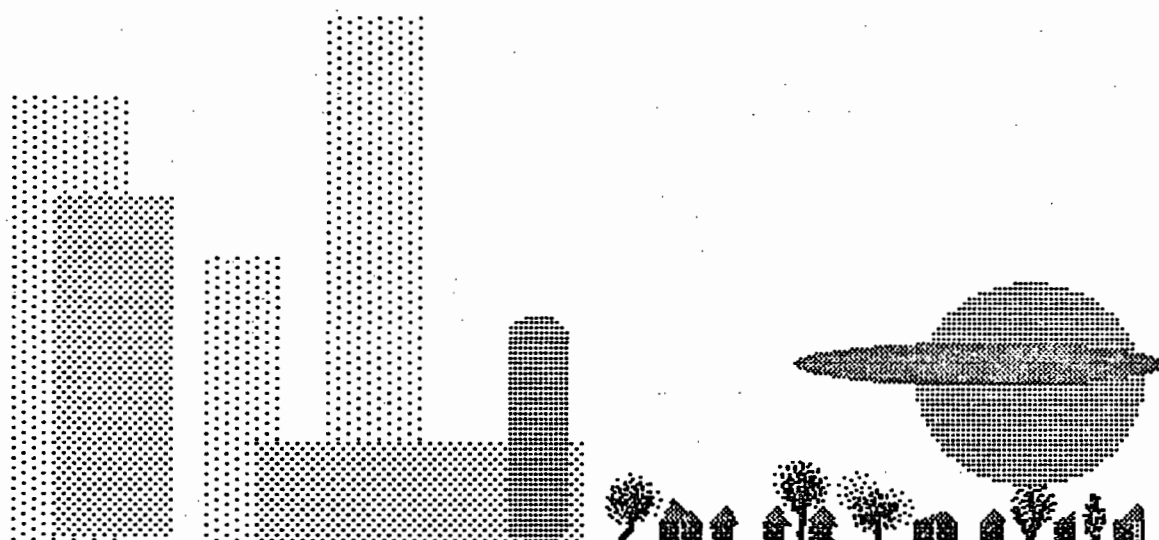


SANTÉ et URBANISATION



ORSTOM

**Institut Français de Recherche
Scientifique pour le Développement
en Coopération**

Correspondance : Marc LALLEMANT

Département "Urbanisation et Sociosystèmes Urbains "

24, rue BAYARD, 75008 PARIS

CONTRAT MRT N° 83L0439

Ce rapport intermédiaire 84-85 est présenté de la façon suivante :

- I - Rappel de la problématique et de la démarche adoptée pendant la première phase du programme
- II - Liste et calendrier des opérations de la première phase terminées ou en cours.
- III - Etat d'avancement en Janvier 1985 des opérations principales.
Bibliographie.
- IV - Perspectives 85-86
- V - Annexe A : publications et rapports
Annexe B : questionnaires d'enquête

LA PROBLEMATIQUE

En 1979 le Ministère de la Recherche Français mettait en place un Comité d'Experts chargés de réfléchir sur les problèmes urbains des pays en voie de développement.

Le bilan de ses travaux faisait apparaître, entre autres, le manque de connaissances sur les problèmes de santé que connaissent les citadins de ces grandes villes et l'urgence de leur étude.

Pour dynamiser des recherches en ce sens, le Ministère lançait en 1982 le thème de recherche "Santé et Urbanisation".

Des équipes se sont fédérées sur ce thème pour constituer une Unité de Recherche au sein du Département de recherches urbaines de l'ORSTOM (1).

Le programme "Santé et Urbanisation" de Brazzaville a 18 mois.

A ce stade, il a semblé nécessaire de faire le point alors que les différentes opérations de recherche en sont encore aux phases d'exploitation ou de recueil des données. En effet, le programme s'est situé dès le départ dans une perspective de "santé publique". Mais il a fallu que cette notion, initialement très intuitive, s'incarne dans les différentes actions de recherche pour qu'il devienne clair que la "santé publique" donnait toute sa cohérence à l'ensemble.

1. Une approche de santé publique.

Comment caractériser une approche de santé publique?

1) Son objet est, en premier lieu, l'étude de la santé d'une population déterminée, en l'occurrence, une "population urbaine".

2) Elle est finalisée : par une meilleure compréhension des effets et des causes, on doit aboutir à des propositions concrètes pour améliorer la santé de la population.

3) Ses propositions s'adressent, en premier lieu, aux pouvoirs publics.

(1) L'unité de Recherche "Urbanisation et Santé" du département "Urbanisation et socio systèmes urbains" de l'ORSTOM est composée de trois équipes travaillant respectivement à DAKAR (Sénégal), MARADI (Niger) et BRAZZAVILLE (Congo).

4) Ses propositions sont formulées en fonction des instruments d'intervention dont disposent les pouvoirs publics.

Dans ce contexte, la santé est considérée comme un état. L'approche de santé publique veut se donner les moyens de mesurer cet état. L'état de santé d'une population n'est pas perçu directement mais mesuré indirectement au travers d'un certain nombre d'indicateurs.

Lorsque nous disons que la santé publique veut se donner des moyens d'apprécier l'état de santé d'une population (des indicateurs), c'est parce que l'indicateur synthétique dont la signification serait parfaitement claire et le maniement aisé reste encore à découvrir.

Les indicateurs couramment utilisés (2) (mortalité infantile, mortalité juvénile, etc.) donnent chacun une vision partielle de l'état de santé. Mais ils ont dans notre perspective un autre défaut majeur : ils ne nous permettent pas de remonter aux causes. Il est clair, par exemple, que la mortalité infantile nous amènera à des considérations trop générales (opposition villes/campagnes; différences entre catégories socio professionnelles, etc.) pour déboucher sur des propositions réellement opérationnelles.

Parmi l'ensemble des indicateurs possibles, nous avons choisi d'évaluer l'état de santé :

- * en observant la croissance des jeunes enfants (croissance staturo pondérale et développement psycho moteur);
- * en observant les événements de santé survenus au cours et à l'issue des grossesses.

Le choix de ces indicateurs désigne immédiatement la population objet de l'étude: celle des enfants. Toutefois l'étroitesse des relations entre la mère et son enfant nous amène à prendre en compte de facto le couple mère enfant.

(2) Pour un inventaire des indicateurs utilisés cf. Elaboration d'indicateurs pour la surveillance des progrès réalisés dans la voie de la santé pour tous d'ici l'an 2000. O.M.S., Genève, 1981, 102 p.

L'étude de la croissance de l'enfant offre un avantage majeur : elle est mesurable de façon simple.

L'observation des événements entourant la grossesse n'est pas, contrairement à la croissance, une mesure "classique" de l'état de santé. En réalité, elle recouvre deux aspects.

La grossesse est le début de la croissance de l'enfant, évidence qu'il est bon de rappeler. Les modalités du développement du nourrisson sont largement conditionnées par sa vie intra utérine.

La grossesse est, par ailleurs, un moment de "fragilité". Tous les travaux récents ont montré l'importance des conditions de vie de la mère sur le bon déroulement de la grossesse. La vérification en a été faite directement par l'impact sur la mortalité et la morbidité péri-natales de mesures préventives tel que le repos maternel.

Les deux indicateurs retenus nous apparaissent comme des instruments de mesure particulièrement sensibles de l'état de santé.

La population sur laquelle ces indicateurs sont mesurables est révélatrice à trois niveaux :

- * il est admis que l'état de santé des jeunes enfants renseigne sur l'état de santé général. Dans cette mesure il permet de comparer la situation sanitaire de populations, d'évaluer les progrès réalisés à la suite d'interventions de santé dirigées vers l'ensemble de la population;
- * elle est particulièrement sensible aux conditions de vie urbaine que nous voulons saisir (l'habitat, les situations socio économiques, les aspects culturels...). Dès lors elle est révélatrice des conditions de vie de l'ensemble des citadins;
- * enfin, et c'est essentiel, le choix de cette population ne privilégie aucun statut social, aucun groupe ethnique, aucun lieu de résidence. En cela elle représente bien l'ensemble de l'espace urbain et de ses composantes sociales.

