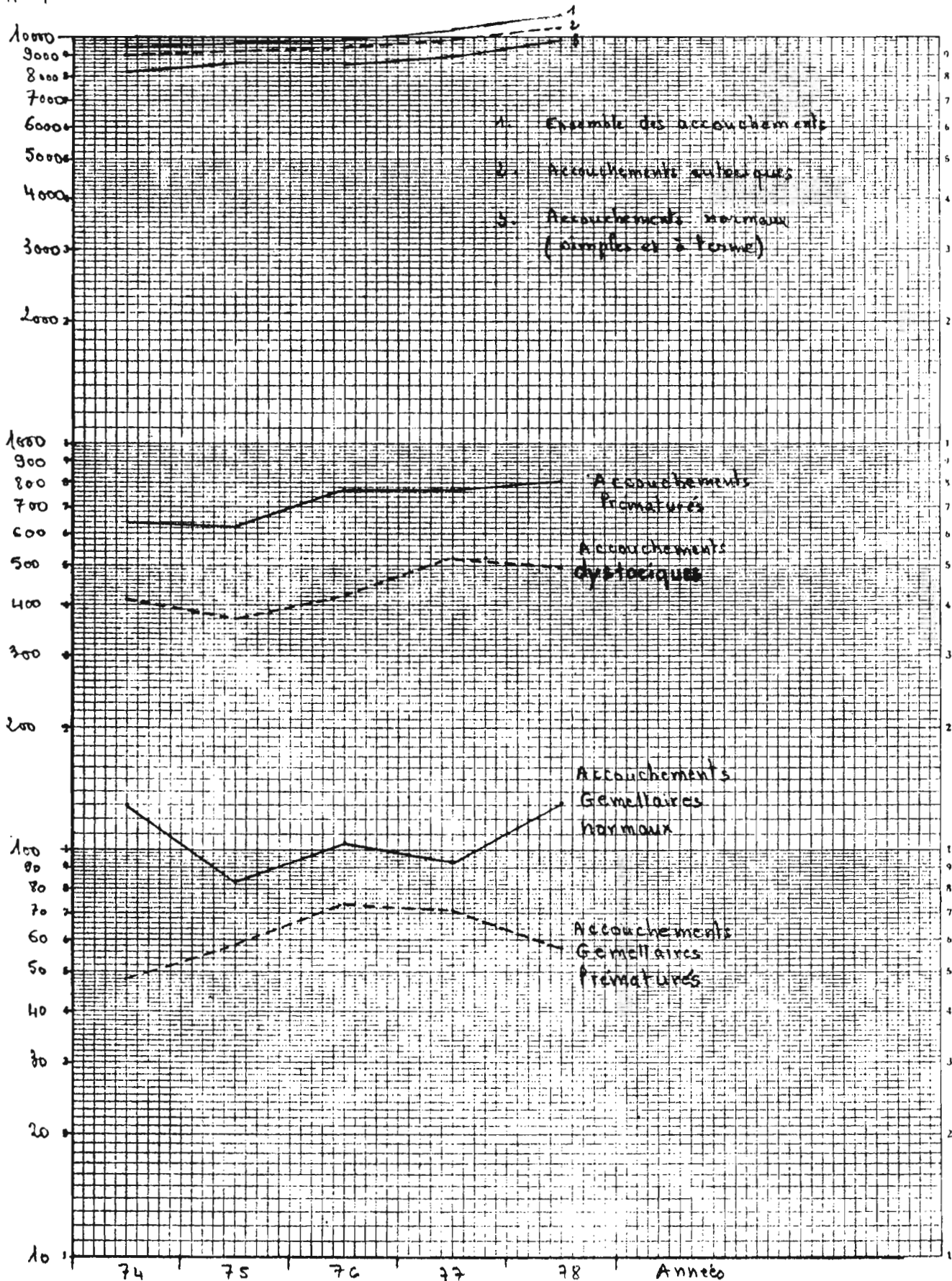
Cet accroissement, comparable à celui des morts-nés macérés, est peut être influencé par l'augmentation numérique des sérologies positives. On en a parfois confirmation par les résultats des prélèvements sanguins.

Les avortements provoqués ne représentent que 6,5 % du total des avortements, chiffre faible qui semblerait cependant en légère augmentation.

Les avortements sont généralement précoces et l'étiologie la plus fréquemment rencontrée est celle des grossesses à répétition chez des multipares jeunes. Les chiffres concernant les étiologies et les dates des avortements ne peuvent être produits ici en raison de leur exactitude douteuse.

Figure: n° 16. ACTIVITÉ DES MATERNITÉS

Effectifs



TOCHON-LEPAGE, PARIS, EDITEUR

QUADRILLÉ SEMI-LOGARITHMIQUE A 3 MODULES

Figure: n° 17

Répartition des accouchements selon la maternité
(en pourcentages)