En résumé, les indicateurs retenus sont facilement accessibles et permettent une mise en relation de la santé et des conditions de vie urbaines.

L'autre propriété de cette population est d'être sans passé. Bien évidemment, il existe pour l'enfant un patrimoine génétique mais aussi culturel et social, sans omettre le passé obstétrical de sa mère.

Pour établir des relations entre santé et conditions de vie, nous ne pouvons pas, tant sur le plan méthodologique que sur celui des moyens, suivre une population (même rétrospectivement) pendant des dizaines d'années et prendre en compte tous les environnements successifs qu'elle a traversés. Nous nous trouverions, alors, confrontés à des pathologies d'accumulation (infarctus, hypertension artérielle) dont la compréhension nécessite une remontée dans le temps.

La population enfantine, elle, est soumise à des pathologies aux causes très immédiates, telle la diarrhée par exemple, dont il n'est pas nécessaire de rechercher très loin l'origine lorsqu'elle est due à la pollution de l'eau de boisson.

Les facteurs environnementaux récents sont déterminants.

Les mesures de l'état de santé sont influencées par deux grands domaines fortement liés : la morbidité et la nutrition.

La morbidité ne peut être conçue qu'au niveau d'une population ; elle peut être définie comme l'ensemble des pathologies rencontrées avec leur fréquence et leur gravité respectives. L'impact de la morbidité ne peut être apprécié qu'avec des critères qui privilégient nécessairement certains aspects, par exemple, l'incapacité de travail, de fonder une famille, le coût économique, la mortalité éventuelle, le "vécu" de la maladie, etc.

Nous aurions pu appréhender la morbidité à partir des statistiques d'activités ou encore du coût représenté par l'occupation des lits d'hôpitaux ; mais alors, morbidité et mesure de la santé n'auraient pu être liées.

Nous envisageons la morbidité sous l'angle particulier de ses effets sur la courbe de croissance de l'enfant.

Dans cette perspective, il est clair que nous ne retiendrons pas toutes les pathologies. Ainsi, l'infarctus n'apparaîtra pas car il ne concerne pas la population cible. Il en sera de même pour le tétanos : sa fréquence est faible et son issue presque toujours fatale ; il n'intervient donc pas sur la courbe de croissance de l'enfant. Il en est de même des maladies bénignes (oreillons...) qui sont sans effet sur la croissance de l'enfant.

L'effet de la morbidité sur le développement staturo-pondéral et psychomoteur de l'enfant est direct (3). Mais il s'exerce aussi en relation étroite avec la nutrition. Une pathologie bénigne peut prendre des formes graves chez des enfants à l'état nutritionnel précaire. A l'inverse une maladie peut constituer le point de départ de problèmes nutritionnels graves.

Ainsi la particulière sévérité de la rougeole en Afrique s'explique, peut être, par l'état nutritionnel limite des enfants. A l'inverse, l'hospitalisme(4) qui peut lui être associé entraîne des troubles sérieux du comportement alimentaire qui conduisent à un état de malnutrition.

Il est superflu d'exposer en détail l'effet spécifique et direct de la nutrition sur le développement de l'enfant. Rappelons que l'état nutritionnel de la mère pendant la grossesse le conditionne en partie.

La question est maintenant celle de la place, dans l'explication de l'état de santé, des variables proprement urbaines.

Ces "variables urbaines" relèvent grossièrement de trois grands domaines : culturel, socio économique et environnemental (habitat, assainissements, climat, etc.). Ce découpage est utile pour la clarté de la démarche, mais nous savons que ces catégories ne peuvent en aucun cas être dissociées.

Cet enchaînement "état de santé - indicateurs morbidité/nutrition - variables urbaines" constitue le premier moment de la démarche de santé publique. Cette dernière ne prend tout son sens qu'en raison de son caractère finalisé.

(3) Nous savons par ailleurs que des variables psycho affectives interviennent dans la croissance des enfants ; elles ne sont pas envisagées pour l'instant.

(4) Hospitalisme : traumatisme psycho affectif lié à l'hospitalisation.

A la notion de santé est inévitablement attachée celle de "besoin d'une meilleure santé". Par son souci d'être opérationnelle, la santé publique prend non seulement en compte les besoins mais aussi la demande. Les deux sont liés mais ne sont pas superposables. Certaines demandes ne correspondent pas à des besoins réels de santé. Par exemple, l'utilisation des corticoïdes pour blanchir la peau est une demande réelle qui s'adresse souvent au médecin ou à l'infirmier mais qui ne correspond pas à un besoin de santé. En même temps, elle pose de réels problèmes de santé dans la mesure où l'usage de corticoïdes met en danger les utilisateurs. Une réponse de santé publique a d'ailleurs été apportée à cette demande par les autorités congolaises en contrôlant étroitement la vente du médicament. Une intervention visant à modifier les normes esthétiques aurait été également une réponse de santé publique.

A l'inverse, des besoins réels non encore identifiés peuvent être mis à jour à partir de demandes exprimées à divers niveaux (individus, familles, collectivités locales, catégories socio-professionnelles, pouvoirs publics, etc.), et aussi à partir des différents systèmes de surveillance sanitaire en place.

Face à ces demandes et besoins, des réponses de différentes natures sont mises en oeuvre. Ces relations entre réponses (5), demandes et besoins sont constitutifs du "système de santé".

Les trois éléments essentiels de ce système sont : la connaissance, les pratiques et les institutions (entendues au sens large). La compréhension et l'analyse du "système de santé" passent en particulier par l'éclaircissement des relations entre d'une part le "système de soins" (6) (identifiable à partir de l'ensemble des itinéraires thérapeutiques possibles) et d'autre part, les rôles, fonctions et statuts des individus et des institutions. Ainsi, par exemple, le service d'hygiène et d'assainissement d'une ville et la connaissance médicale d'une mère de famille font bel et bien partie du système de santé.

(5) L'offre stricto sensu n'est qu'une des réponses qui met en oeuvre le système de santé.

(6) Par "systèmes de soins" (medical care system) on entend la connaissance médicale (medical taxonomy, folk medical knowledge,...) et son utilisation (les pratiques).

Nous avons dit que la démarche de santé publique était finalisée. Pour aboutir à des propositions d'action, les problèmes de santé devront être hiérarchisés ; il est essentiel pour la démarche d'établir des priorités. L'ordre des priorités dépendra largement des critères retenus : intensité de la demande, coût économique et social, accessibilité à des mesures immédiates, etc. Les propositions pour l'amélioration de l'état de santé sont destinées aux pouvoirs publics dont l'intervention devrait s'adresser à l'ensemble du "système de santé" tel que nous l'avons défini. Une telle perspective n'est sans doute pas réaliste, au sens commun du terme ; néanmoins elle devrait constituer un objectif. Lorsque nous disons "devrait" c'est que les interventions de santé publique ignorent souvent des pans entiers du système de santé en privilégiant le plus souvent le champ de la "médecine moderne" et les institutions qui lui sont associées. Pour être plus concret, nous savons, qu'en réponse à un besoin de santé publique parfaitement identifié, un message d'éducation sanitaire ne peut ignorer ni la situation socio-économique des personnes à qui il s'adresse, ni leur perception du problème, ni, de façon plus générale, leur système de valeurs.

Les actions de recherche du programme de Brazzaville se situent à plusieurs niveaux de l'approche de santé publique que nous avons tentée de décrire. Celle-ci donne donc toute sa cohérence au programme. Et l'objet de la recherche est précisément d'établir les relations entre ces différents niveaux.

2. Opérations de recherche du programme de Brazzaville.

Les différentes opérations actuellement en cours sont présentées en fonction du cadre d'enquête dans lequel elles se situent. Nous privilégions ce mode de présentation à celui d'un regroupement par thème. Les cadres propres à chaque enquête sont autant de "lieux" où s'expriment des offres, des demandes et des besoins de natures différentes et où nous pouvons identifier des problèmes de santé publique.

2.1. Enquêtes de quartier.

Le programme a débuté par une enquête dans trois quartiers de Brazzaville (Bacongo, Ngangouni, Poto Poto) afin de situer la population mère/enfant dans son environnement. Il s'agissait alors d'explorer, à partir d'un "état des lieux", les rapports entre morbidité et certaines "variables urbaines" (habitat, famille, modalités d'insertion urbaine, moyens d'existence, assainissement individuel et environnement immédiat...). Un passage à un an permettra d'apprécier les changements intervenus dans les parcelles enquêtées.

Dans un de ces quartiers (Ngangouni) une enquête anthropologique est en cours afin de comprendre comment ses habitants perçoivent les faits de maladie et quel est l'ensemble de leurs recours thérapeutiques.

Une autre étude portant sur les assainissements (assainissements individuel et collectif, ordures ménagères), l'accès à l'eau et la santé a été effectuée dans les quartiers de l'est de Brazzaville. Elle devrait permettre d'établir des relations entre le niveau de ces équipements et la morbidité ; elle devrait aussi permettre d'identifier des zones qui du fait de l'environnement paraissent propices au développement de certaines pathologies, et peut être de pratiquer un découpage de l'espace en fonction des maladies rencontrées. Enfin cette étude explore l'aire d'influence et le recrutement (?) d'une structure sanitaire située au centre de ces quartiers.

2.2. Enquêtes en milieu scolaire.

Brazzaville comprend actuellement plus de 500 000 habitants dont 45% sont scolarisés. L'école apparaît comme un observatoire urbain privilégié. L'ensemble des opérations de recherche menées dans les établissements scolaires a notamment pour but de tester les deux indicateurs retenus : la croissance des enfants et les événements de grossesse (8). L'un des aspects essentiels des enquêtes

(7) Appartenance socio culturelle, statut économique des usagers, etc.

(8) Une pré-enquête effectuée en 1983 avait permis de mesurer l'ampleur du problème de la grossesse, de l'avortement et des maladies sexuellement transmissibles en milieu scolaire.

réalisées est d'analyser la demande des élèves en matière de santé et de voir dans quelle mesure le système scolaire, avec les moyens pédagogiques qui lui sont propres, pourrait y répondre.

2.3. Les structures.

Plusieurs enquêtes, dont certaines réalisées en milieu hospitalier, ont pour objectif d'analyser l'itinéraire thérapeutique des malades et leurs attentes par rapport aux structures. Ces études sont menées en référence à des pathologies particulières (études sur la rougeole, la poliomyélite, les psychoses, les diarrhées).

Une recherche spécifique a porté sur un groupe religieux thérapeutique.

Enfin le thème de la nutrition donne lieu à deux études : l'une sur la prise en compte par un Centre de Santé Maternelle et Infantile de l'ensemble des problèmes de nutrition, l'autre plus spécifiquement sur les malnutris hospitalisés. Il s'agit ici de partir de structures médicales et de "remonter" dans les familles, démarche "inverse" de celle de l'étude des itinéraires thérapeutiques.

Ces enquêtes sont de différentes natures. Certaines, ponctuelles, tiennent plus d'une prise de connaissance rapide destinée à un premier état de la question. D'autres de plus grande ampleur ont nécessité des moyens importants et fourniront une connaissance la plus complète possible des questions en suspens. Ponctuelles ou lourdes, les opérations de recherche visent à la fois à un état des lieux et à la compréhension des mécanismes, des comportements et des systèmes en place.

Ce document est la mise en forme d'une réflexion menée par Marc LALLEMANT et Marc Eric GRUENAI.

LISTE DES OPERATIONS DE RECEERCHE

- 1. Etudes dans les quartiers.*
- 2. Enquêtes sur les problèmes de santé en milieu scolaire.*
- 3. Les structures.*

1. ETUDES DANS LES QUARTIERS.

1.1. Etude comparative de trois quartiers : conditions de vie, composition des familles, modalités d'insertion urbaine, santé de la mère et de l'enfant.

1.2. Approche anthropologique des faits de maladie dans les situations urbaines contemporaines.

1.3. Les assainissements, l'accès à l'eau et la santé dans les quartiers de l'est de Brazzaville.

1.1. Etude comparative de trois quartiers : conditions de vie, composition des familles, modalités d'insertion urbaine, santé de la mère et de l'enfant.

Lieux :

MAKELEKELE (quartier Ngangouni) ; BACONGO (quartier 25 Nkeoua) ; POTO POTO (quartier 34).

Méthodologie :

enquête dans trois quartiers très contrastés ; choix raisonné de blocs à l'intérieur des quartiers ; 450 parcelles visitées.

Dossiers de parcelles, questionnaires famille, visite médicale (dépistage et soins).

Date des enquêtes :

premier passage :

1. Ngangouni. Enquête habitat. Avril 1983 (CALLU/LALLEMANT).
2. Ngangouni. Enquête santé. Juin 1983 (LALLEMANT/CALLU).
3. Poto Poto/Bacongo. Enquête santé. Août 1983 (LALLEMANT/CALLU/TCHICAYA).
4. Poto Poto. Enquête habitat. Septembre 1983 (LALLEMANT/CALLU/TCHICAYA).

Passage à un an (enquête santé) :

5. Ngangouni. Mai 1984 (LALLEMANT/VIALE).
6. Poto Poto. Août 1984 (LALLEMANT/GRUENAIIS).
7. Bacongo. Septembre 1984 (LALLEMANT/GRUENAIIS).

Etat d'avancement :

Traitement informatique en cours à Bondy et au CIRCEE (Orsay).

Responsable de l'exploitation : M. LALLEMANT

Rapport final : mars 1985.

1.2. Approche anthropologique des faits de maladie dans les situations urbaines contemporaines :

- * Représentations culturelles et symboliques ;
- * modalités d'identification, d'explication et d'intervention ;
- * itinéraires et processus thérapeutiques ;
- * contenu sémantique et interconnections des différents registres interprétatifs et résolutaires.

Lieu :

quartier Ngangouni.

Méthodologie :

Population concernée : patients, familles, groupes d'appartenance, différents intervenants du système de soins.

Techniques propres à l'anthropologie : observation participante, recueil de récits, entretiens non directifs et semi directifs réalisés en langue nationale.

Date de l'enquête : mars décembre 1984.

Equipe : H. VIALE.

Etat d'avancement :

transcription et traduction des entretiens biographiques sur l'histoire du quartier et la cartographie des plantes achevées, analyse en cours.

Etude de cas et entretiens auprès des différents agents du système de soins en cours.

Responsable de l'exploitation : H. VIALE.

Rapport final : décembre 1984.

1.3. Les assainissements (assainissements individuels et collectifs, ordures ménagères), l'accès à l'eau et la santé dans les quartiers de l'est de Brazzaville.

Lieu :

zone d'enquête délimitée par l'Avenue de la Paix, l'Avenue de la Tsiémé, la rivière Mikalou. Cette zone s'étend depuis le quartier le plus ancien jusqu'au front nord d'urbanisation.

Méthodologie :

échantillonnage systématique au 1/10 des parcelles ; tirage au sort des familles habitant dans la parcelle. Dossier parcelle et questionnaires individuels (mères de famille).

Date de l'enquête : juin août 1984.

Equipe : J. BUYA et J. WAMBA.

Etat d'avancement :

codification et saisie effectuées.

Responsables de l'exploitation : J. BUYA et M. LALLEMANT.

Rapport final : 1er traitement en octobre 1984.

2. ENQUÊTES SUR LES PROBLÈMES DE SANTÉ EN MILIEU SCOLAIRE.

2.1. Enquête croisée sur les opinions, attitudes, et pratiques des agents de santé scolaire et des affaires sociales, des enseignants et des élèves.

2.2. Enquête sur les opinions, connaissances, attitudes des élèves sur la contraception, la grossesse, les maladies sexuellement transmissibles et l'avortement.

2.3. Etude par questionnaires individuels portant sur les conditions de vie des élèves, la vie sexuelle, les problèmes posés par la grossesse et la naissance chez les scolaires.