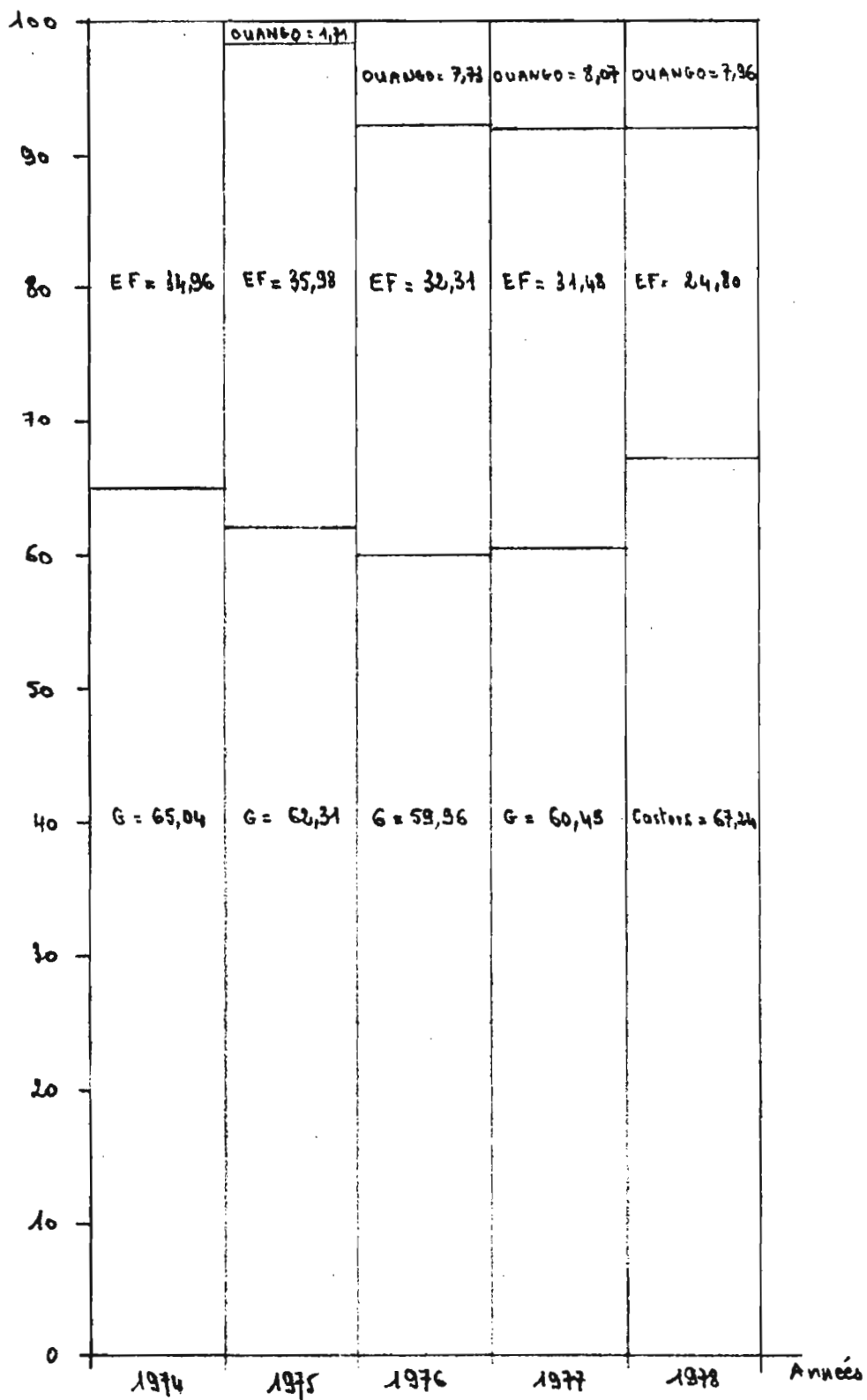


Figure n° 18

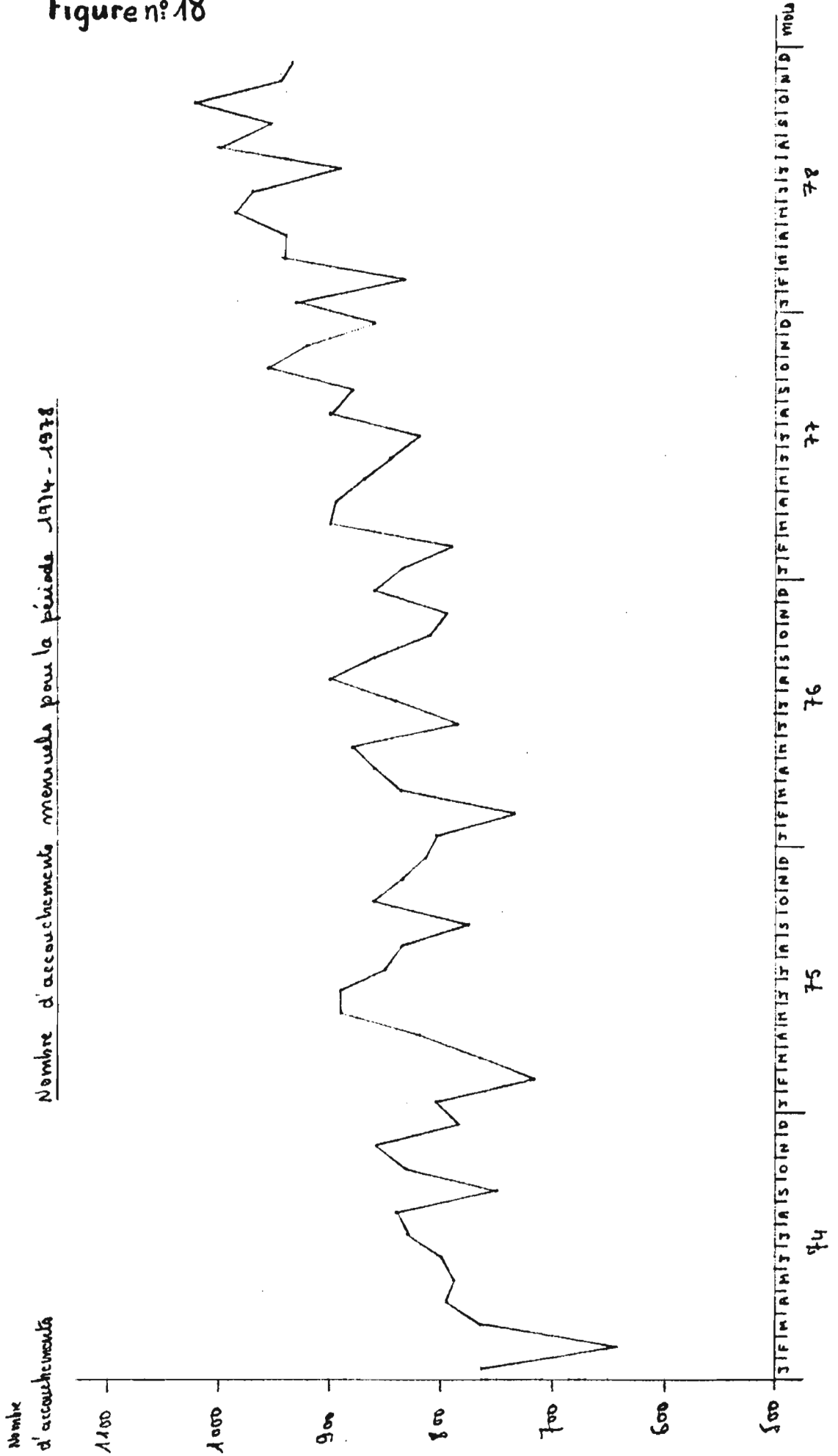


Figure n° 19