2.4. Maladies sexuellement transmissibles en milieu scolaire. Etude pilote.

2.5. Enquête sur la croissance des élèves d'une école primaire. Impact du paludisme.

2.6. L'alimentation des élèves de Brazzaville : stratégies d'approvisionnement des familles, modèles d'alimentation, état nutritionnel des enfants.

2.7. Les objectifs de santé publique.

2.1. Enquête croisée sur les opinions, attitudes et pratiques des agents de santé scolaire et des affaires sociales, des enseignants et des élèves.

Lieu :

Enseignement secondaire général et technique (CEG Raphaël BOUBOUTOU et Lycée de la Libération).

Méthodologie :

Confrontation d'opinions par des techniques de dynamique de groupes.

Date et durée des enquêtes : novembre décembre 1983.

Objet :

Analyser les modalités d'intervention et l'efficacité des agents sociaux et de santé scolaire dans les établissements.

Equipe :

J. TCHICAYA et M. LALLEMANT.

Etat d'avancement :

Notes au bénéfice des institutions concernées ; rédaction à faire.

Responsables de l'exploitation :

J. TCHICAYA et M. LALLEMANT.

Rapport final : septembre 1984.

2.2. Enquête sur les opinions, connaissances, attitudes des élèves sur la contraception, la grossesse, les maladies sexuellement transmissibles, et l'avortement.

Lieux :

CEG et Lycées de quelques arrondissements de Brazzaville.

Méthodologie :

Confrontation d'opinions par techniques de dynamique de groupe.

Date et durée de l'enquête :

Février 1984 (1 mois).

Equipe :

J.TCHICAYA / M.LALLEMANT / G.JOURDAIN / A.M PINSON / H.DIDILLON.

Etat d'avancement :

Rapport de stage des agents des affaires sociales.

Note à l'intention de la direction des affaires sociales. (B.TESSIER et M.C.LEMMINUS)

Responsables de l'exploitation :

J.TCHICAYA et M. LALLEMANT.

Rapport final : octobre novembre 1984 (analyse de contenu et rédaction).

2.3. Etude par questionnaires individuels portant sur les conditions de vie des élèves, la vie sexuelle (avortements, grossesses, M.S.T., contraception), les problèmes posés par la grossesse et la naissance chez les scolaires.

Lieux :

Collèges et Lycées de Brazzaville.

Méthodologie :

Pré-enquête réalisée en 1983 dans trois lycées de Brazzaville (M.LALLEMANT / B.CALLU / S.LALLEMANT LE COEUR).

Passage de questionnaires individuels sur un échantillon de 1000 élèves représentatif de la population scolaire concernée et des établissements.

Date et durée de l'enquête : mars 1984 (15 jours).

Equipe :

M.LALLEMANT / J.TCHICAYA / H.VIALE / H DIDILLON / A.M PINSON / G.JOURDAIN.

Etat d'avancement :

Phase de recueil des données achevée ; dépouillement à réaliser (analyse de contenu, codification et traitement des trois parties : conditions de vie, vie sexuelle, problèmes des grossesses et naissances).

Responsables de l'exploitation :

M.LALLEMANT / J. TCHICAYA.

Rapport final : novembre 1984.

2.4. Maladies sexuellement transmissibles en milieu scolaire (Etude pilote).

Lieu :

SMI Plateau des 15 ans et Jeanne VIALE / ORSTOM / Foyer ABRAHAM.

Méthodologie :

- . Pré-enquête à la SMI J.VIALE. (J.TCHICAYA ET M.C.QUINET)
- . Enquête auprès de 129 élèves en grossesse ou ayant un ou plusieurs enfants
- . Entretiens individuels avec la mère et examen médical de la mère et de son enfant (examen bactériologique systématique et soins).
- . Entretiens avec les élèves réunis en groupe sur la santé, la grossesse et la maternité en milieu scolaire.

Date et durée de l'étude :

Avril Mai Juin 1984.

Equipe :

M. DOISNEAU / M.C. QUINET / S. LALLEMANT.LE COEUR / H. DIDILLON.

Etat d'avancement :

- . 129 Dossiers médicaux établis comprenant entretiens, examens cliniques et bactériologiques. (Données recueillies : situation familiale et matrimoniale de la jeune fille, antécédents gynécologiques, contraception...).
- . Rapport de fin d'opérations par M.C. QUINET et M. DOISNEAU, juillet 1984.

Responsables d'exploitation :

S.LALLEMANT Le COEUR/M.C. QUINET/M. LALLEMANT.

Rapport final : octobre 1984

2.5 Enquête sur la croissance des élèves d'une école primaire, et étude de l'impact du paludisme.

Lieu :

Ngangouoni.

Méthodologie :

- . Mensuration des 2.000 élèves de l'école (taille, poids, pli cutané tricipital, tour du bras gauche).
- . Etablissement des séries appariées pour évaluer l'évolution des taux d'hématocrite sous traitement antipalustre (flavoquine) : mesure de l'impact du paludisme (population témoin étudiée.)

Date et durée de l'enquête :

Mars / Juin 84 (suivi pendant trois mois).

Equipe :

M. LALLEMANT / M. DOISNEAU.

Avancement :

Codification, saisies terminées, programmes de traitement en cours de rédaction.

Responsable de l'exploitation :

M. LALLEMANT.

Rapport final : 1er trimestre 85.

2.6. Alimentation des élèves de Brazzaville:

Stratégies d'approvisionnement des familles , Modèles d'alimentation et état nutritionnel.

Lieu :

Ecoles primaires (Brazzaville et périphérie).

Méthodologie :

Echantillon représentatif des écoles primaires (1/4).

Dans les classes de F3 (8/11 ans)

. Passage d'un questionnaire individuel.

. Mensurations (2.400 enfants / 18 écoles).

En F6 : (11/15 ans).

. Enquête sur l'alimentation des enfants, et les ressources alimentaires des familles (5.000 enfants / 24 écoles).

Date et durée des enquêtes :

Mai 84 / 6 semaines

Equipe :

M. LALLEMANT / J. SENECHAL.

Etat d'avancement :

. Saisie informatique faite.

. Premiers traitements effectués.

. Rédaction en cours.

Responsables de l'exploitation :

M. LALLEMANT / J. SENECHAL.

Rapport final :

. 1er semestre 85.

2.7. Objectifs de santé publique

1. Détection, identification des problèmes de santé en milieu scolaire selon les thèmes suivants :

- . Conditions de vie matérielle de l'élève.
- . Problèmes d'alimentation et de nutrition.
- . Problèmes liés à la vie sexuelle (M.T.S., grossesse, avortement, contraception...).
- . Problèmes liés à la grossesse et à la naissance chez les scolaires.

2. Proposition d'une pédagogie d'intervention des services sociaux et de santé à l'école.

3. Propositions quant à une prise en charge collective des problèmes de santé scolaire par les institutions de santé, les enseignants, les élèves, leurs parents, les organisations de masse.

4. Propositions d'insertion dans les programmes scolaires de messages d'éducation sanitaire.

3. LES STRUCTURES.

- 3.1. *Etude hospitalière Rougeole : clinique, pronostic et itinéraires thérapeutiques.*
- 3.2. *Etude rétrospective des 15 dernières années d'activité d'un centre de rééducation spécialisé pour la poliomyélite.*
- 3.3. *Itinéraires thérapeutiques des malades hospitalisés en psychiatrie.*
- 3.4. *Les maladies diarrhéiques.*
- 3.5. *Etude d'un groupe religieux thérapeutique.*
- 3.6. *Approche du problème nutritionnel des enfants congolais en milieu urbain à travers une structure sanitaire - Propositions concrètes.*
- 3.7. *La malnutrition : approche anthropologique.*

3.1. Etude hospitalière Rougeole : clinique, pronostic et itinéraires thérapeutiques.

Lieu :

Service des maladies infectieuses de l'Hôpital de Makélékélé.

Service de Pédiatrie de l'Hôpital Général.