Variations saisonnières des naissances

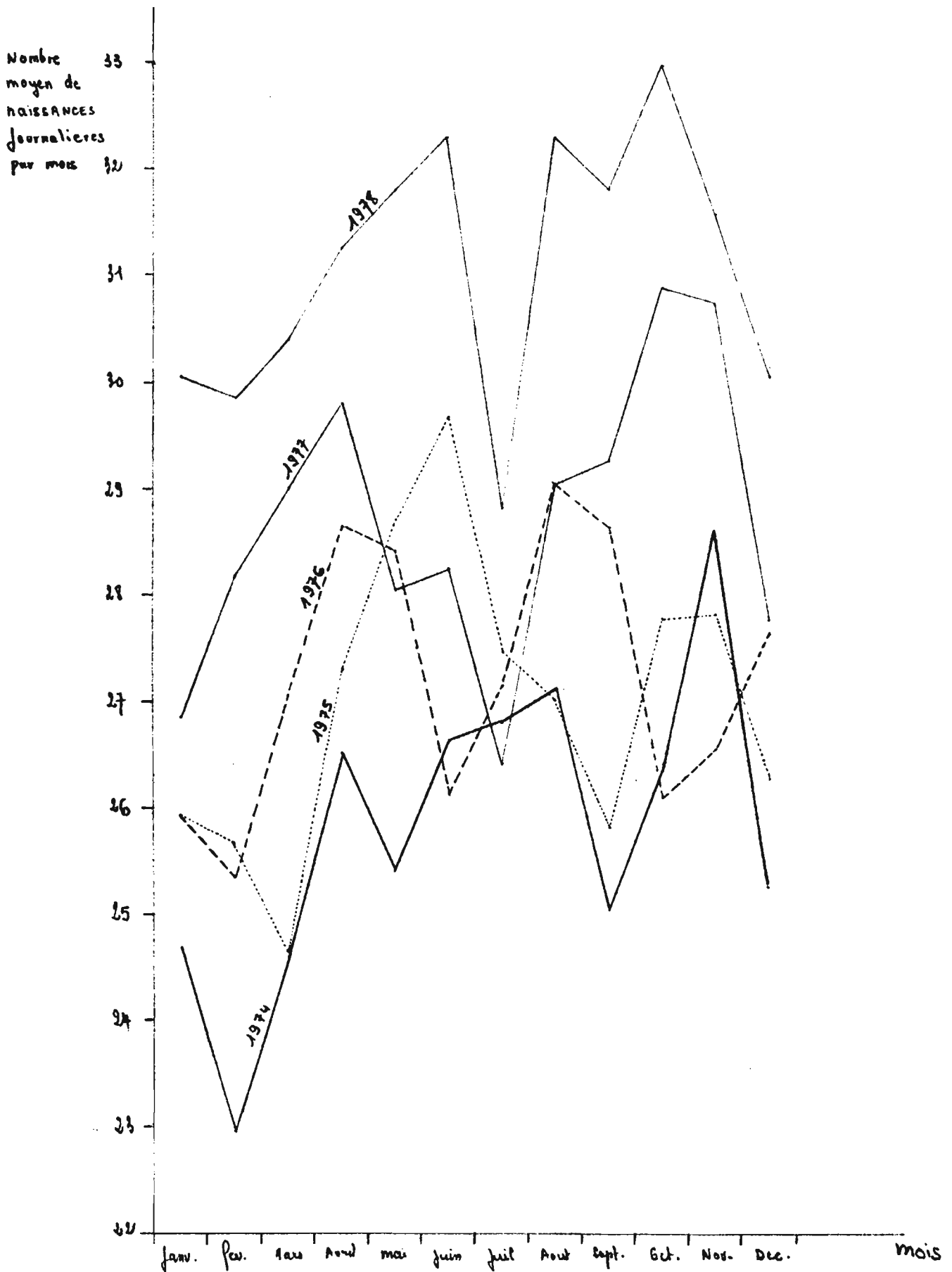
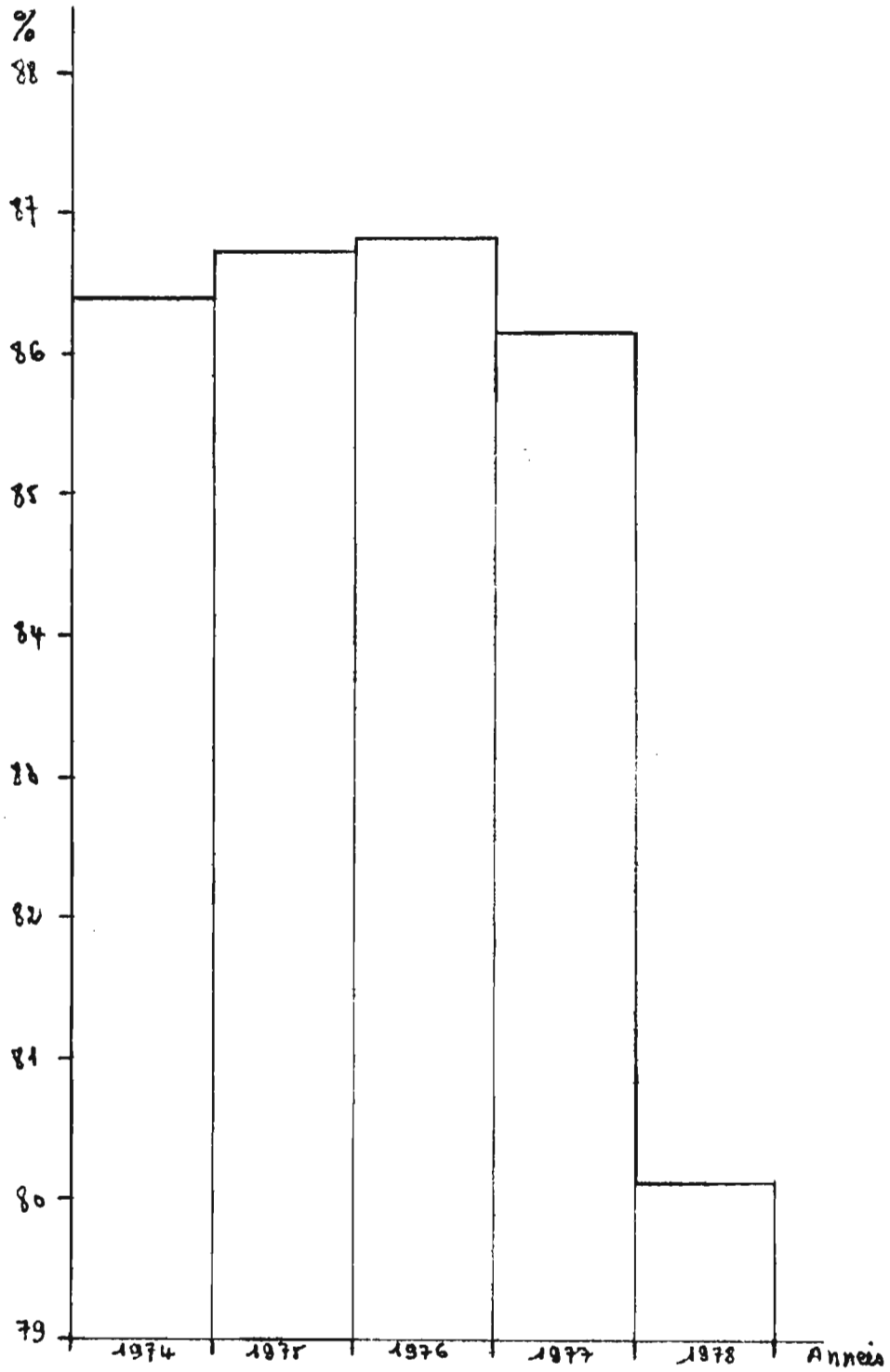


Figure n° 20

Proportions d'accouchements eutociques
à la maternité



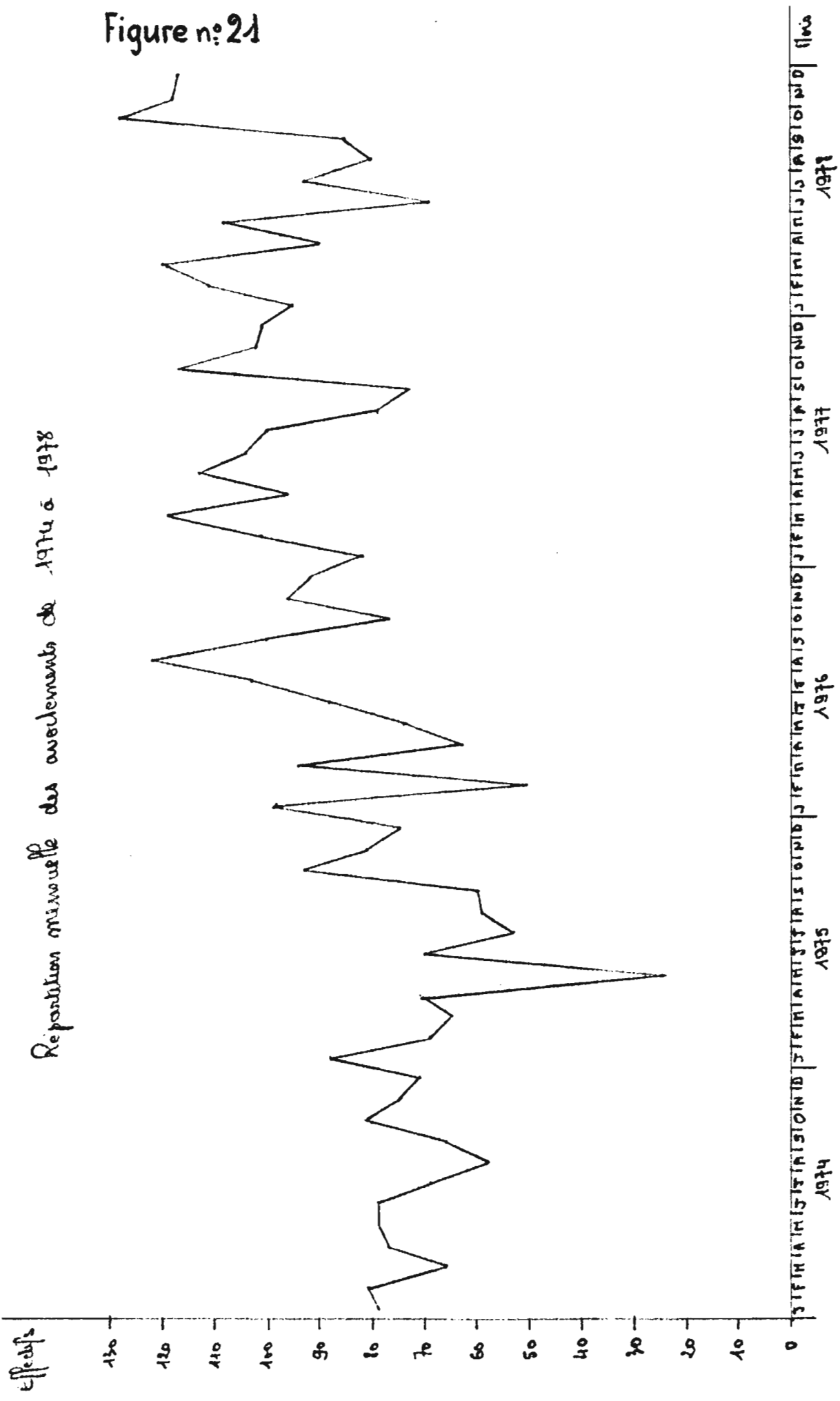


Figure n°22

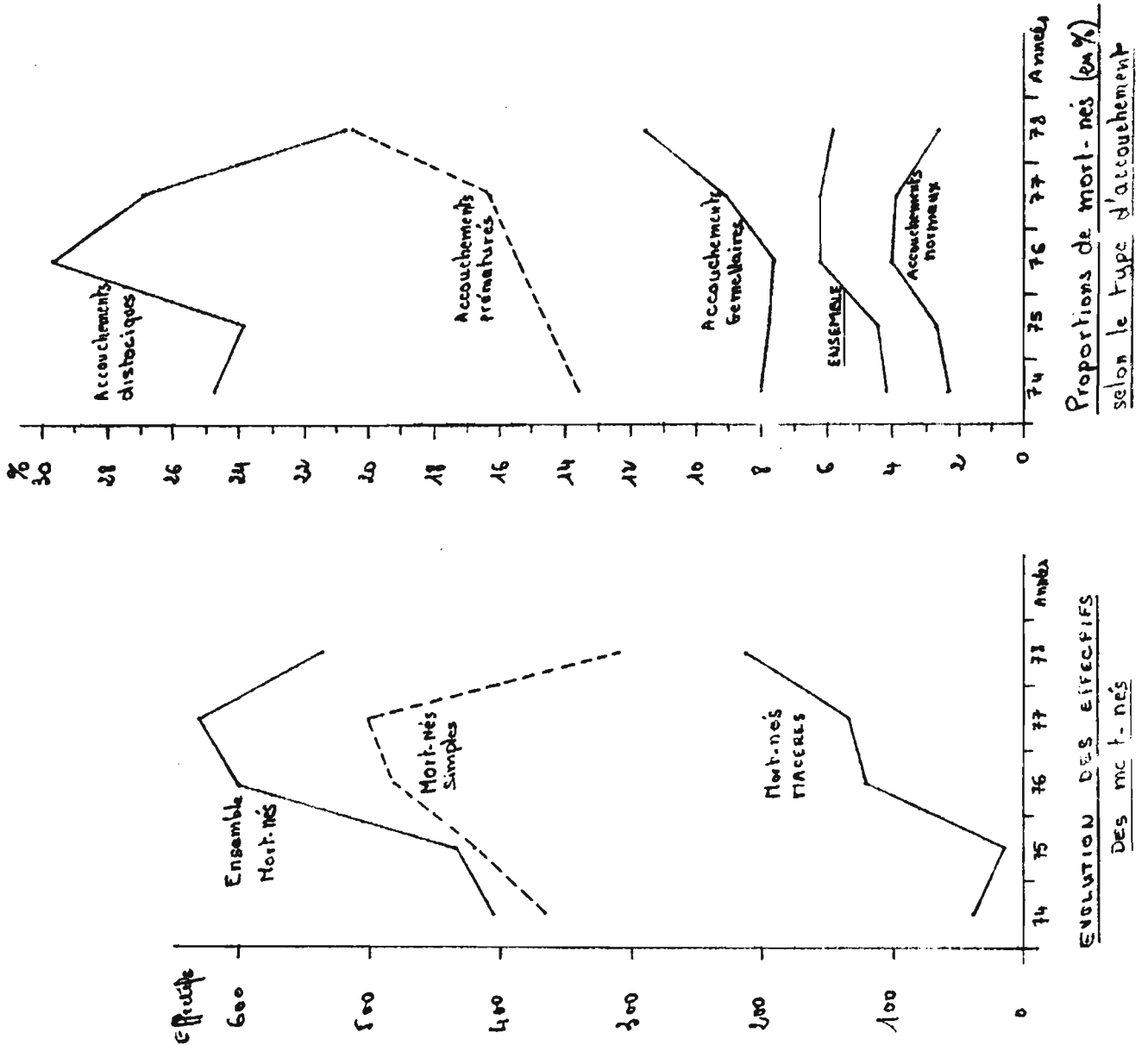


Figure n°23

Répartition des accouchements de 1974 