Méthodologie :

- . standardisation du dossier médical;
- . relevé de l'itinéraire thérapeutique (1.000 dossiers).

Date et durée :

Avril 1983 6 mois.

Equipe :

M.C. SAMBA / M.LALLEMANT / B.CALLU.

Etat d'avancement :

Plan d'exploitation informatique en cours d'élaboration.

Responsables de l'exploitation :

M.C SAMBA / M.LALLEMANT.

Rapport final : 2ème trimestre 85.

3.2. Etude retrospective des 15 dernières années d'activité d'un centre de rééducation spécialisé pour la poliomyélite.

Impact du programme élargi de vaccination et conséquences sur la structure.

Lieu :

centre polio de Bacongo et Mounkali.

Méthodologie

- . Etude retrospective des dossiers médicaux.
- . Entretiens avec le personnel soignant.

Date et durée de l'étude :

Mai 84

phase de recueil non terminée.

Equipe :

Pr. P. LE COEUR / M.LALLEMANT.

Etat d'avancement :

Recueil des données non terminé.

Responsables de l'exploitation :

Pr. P. LE COEUR / M.LALLEMANT.

Rapport final :1985.

3.3. Itinéraires thérapeutiques des malades hospitalisés en psychiatrie.

Lieu :

Service de Psychiatrie de l'Hôpital Général.

Méthodologie :

Standardisation du dossier médical.

Date et durée des enquêtes :

Mars 1983 6 mois.

Equipe :

G.JOURDAIN.

Etat d'avancement :

* Exploitation en cours.

* Rapport d'activité dans le service.

Responsable de l'exploitation :

G.JOURDAIN.

Rapport final : 1er semestre 85.

3.4. Les maladies diarrhéiques :

Opinions et comportements des mères.

Examen clinique.

Cartographie des cas enregistrés dans une structure SMI.

Lieu :

SMI de Ouenzé.

Méthodologie :

- . Entretiens directifs en lingala.
- . Standardisation du dossier médical.
- . Recherche de localisation préférentielle des cas.
- . Cartographie de l'aire d'influence de Ouenzé.

Date et durée des enquêtes:

Début février 84 (cartographie : 1500 pts)

Août 84 (dossiers médicaux)

Mai/juin 84 (entretiens).

Equipe :

S. LALLEMANT LE COEUR / J. WAMBA / M. LALLEMANT.

Etat d'avancement :

Plan du quartier dressé et renseigné.

Cartographie générale des divers types de diarrhée et de l'aire d'influence de la structure.

Recueil des données effectué.

Traduction faite.

Responsables de l'exploitation.:

S. LALLEMANT LE COEUR / M. LALLEMANT.

Rapport final : Novembre 84

3.5. Etude d'un groupe religieux thérapeutique.

Lieu :

Makélékélé

Méthodologie :

- . Entretiens non directifs avec les thérapeutes et les malades.
- . Enregistrement des thérapies.
- . Dossiers de malades.

Date et durée des enquêtes :

Phase préparatoire : juin 83 novembre 83.

Phase intensive d'étude : janv. 1984 / 85.

Suivi : 1984 / 85.

Equipe :

G. JOURDAIN / M. LALLEMANT.

Etat d'avancement :

Recueil des données en cours.

Rapport de fin de phase intensive.

Audiovisuel en cours de montage.

Responsables de l'exploitation :

G. JOURDAIN / M. LALLEMANT.

Rapport final :

2è semestre 85.

3.6. Approche du problème nutritionnel des enfants congolais en milieu urbain à travers une structure sanitaire. Propositions concrètes.

Lieu :

SMI J. VIALE.

Méthodologie :

. Analyse de la courbe de croissance pondérale de 800 enfants suivis à la SMI (âgés de 6 à 15 mois).

. Consultation médicale une fois par semaine des enfants malnutris dépistés à la SMI et visite à domicile pour certains d'entre eux.

. Participation au travail de l'équipe de nutrition.

Date et durée des enquêtes :

Juillet Août Septembre 1984.

Equipe :

M.C. QUINET.

Etat d'avancement :

* Recueil des données des 800 fiches et analyse des 800 courbes de poids mois par mois d'après les normes américaines.

* Analyse prenant en compte les mois de naissance, l'âge de la dernière fréquentation SMI, le poids de naissance, le sexe, les professions du père et de la mère, la fratrie...

Responsable de l'exploitation :

M.C. QUINET.

Rapport final :

Septembre 84.

3.7. La malnutrition : approche anthropologique.

Lieu :

Tous quartiers de Brazzaville.

Méthodologie :

Enquête par questionnaire dans le Service de Pédiatrie de l'Hôpital Général de Brazzaville devant permettre d'identifier des familles au sein desquelles on rencontre des cas de malnutrition grave. Dans un deuxième temps, entretiens à domicile avec les membres des familles retenues. Le choix des familles privilégie la diversité : ethnique, de lieux de résidence à Brazzaville, de conditions socio-économiques.

Date et durée de l'enquête:

Juillet / Novembre 1984.

Equipe :

Marc-Eric GRUÉNAIS.

Etat d'avancement :

Enquête à l'Hôpital Général en cours.

Début des entretiens à domicile.

Responsable de l'exploitation :

Marc-Eric GRUÉNAIS

Rapport final : Mai 1985.

. Ministère de la Santé et des Affaires Sociales

* Direction de la Santé Maternelle et Infantile :

- . Enquête commune SMI/ORSTOM, Ouenze.
- . Mise à disposition temporaire d'une nutritionniste,
- . Mise à disposition de locaux pour études médicales MST.
- . Traitement informatique à l'ORSTOM d'une enquête SMI.

* Direction de la santé scolaire.

- . Formation de 10 agents à une pédagogie d'intervention dans les écoles,
- . Mise à disposition d'un local pour études médicales.

* Direction des Affaires Sociales

- . Prise en stage de 15 agents Monitrices et Assistantes sociales

* Direction de la Médecine Curative.

- . Service de Pédiatrie de l'Hopital Général
- . Service des Maladies Infectieuses de l'Hopital de MAKELEKELE

. Université Marien NGOUABI

* Département de Géographie

- . Prise en charge de deux étudiants, l'un de 3^e Cycle, l'autre en maîtrise.
- . Enquête commune "Nutrition scolaire" .

* Département de Psychologie

- . Etude du développement psychomoteur de l'enfant.

* Département de Biologie cellulaire et Laboratoire National.

- . Aide technique pour l'étude bactériologique des MST.

. Institut de Recherche et d'Etudes Pédagogiques

- . Détachement à tiers temps pendant quatre mois du responsable de la section Géographie J. TCHICAYA.

*Personnes ayant participé au programme.
(Personnel technique non compris)*

1983

CALLU B.	ORSTOM	GEOGRAPHE
DOISNEAU M.	ORSTOM/G.ENDEMIES	LABORANTINE
JOURDAIN G.	HOPITAL GENERAL	MEDECIN PSYCHIATRE
LALLEMANT M.	ORSTOM	MEDECIN EPIDEMIOLOGISTE
LALLEMANT LE COEUR S.		MEDECIN
LANCIEN J.	ORSTOM	ENTOMOLOGISTE MEDICAL
WAMBA J.	U.MARIEN NGOUABI	ETUD. MAITRISE GEOGRAPHIE
TCHICAYA J.	INRAP	GEOGRAPHE PEDAGOGUE

1984

BUYA J.	PARIS 1	ETUDIANT 3è C. GEOGRAPHIE
DIDILLON H.	U.MARIEN NGOUABI	PSYCHOLOGUE
DOISNEAU M.	ORSTOM/G.ENDEMIES	LABORANTINE
GRUENAI S M.E.	ORSTOM	ANTHROPOLOGUE
JOURDAIN G.	ORSTOM	MEDECIN PSYCHIATRE
LALLEMANT M.	ORSTOM	MEDECIN EPIDEMIOLOGISTE
LALLEMANT LE COEUR	COOPERATION	MEDECIN S.M.I
LANCIEN J.	ORSTOM	ENTOMOLOGISTE MEDICAL
WAMBA J.	U. MARIEN NGOUABI	ETUD. MAITRISE GEOGRAPHIE
PINSON A.M.		PSYCHOLOGUE
QUINET M.C.	STAGIAIRE	7è ANNEE MEDECINE
SENECHAL J.	U. MARIEN NGOUABI	GEOGRAPHE
TCHICAYA J.	INRAP	GEOGRAPHE PEDAGOGUE
VIALE H.	ORSTOM	ANTHROPOLOGUE