à 1978 selon le type d'accouchement
(en pourcentages)

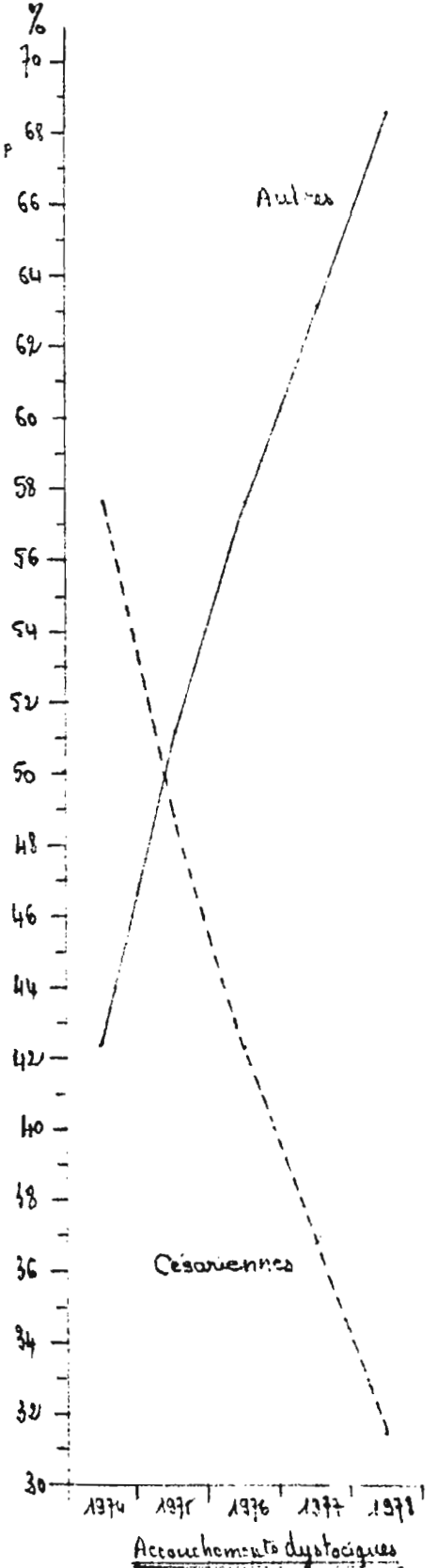
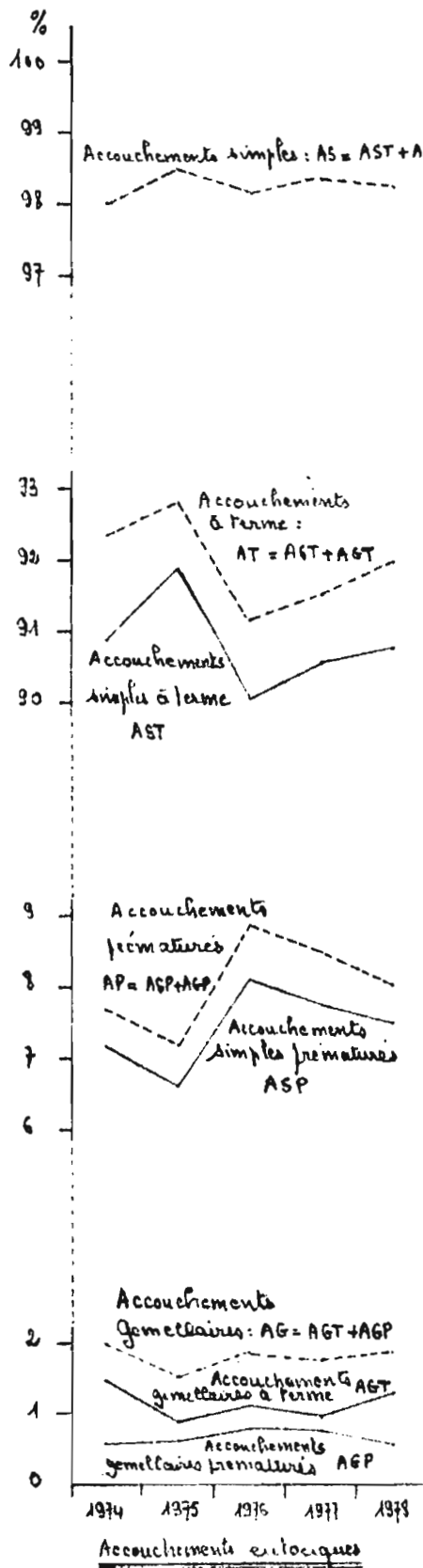
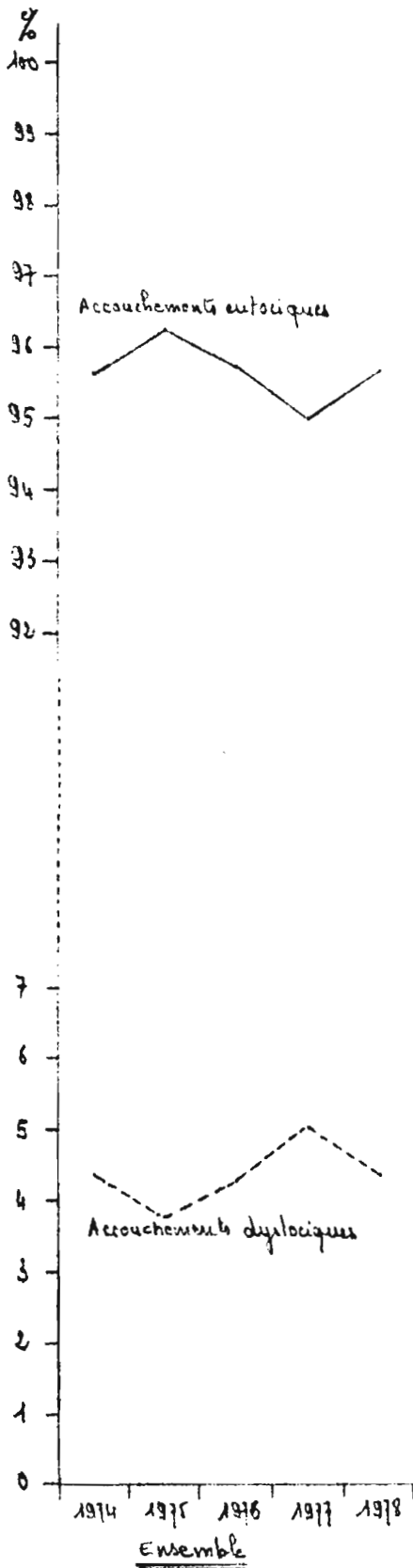
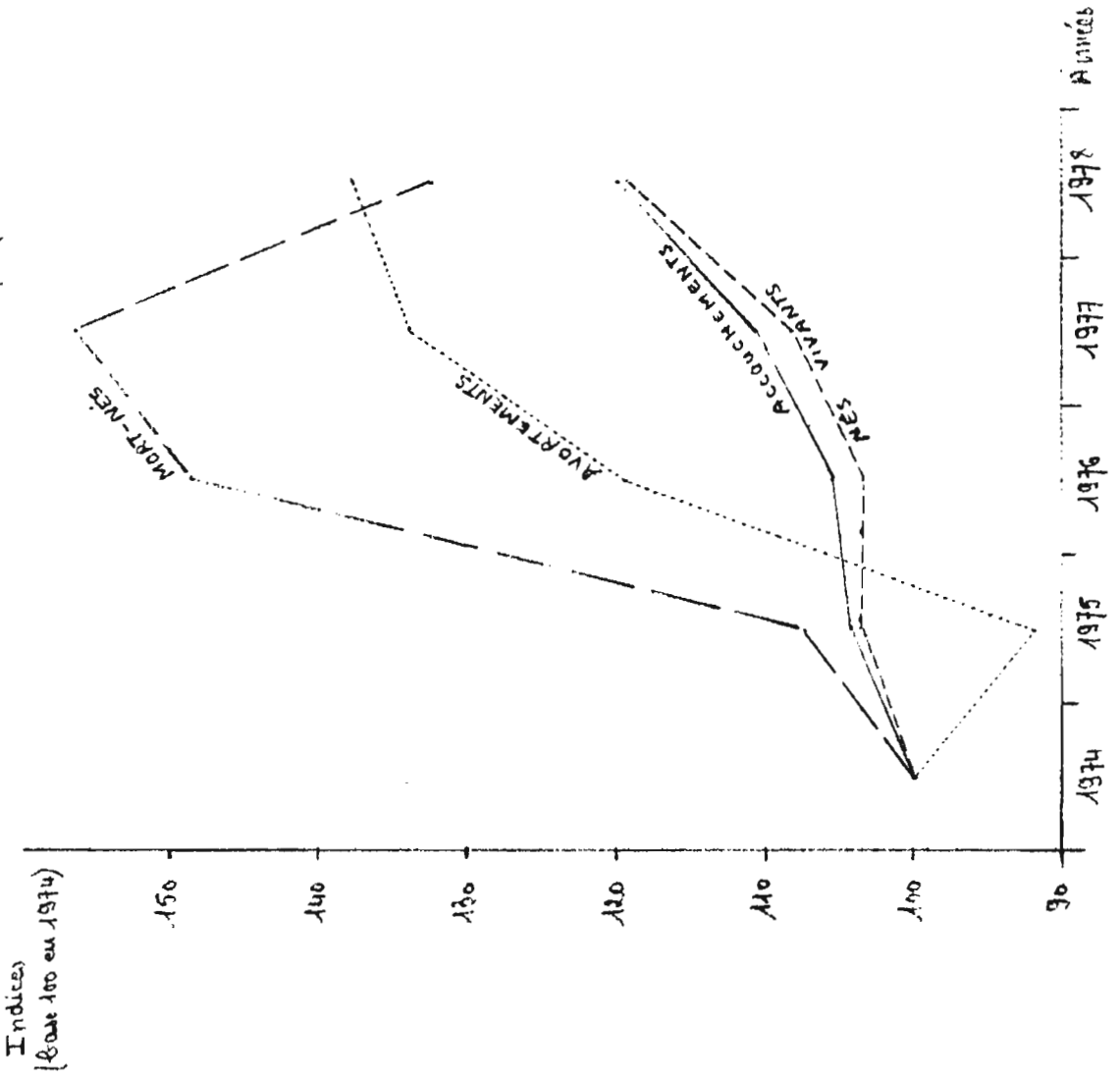