ETAT D'AVANCEMENT

DES OPERATIONS DE RECHERCHE

ET

TRAVAUX DEJA REALISES

DANS LE CADRE DU PROGRAMME

1.1. Etude comparative de trois quartiers : Conditions de vie composition des familles, modalités d'insertion urbaine, santé de la mère et de l'enfant

Il s'agit d'une étude pilote dont l'objectif était double :

- apprendre à décrire l'environnement urbain : la maison, la parcelle, la rue, établir en quelque sorte un état des lieux.
- poser des hypothèses quant aux variables urbaines à retenir en comparant trois quartiers très dissemblables : 1) un quartier récent, soumis à une érosion intense, en partie enclavé, avec les infrastructures urbaines très inégalement réparties : accès à l'eau en sous location à partir de quelques robinets privés.

2) Un second quartier très ancien, inondé pendant la moitié de l'année à tel point que les habitants sont obligés de fermer le bas de porte de leurs maisons par deux rangs de parpaings et de surélever la dalle des latrines : la nappe phréatique polluée affleure le sol, l'ancien réseau d'assainissement a disparu. Par contre les branchements au robinet sont fréquents.

3) Un troisième quartier également ancien, bien drainé car il repose sur une assise de sable et le réseau d'assainissement semble encore fonctionnel. La nappe phréatique se trouve à 20 m en sous-sol. De nombreux robinets distribuent l'eau potable. La description de l'habitat, des familles, du mode de vie, a été extrêmement détaillée (voir questionnaires en annexe).

Les problèmes d'information que nous avons eus font que nous ne disposerons pas avant plusieurs semaines des résultats détaillés de nos enquêtes de quartier. Mais déjà on peut dire que l'habitat soit très hétérogène, ce critère ne permet pas vraiment d'opposer les quartiers étudiés. Une villa moderne, sans ostentation, côtoie une maison en briques crues. La même rue boueuse ou ensablée y donne accès. Les habitations faites de matériaux de récupération sont exceptionnelles, il n'existe pas de "bidonville". Ce qui oppose les quartiers c'est l'accès aux infrastructures urbaines, en fonction duquel s'effectue la ségrégation sociale des habitants : électricité, réseau de distribution de l'eau potable, enclavement, proximité des zones les plus économiquement et socialement actives de la ville. Si le rapport santé-environnement a des chances d'être clair en ce qui concerne l'eau, il est probable que ce sont des variables socio-économiques qui se traduisent à la fois par la qualité du bâti et par la santé. Nous pensions par exemple que le fait d'habiter une zone perpétuellement inondable aurait des répercussions majeures sur la santé des enfants. Il apparaît aujourd'hui qu'avoir un robinet d'eau dans la parcelle et un revenu régulier est bien plus déterminant. Nous avons dressé la carte des diarrhées dans une zone homogène du point de vue de l'accès à l'eau, mais très hétérogène en ce qui concerne l'assainissement avec des zones qui nous paraissent très insalubres. La combinaison des variables d'habitat pourrait donc constituer un indicateur de niveau économique individuel (concernant une famille donnée) et le degré "d'urbanisation" du quartier un niveau économique collectif. Le degré d'exposition à une pathologie particulière en fonction d'un environnement donné apparaît beaucoup plus difficile à saisir.

Sans doute avons nous eu au départ une conception trop immédiate de ce qu'était l'environnement des citadins faisant abstraction du fait par exemple que pour un enfant de moins de 2 ans l'environnement c'est le marché, les champs, les voisins et amis de la mère, la file d'attente du dispensaire ou des administrations.

Les enfants plus âgés se promènent par bandes, les grands portant les petits : quel est leur espace ? A cet égard, les clotures des parcelles sont instructives.

Au Congo, toutes les activités de la parcelle sont données à voir. Celui qui entoure sa maison d'une rangée de parpaings de plus d'1 m de haut a quelque chose à cacher, c'est suspect à priori. Pourtant les parcelles sont clairement délimitées et il y a une grande différence entre voir et franchir. Il semble qu'à mesure qu'il s'élève dans l'échelle sociale, le citoyen s'isole de ses voisins. Son environnement se restreint dans son quartier même si, dans le même temps, il y acquiert un certain poids politique.

Ces considérations nous ont amené à entreprendre deux études complémentaires : l'une sur les infrastructures urbaines (eau, assainissement, enlèvement des ordures ménagères) et la santé, l'autre visant à approfondir la connaissance d'un des trois quartiers déjà étudiés, sur un plan anthropologique cette fois-ci.

Deux approches ^{ont été réalisées} donc, l'une macro sur le tiers de la ville, l'autre micro centrée sur l'histoire du quartier, les rapports de voisinage des citoyens, leurs attitudes par rapport aux problèmes de santé.

1.2 Approche anthropologique des faits de maladie dans les situations urbaines contemporaines

Cette étude est apparue essentielle alors que la phase du terrain de la première étude de quartiers se terminait.

Mieux connaître l'histoire d'un de ces quartiers, les relations de voisinage, la pratique de cet environnement particulier devait permettre de relativiser les variables physiques descriptives qui avaient été recueillies. Une attention plus particulière a été portée sur le vécu de la maladie, les recours et itinéraires thérapeutiques des habitants, les savoirs populaires en matière de santé (voir rapport Hélène VIALE - Janvier 1985).

La phase de recueil des informations a été terminée en décembre 1984. L'analyse et la rédaction est en cours.

1.3. Les assainissements (assainissements individuels et collectifs, ordures ménagères), l'accès à l'eau et la santé dans les quartiers est de Brazzaville.

L'étude approfondie de trois quartiers de Baongo, Potototo, et Ngangouni nous avait convaincu de l'intérêt que présenterait une zonation prenant en compte d'abord les infrastructures urbaines, c'est à dire le degré d'urbanisation, pour le mettre en relation avec des variables de santé.

Un sondage au 1/10e a été réalisé sur un large transect partant du centre historique est de Brazzaville (Poto Poto : 1911) jusqu'au front d'urbanisation dont les hauteurs surplombent la ville. Ainsi 1 150 parcelles ont été investiguées, le questionnaire d'enquête est donné en annexe.

Un bon fonctionnement de l'équipe informatique a permis la saisie et le contrôle des données au fur et à mesure du déroulement de l'enquête.

Le traitement des données est en cours (voir rapport Jérôme BUYA).

ETUDES SCOLAIRES

Dans le cadre des études réalisées dans les quartiers et à la suite d'une pré-enquête effectuée dans les lycées en mai-juin 83, un groupe est apparu particulièrement préoccupant : celui des mères scolarisées. Quelques chiffres permettent de mesurer l'ampleur du problème.

Brazzaville a dépassé 500.000 habitants, l'exode rural constitue 50 % de son accroissement annuel. 45 % de la population est scolarisée. Cette situation unique en Afrique est liée au phénomène d'urbanisation lui-même. La migration vers la ville due aux difficultés de vie du monde rural et à la recherche d'un emploi, est également une migration vers et à travers l'école : le collège du district, le lycée d'un grand centre secondaire, plus tard de la capitale. 40 % des écolières du second cycle ont eu au moins un enfant.

Les grossesses qui autrefois amenaient l'exclusion pure et simple des écolières, sont maintenant tolérées. Mais pour ces élèves dont plus de la moitié ont migré à Brazzaville pour leur scolarité, cette grossesse apparaît comme un handicap majeur. Elle aboutit, lorsqu'elle ne donne pas lieu à un avortement clandestin, à une maternité où est accumulée une majorité de facteurs de risque de fausse couche précoce, de mortalité maternelle ou infantile (toxémies gravidiques, hypotrophie foeto-placentaire, prématurité, accouchements dystociques) - Mauvaise acceptation d'une grossesse s'inscrivant dans un cadre conflictuel, absence de surveillance pré et post natale, primiparité et jeune âge, grande fréquence des maladies sexuellement transmises et des malnutritions.