Figure n° 24

Évolution des accouchements, des naissances vivantes, des mort-nés et des avortements de 1974 à 1987 (base 100 en 1974)



F - Dystocies (figures 22 & 23)

Le rapport accouchements dystociques sur le nombre total des accouchements reste à peu près constant et ne dépasse pas 5 %.

Le nombre des morts-nés provenant d'accouchements dystociques a tendance à diminuer.

De 1974 à 1978, sur l'ensemble des dystocies, celles qui ont été traitées par césarienne sont passées de 58 à 32 % et le nombre des césariennes n'est plus que de 1,4 % des accouchements (Docteur LOCHOUARN). Ce chiffre semble très bas si on le compare à ceux de France par exemple.

Les résultats recueillis relatifs à la nature de ces dystocies pouvant manquer d'exactitude, nous indiquerons simplement que les dystocies osseuses (en particulier par bassin rétréci généralement) semblent proportionnellement plus fréquentes à l'inverse des dystocies dynamiques.

LES ACTIVITES DES DISPENSAIRES

Le nombre des consultations dans les onze dispensaires des Centres de Santé Urbains, s'est élevé à 554 213 en 1978 avec un accroissement de 5,5 % par rapport à 1977.

Le nombre des soins infirmiers (injections, pansements, actes de petite chirurgie) a été de 1 121 600, également en augmentation de 5,5 % par rapport à 1977.

Nous ne pouvons reproduire avec exactitude les chiffres relatifs aux consultations et soins effectués les années antérieures. Il semble cependant que l'accroissement des activités soit sensiblement en rapport avec celui de la population.

Les consultations ne peuvent être toutes faites par les huit médecins en service dans les dispensaires des Centres de Santé Urbains. Le rendement des médecins d'origines diverses (sept coopérants et un Centrafricain) est très variable selon leur formation et leurs facultés d'adaptation aux conditions de travail locales.

La grande majorité des consultations est encore pratiquée par des infirmiers choisis parmi les plus expérimentés qui, en général, donnent entière satisfaction.

L'affluence dans les dispensaires est en rapport avec l'importance de la population dans les quartiers.

Ainsi les activités du dispensaire du CSU de :

MAMADOU MBAIKI	représentent	16 %	des activités	totales
MALIMAKA	-	15 %	-	-
CASTORS	-	14 %	-	-
BOY RABE	-	10 %	-	-
LAKOUANGA	-	7 %	-	-
GOBONGO	-	7 %	-	-
OUANGO	-	7 %	-	-
PETEVO	-	7 %	-	-
YAPELE	-	6 %	-	-
NGARAGBA	-	6 %	-	-
OCSS	-	5 %	-	-

Les dispensaires ont tous la même capacité d'accueil, les locaux ont été bâtis selon des plans identiques. Lorsque les consultants ne sont pas trop nombreux ils sont suffisamment vastes pour répondre à la demande. Mais ils sont beaucoup trop exigus et d'un agencement trop rudimentaire pour faire face à l'affluence sans cesse croissante des usagers dans les quartiers très peuplés notamment Mamadou Mbaïki, Malimaka, Castors, Boy Rabé et Gobongo. Des travaux d'agrandissement et d'aménagement devraient rapidement y être effectués.

La plupart des CSU se trouvent situés à proximité de bâtiments publics (locaux administratifs, écoles, marchés) et sont envahis par les badauds et curieux qui viennent grossir la foule des consultants ainsi que par des personnes qui y causent des dégradations. A l'occasion des larcins en médicaments et en matériels sont constatés. Pour ces raisons tous les CSU devraient être clôturés.

Le bon fonctionnement de certains dispensaires est entravé par des problèmes matériels quidevront être rapidement résolus, par exemple : manque d'eau au CSU de Boy Rabé et de Gobongo - pas d'électricité au CSU des Castors et de Gobongo.

Les Laboratoires :

Les affections endémiques palustres et parasitaires nécessitent des examens de laboratoire simples et peu onéreux. Chaque dispensaire possède un laboratoire correctement équipé dont le fonctionnement est assuré par deux laborantins expérimentés. Les examens sont nécessaires pour confirmer des diagnostics trop souvent évoqués à la légère qui sont suivis parfois de traitements inutiles.

Ainsi ont été effectués en 1978 : 101 280 analyses de selles, 50 200 gouttes épaisses, 4 500 frottis pour recherche de microfilaires et 2 080 culots urinaires pour recherche d'oeufs de schistozoma hématobium.

Les résultats de ces analyses élémentaires sont éloquentes: 65 % des examens de selles, 50 % des gouttes épaisses et 25 % des frottis donnent des résultats positifs. En ce qui concerne les culots urinaires, ces examens sont en progression de 70 % par rapport à 1977 en raison des nombreux cas d'hématuries relevés en 1978.

Pendant les quatre premiers mois de 1979 il en a déjà été pratiqués 1630.

Ont été traités, après confirmation du diagnostic par les examens de laboratoire : 5 184 bilharziozes intestinales à schistozoma Mansonii (augmentation de 6 % par rapport à 1977), 1 098 filarioses et 1 654 bilharziozes vésicales (en augmentation de 80 % par rapport à 1977).

Pendant les quatre premiers mois de 1979, le nombre des cas de bilharziozes vésicales découverts dans les Centres de Santé Urbains de BANGUI a dépassé 200 par mois. Il semble donc que fin 1978 et 1979 il y ait eu une véritable poussée épidémique de cette maladie qui a touché en particulier des sujets du sexe masculin de 7 à 14 ans (65 % des cas).

Les Parasitoses intestinales :

A la demande d'un médecin expert de l'OMS, une étude a été faite sur les analyses de selles d'un groupe de 2 200 sujets des deux sexes et de tous les âges à partir de dix-huit mois. Il s'agissait de personnes accompagnant des malades, qui ne consultaient pas.

Les résultats ont montré 58 % de sujets parasités, 5 % de polyparasités et 37 % de non parasités.
17 % présentaient des oeufs d'ankylostomes,
17 % des oeufs d'ascaris,
9 % des oeufs de schistozoma Mansonii,
6 % des anguillules,
et 6 % étaient porteurs de kystes d'amibes dysentériques.

Si nombre de porteurs ne sont pas réellement atteints de maladies parasitaires, les résultats montrent bien que l'éradication de ces affections est bien plus du domaine de l'hygiène individuelle et collective, de l'assainissement de la ville et des habitations, que de celui du traitement de malades sans cesse réinfestés.

La pathologie courante, exception faite des maladies tropicales et de la drépanocytose, n'a rien de très caractéristique. Cependant il faut citer :

Les pneumopathies aiguës virales ou bactériennes qui surviennent surtout à la fin de la saison des pluies et à la fin de la saison sèche (800 à 1200 cas dénombrés chaque année). Ces affections réagissent habituellement très bien au traitement précoce et l'hospitalisation peut souvent être évitée.

Les amibiases hépatiques (300 à 400 cas relevés annuellement sur les rapports des CSU). Leur évolution est très rapide, mais elles guérissent aussi rapidement lorsque le diagnostic est précoce et le traitement immédiat. Plus de la moitié des malades atteints d'amibiases hépatiques sont hospitalisés.

La gâle, qui se présente généralement sous forme de dermatoses surinfectées et parfois eczématisées, atteint un nombre considérable de sujets (13 000 cas dénombrés en 1978). Le diagnostic de cette affection étant souvent difficile, un spécialiste le Docteur KOPP a permis aux infirmiers lors de consultations itinérantes dans les dispensaires, de se familiariser avec les signes chroniques de la gâle et leur a donné des conseils thérapeutiques qui, malheureusement, ne peuvent pas toujours être suivis en raison du coût du traitement.

Si les rapports hebdomadaires et mensuels des Centres de Santé Urbains de BANGUI font état d'activités numériquement très importantes, leur fonctionnement pourrait être meilleur et la qualité des soins nettement améliorée.

Les dispensaires, en effet, ne disposent d'aucun crédit de fonctionnement, leur ravitaillement sanitaire est très insuffisant, sans aucun rapport avec les besoins et leur équipement matériel encore bien sommaire.

L'infrastructure et un personnel nombreux et compétent existent.

La mise en place de moyens financiers, une dotation régulière et suffisante en médicaments d'usage courant, un apport en matériel technique et d'exploitation permettraient aux dispensaires de devenir rapidement les centres de traitement espérés par la population de la ville de BANGUI.