A ces problèmes liés au contexte de la grossesse; s'ajoutent ceux du sevrage très précoce et de la prise en charge de l'enfant, pour cette jeune mère qui sera restée 48 heures en maternité pour retrouver au plus tôt les bancs de l'école.

2.1 - Enquête croisée sur les opinions, attitudes et pratiques des agents de santé scolaire et des affaires sociales, des enseignants et des élèves.

2.2 - Enquête sur les opinions, connaissances, attitudes des élèves sur la contraception, la grossesse, les maladies sexuellement transmissibles et l'avortement.

2.3 - Etude par questionnaires individuels portant sur les conditions de vie des élèves, la vie sexuelle, les problèmes posés par la grossesse et la naissance chez les scolaires.

Elle a fourni un matériel considérable dont l'exploitation est en cours. Dans l'article joint en annexe nous rappelons le pourquoi de ces enquêtes en milieu scolaire et tentons d'organiser les faits et les discours recueillis à propos de l'avortement sur plusieurs plans : légal, démographique, personnel, éthique.

D'autres articles, pour l'instant très descriptifs,

sur les conditions de vie des adolescents scolarisés, la grossesse à l'école, l'intervention des services de santé, sont en cours de rédaction.

Un travail de réflexion sur ce matériel avec les élèves se poursuit actuellement à Brazzaville (TCHIKAYA. J - GATERE.F - GUILLO du BODAN.H).

2.4. Maladies sexuellement transmissibles en milieu scolaire (étude pilote)

Les maladies sexuellement transmissibles sont connues comme facteurs de stérilité, d'avortements spontanés, de mortalité et morbidité néonatale.

Il nous est apparu important de réaliser une enquête pilote car nous avions eu à soigner de nombreux jeunes gens et qu'au cours des entretiens avec les élèves, les enseignants, les personnels sanitaires, cette pathologie paraissait particulièrement préoccupante.

Chez les femmes ces maladies sont diagnostiquées très tardivement lors d'une complication en général grave (salpingite, péritonite) ou parce que le partenaire masculin, lui, est amené à consulter précocement.

Les antibiotiques "prescrits" de façon désordonnée, souvent à titre "préventif" occasionnent des résistances d'autant plus préoccupantes que les traitements maintenant efficaces sont très onéreux (100 à 500 FF).

Dans notre enquête, Les jeunes femmes qui ont subi un contrôle systématique avaient été tirées au hasard dans plusieurs écoles. Toutes étaient volontaires mais la rareté des refus permet de penser qu'elles ne se présentaient pas en fonction de troubles particuliers. Toutes avaient déjà un enfant.

Un examen gynécologique était pratiqué, des prélèvements bactériologiques pour examen direct au microscope, coloration et culture sur milieu spécifique.

Un entretien permettait d'obtenir les éléments principaux de la vie génésique et de savoir si elles souffraient de troubles subjectifs. Toute maladie sexuellement transmissible détectée était traitée gratuitement.

Les résultats des prélèvements bactériologiques sont les suivants :

- chancre	1 %
- spores (candidoses)	11.8 %
- trichomonas . v	18.1 %
- spores + trichomonas	11.8 %
- spores + germes/pus	2.4 %
- germes/pus	7.9 %
- trichomonas + germes/pus	11.0 %
- spores + trichomonas + germes/pus	3.9 %
- gonocoque + gonocoque/trichomonas	4.7 %
- R.A.S.	27.5 %
- nombre d'examens pratiqués	127

Ces résultats sont très impressionnants et montrent bien l'extrême fréquence des MTS en même temps que leur caractère peu symptomatique.

La moyenne d'âge de ces jeunes femmes est de 20 ans ; le nombre d'enfants moyen de 1.12 ; 38 % d'entre elles sont mariées officiellement ou traditionnellement ; 70 % d'entre elles vivent chez leurs parents.

L'âge moyen des premières règles est de 14 ans, et le début des relations sexuelles intervient un an plus tard. Ces jeunes femmes nous disent avoir eu trois à quatre partenaires réguliers au cours de leur vie sexuelle et la fréquence des rapports semble faible (1 par semaine en moyenne).

En réalité la majorité d'entre elles allaitait leur enfant lors de l'enquête et l'interdit sexuel encore fort semble-t-il pendant la période de l'allaitement pourrait expliquer cette relativement faible fréquence des rapports sexuels. Il est à noter que lors de l'entretien les jeunes s'exprimaient très librement sans gêne apparente.

Enfin 36 % d'entre elles ont avorté au moins une fois.

Cette grande fréquence des avortements provoqués en même temps que des maladies sexuellement transmissibles en font un réel problème de santé publique que met parfaitement en valeur le pic de mortalité féminine entre 15 et 25 ans et la stérilité qui frappe plus de 10 % des femmes congolaises.

2.5. - Enquête sur la croissance des élèves d'une école primaire. Impact du paludisme.

2.6 - L'alimentation des élèves à Brazzaville : stratégies d'approvisionnement des familles, modèles d'alimentation, état nutritionnel des enfants.

Ces études ont donné lieu à un premier article joint en annexe.

On assiste à une dégradation de l'état nutritionnel des enfants du centre de la ville vers la périphérie.

Cette dégradation semble d'abord liée à des facteurs socio-économiques et consiste surtout en une malnutrition chronique (retards de taille considérables).

Cette malnutrition peut être mise en relation avec le retard scolaire des élèves (rapport de causalité ? communauté de causes ?).

Ces résultats sont à rapprocher de ceux de l'étude sur la malnutrition effectuée dans la P.M.I. - En effet la question principale posée par cette étude scolaire est la suivante : quand s'effectue la différenciation de l'état nutritionnel des jeunes citadins : en prépost natal, ou bien au moment du sevrage ?

L'étude (2.5) effectuée dans le quartier de Ngangouni montre un impact considérable du paludisme puisqu'on assiste à une remontée très nette du taux de globules rouges (HT) des enfants mis pendant deux mois sous antipaludiques par rapport aux élèves (groupe témoin) qui ne recevaient d'antipaludiques qu'à la maison en cas de fièvre.

3.1. - 3.5.

Recours thérapeutiques :

Rougeole hospitalière, Service hospitalier de psychiatrie
et activités thérapeutiques d'une secte.

Cette étude a été entreprise à l'issue d'une réflexion sur les itinéraires et les alternatives thérapeutiques. Ces thèmes avaient fait l'objet de deux pré-enquêtes :

- l'une à l'hôpital de Makélékélé, dans le service de Maladies Infectieuses : elle concernait les Rougeoles.
- l'autre dans le service de Psychiatrie de l'hôpital général de Brazzaville.

Ces deux pathologies avaient été choisies parce qu'a priori tout les opposait :

- La Rougeole, appelée "Kintountou", en langue lari, connue de toutes les mères de famille, et dont le diagnostic ne pose aucune difficulté, était, avant la vaccination, l'étape inéluctable que tout enfant devait passer et qui occasionnait une très forte mortalité ;
- les maladies psychiques, pour lesquelles la nosographie occidentale ne correspond pas, a priori, aux catégories traditionnelles, qui ne touchent qu'une frange de la population, souvent adulte, et qui ne posent pas systématiquement la question du pronostic vital.

L'analyse de ces enquêtes n'est pas achevée.

Il en ressort cependant que :

- pour la rougeole, le recours de première intention est le dispensaire le plus proche et l'hospitalisation intervient presque systématiquement à la moindre complication : pneumopathie, déshydratation, atteinte oculaire, stomatite grave...

C'est lorsque surviennent ces complications que des explications traditionnelles sont avancées et qu'un recours aux "thérapeutes traditionnels" est envisagé dans la famille.