BANGUI, le grand village, choisi en 1889 comme fin de parcours de la navigation fluviale depuis Brazzaville, devenue Capitale de l'Empire Centrafricain, atteindra probablement en moins de cent ans les 400 000 habitants. Dans la période 1965-1975, en dix ans, la population aura doublée, pour 30 % en accroissement naturel, pour 70 % en migration soit un accroissement général annuel moyen de l'ordre de 13 000 individus.

La présente étude permet de mesurer l'action des Centres de Santé Urbains - dispensaires, centres de santé maternelle et infantile, maternités - face à un environnement humain complexe, composé de citadins, néo-citadins et migrants, dont plus de 200 000 résident sur une plaine marécageuse et dont la majorité, faute de moyens financiers appropriés ne peut accéder à l'achat des médicaments en conditionnement individuel dans les pharmacies privées.

Les Centres de Santé Urbains ont donc une vocation humanitaire et sociale, et l'on a présenté dans les différents chapitres les résultats des actions préventives, des actions curatives, et des actions sociales, et il est heureux que la mise en place du dispositif actuel corresponde à cet important accroissement signalé plus haut.

Près de la moitié de la population de BANGUI est théoriquement concernée par la Protection Maternelle et Infantile - 25 % de femmes, 22 % d'enfants de moins de six ans -. Or on constate que la plupart des taux de couverture calculés sont très élevés ; pour les femmes enceintes on estime ce taux au-delà de 90 % - fréquentation élevée dans les Centres et pour les trois visites pré-natales, 13 500 femmes enregistrées en 1978 - pour les naissances, la PMI couvrirait 95 % des accouchements en maternité et 84 % des naissances à BANGUI. Toutefois, la fréquentation post-natale est moins satisfaisante, avec cependant un taux de l'ordre de 65 % pour le groupe d'enfants du premier âge, mais à peine plus de 20 % pour le second âge.

Quant à la protection maternelle, dont la population concernée a pris tout à fait conscience de son intérêt, on notera encore que la vaccination des femmes contre le tétanos a été satisfaisante en 1978 - immunité de 50 % des effectifs - mais habituellement tributaire d'une trop grande irrégularité d'apport en vaccins. En pathologie gynécologique quelques études sur les stérilités primaires appuient les estimations faites, il se confirme le nombre très élevé des maladies infectieuses génitales et génito-urinaires. Un centre de lutte contre les maladies sexuellement transmissibles est à l'étude avec l'OMS.

Dans le cadre de la Protection Infantile on soulignera pour la drépanocytose le pourcentage de 20 % d'enfants de deux à quatre ans positifs au taux d'Emmel et le taux de 22 % parmi l'ensemble de la population mais les Centres SMI ne peuvent dépister et traiter convenablement cette affection. Les cas de paludisme chez les enfants soumis à une chimioprophylaxie plus ou moins bien conduite sont nombreux. Pour les parasitoses intestinales on constate 75 % des enfant

atteints dont 35 % de polyparasités après un an. Concernant les vaccinations seules les DT Coq Polio sont pratiquées dans les Centres SMI, mais là encore les résultats sont fonction de l'apport du vaccin. Il faudra la forte épidémie de rougeole de début 1978 pour organiser une campagne. Cette maladie survient par épidémie annuelle en saison sèche, plus forte tous les deux ans. La couverture immunologique de la campagne 1979 serait de 71,2%.

L'intérêt des campagnes de vaccinations contre la rougeole et la fièvre jaune faites pratiquement à domicile dans les Centres de Santé Urbains, est évident. Notons qu'actuellement plus de 90 % des enfants ont le BCG effectué au Secteur 1 des Grandes Endémies et grâce à l'action déterminante des sage-femmes.

Au niveau des trois maternités importantes de BANGUI, il faut signaler la Maternité des Castors où, pour quarante lits, s'effectuent près de 70 % des accouchements de la capitale, soit environ 8 000. Ceci s'effectue bien sur au détriment du confort des parturientes et les Autorités ont donc décidé la création de deux nouvelles maternités. Il faut signaler, par ailleurs, que le nombre des mort-nés est en augmentation due surtout à l'accroissement du nombre des mort-nés macérés. Par ailleurs, le nombre des avortements augmente lui aussi, ils sont généralement précoces et l'étiologie la plus fréquemment rencontrée est celle des grossesses à répétition chez les multipares jeunes.

Les activités des dispensaires concernent, d'une part, les consultations en augmentation de 5,5 % par an, d'autre part, les examens de laboratoire, 90 000 résultats positifs sur 158 000 examens. Le nombre de cas de bilharziozes vésicales découvertes dans les Centres de Santé Urbains indique une véritable forme endémique de cette maladie qui a touché un particulier des sujets du sexe masculin de 7 à 14 ans. La gâle est à signaler également, elle atteint un nombre considérable de sujets.

L'activité des Centres de Santé Urbains fait face à un environnement humain complexe, mais aussi un environnement écologique influant sur la santé. On a constaté dans le présent rapport, par exemple, l'influence des saisons sur l'alimentation se répercutant sur le poids des enfants, ou l'influence de la situation géographique des quartiers, la salubrité - habitations et marigots. Notons aussi que l'hygiène individuelle et l'hygiène collective sont loin d'être satisfaisantes.

On doit aussi noter que le frein le plus important porté aux actions des Centres de Santé Urbains, concerne les moyens. Les onze dispensaires et PMI et les trois maternités servis par sept médecins, vingt-cinq sage-femmes, onze assistantes sociales, et onze infirmiers majors, n'ont pas toujours les moyens suffisants.

Les coûts des prescriptions, les traitements trop onéreux sont la cause d'une part de l'abaissement des taux de fréquentation des Centres de Santé Urbains au fil du mois après la naissance de l'enfant, d'autre part du faible rendement dans la lutte contre les maladies infectieuses génitales et la drépanocytose, du peu de suivi des examens sérologiques, des difficultés

pour les régimes dans l'anémie gravidique et du post-partum.

Au niveau de l'action immédiate, les approvisionnements sont limités et souvent irréguliers, c'est le cas par exemple des vaccins.

Cette limitation et cette irrégularité des moyens font probablement que sur le plan global des activités, l'accroissement annuel reste de l'ordre de celui en population de la ville, environ 5 à 6 %.

La fréquentation des Centres de Santé Urbains est variable et l'on a remarqué un rapport certain entre cette fréquentation et le nombre d'activités (consultations, consultations + vaccins, etc...) lui même fonction des moyens mais aussi des capacités de dévouement du personnel.

Tous les résultats présentés ici sont porteurs d'espoir mais ils ne doivent pas cacher l'énorme effort humanitaire et social qu'il reste à faire.