Il est important de noter qu'il n'y a pas exclusion des recours (médecines traditionnelles et médecine occidentale), mais cela peut entraîner une incohérence dans le suivi thérapeutique de l'enfant ;

- l'analyse de l'itinéraire des enfants hospitalisés et des événements qui ont précédé la phase clinique de la maladie semble indiquer que la contamination survient de préférence au dispensaire lors d'une consultation précédente ou d'une visite systématique. Les enfants consultants à titre préventif ne sont pas séparés de ceux qui consultent à titre curatif !

. l'impact du programme élargi de vaccination ne répond pas aux espérances. La population hospitalisée pour rougeole est très jeune, souvent avant l'âge de 9 mois (âge de la vaccination), et la mortalité pour cette tranche d'âge est particulièrement élevée. Il faudrait donc étendre la couverture vaccinale en touchant le maximum d'enfants et en procédant à une 1ère immunisation vers 6 mois, ce qui imposerait un rappel ultérieur.

Le surcoût d'une telle opération ne la rend peut-être pas possible.

- . les rapports entre rougeole -malnutrition- carences vitaminiques et en fer restent à préciser.
- . l'ensemble de l'enquête est en cours de codification en vue d'un traitement informatique.

- Pour les maladies psychiques, le recours à la médecine occidentale en première intention reste l'exception ; en outre, ce type de recours ne se rencontre que dans une faible proportion des itinéraires des malades. De la même façon, ^{que pour la rougeole} il n'y a pas exclusion des recours, et ceux-ci peuvent apparaître complémentaires.

- Nous observons d'un côté une médecine somatique qui feint d'ignorer le recours à la "médecine traditionnelle" ; d'un autre côté, une attitude des psychiatres (influencée par les travaux de l'Ecole de Dakar en particulier) plus ouverte aux interprétations multiples qui peuvent être faites d'une même maladie.

L'étude d'une secte à vocation thérapeutique a été entreprise dans le quartier de Ngangou ni. Elle a été choisie après une période d'observation de plusieurs mois, au terme de laquelle il était évident que :

- cette secte avait un recrutement réel, important et non épisodique, datant de plus de dix ans ;
- ses membres étaient acceptés et reconnus dans le quartier par la population ainsi que par l'Association Congolaise des Praticiens Traditionnels ;
- enfin, cette secte assurait une réelle prise en charge thérapeutique des patients, satisfaisant ainsi nos critères déontologiques.

Par ailleurs, la doctrine de cette secte s'inscrit historiquement dans le grand mouvement messianique Kimbanguiste d'Afrique Centrale, et son existence semble liée à la migration urbaine du groupe Bembé originaire de la région de Mouyouzi.

Plusieurs volets doivent être distingués :

- 1) étude démographique des consultants (origine ethnique, religion, âge, sexe, situation de famille, activité, etc.) ;

- 2) itinéraire des patients, dans les autres structures de soins, avant leur prise en charge dans cette secte, motivations exprimées de leur choix ; rôle de leur entourage dans la prise en charge ;
- 3) approche qualitative de la personnalité psychique des patients et des animateurs de cette secte ;
- 4) étude du fonctionnement de la secte : modalités de soins (procédés psycho-thérapeutiques) et aspects à proprement parler religieux ;
- 5) histoire et avenir de cette secte ;
- 6) place de cette secte dans l'ensemble des recours thérapeutiques du quartier ;
- 7) place ^{de} cette secte parmi les autres mouvements.

Les moyens utilisés :

Deux enquêteurs, membres de la secte, ont enregistré systématiquement tous les événements de la journée pendant plusieurs mois. Ils ont réalisé également une série d'entretiens dirigés (en annexe, questionnaires utilisés). Certains malades étaient revus ensuite par l'un d'entre nous.

Des entretiens enregistrés sur bande magnétique ont été réalisés avec des malades et les animateurs de la secte. Des prises de vue photographiques et vidéo (VHS) illustrent ce travail.

Par la suite, un enquêteur a été maintenu sur place, à temps partiel, de façon à compléter les fiches déjà commencées, à continuer de recenser les nouveaux malades, à rendre compte des événements survenus dans la secte. Certaines fêtes ou rites particuliers survenant rarement dans l'année ont pu être ainsi décrits.

3.3 Itinéraire des malades hospitalisés dans le service de psychiatrie.

Voir le rapport de G.JOURDAIN en annexe.

3.6 . Approche du problème nutritionnel des enfants congolais en milieu urbain à travers une structure sanitaire - Propositions concrètes .

A la demande des responsables de la santé maternelle et infantile, une évaluation de l'activité de la PMI de Ouenze a été entreprise. Elle était centrée sur les problèmes de nutrition et cherchait à répondre aux questions suivantes :

Les enfants malnutris qui fréquentent la structure sont-ils détectés ?

Si oui :

- Comment se fait la prise en charge (renutrition, distribution des vivres du Programme Alimentaire Mondial, éducation sanitaire, suivi à domicile) ?

Si non :

- Pourquoi ?

Une étude anthropométrique a porté sur 800 enfants de 0 à 3 ans. Elle montre qu'après l'âge d'un an, ^{la majorité} les enfants ne fréquentent plus la SMI, juste au moment où ils entrent dans la période du sevrage et de survenue de la majorité des maladies infantiles.

A la naissance 95 % des garçons et 90 % des filles ont un poids supérieur à 2 500 g. Pour 66 % des garçons et 57 % des filles il est supérieur à 3 000 g.

Le mode de distribution des poids de naissance de ces enfants est très semblable à celui de la population américaine de référence (N.C.H.S). La moyenne est légèrement inférieure car moins de 12 % des enfants ont un poids de naissance supérieur à 3 500 g contre 30 et 20 % pour les garçons et filles de la référence américaine.

Les données anthropométriques ont été comparées aux normes américaines par tranches de trois mois. En ce qui concerne le poids rapporté à la taille, l'indicateur d'état nutritionnel actuel de l'enfant, pour les deux sexes, au cours du 1er trimestre les distributions sont peu éloignées de celles des normes américaines moins décollées vers les percentiles inférieurs. Au 2ème trimestre, elles se superposent parfaitement aux normes N.C.H.S. C'est à cet âge que sont introduites dans l'alimentation des enfants les bouillies de maïs locales ou les farines industrielles. Le 3ème trimestre est la période d'introduction de l'alimentation "variée" : le plat familial sans arrêt de l'alimentation au sein.

La distribution s'éloigne de nouveau de la norme. Enfin, au cours du 4ème trimestre la dissociation est nette, l'allaitement maternel cesse, les bouillies également, l'enfant est alors alimenté au plat familial.

Si on observe maintenant la distribution des tailles rapportées à l'âge, l'effet de masquage de la malnutrition débutante n'apparaît pas. Les distributions très proches de la norme au premier trimestre s'en séparent, le retard de taille s'accumule dès cet âge. Au 4ème trimestre, 30 % des garçons et 25 % des filles ont une taille inférieure au 10e percentile N.C.H.S ; 77 % des garçons et 79 % des filles ont une taille inférieure à la médiane N.C.H.S.

Ainsi, semble-t-il c'est dès la fin de la première année de la vie des enfants (qui fréquentent ces structures) que s'effectue la différenciation de l'état nutritionnel.

La couverture vaccinale de ces enfants est très satisfaisante et leur mode de nutrition clairement montré dans les graphiques ci-joints - la différence de traitement entre les filles et les garçons est à confirmer (voir graphes).

36,5 % des mères de ces enfants sont des locataires, 40 % sont mariées officiellement ou traditionnellement, 26 % ont deux enfants, 12 % en ont trois, 7 % ont quatre.

Le quart d'entre elles ont eu au moins un enfant décédé et autant un ou plusieurs avortements (spontanés ou provoqués).

32 % des mères sont sans profession, 2,5 % sont salariées, 24 % tiennent un commerce, 1 % sont agricultrices (cette structure recrute des personnes originaires du nord qui ne pratiquent pas l'agriculture) et 40 % sont écolières.

3.7. LA MALNUTRITION : APPROCHE ANTHROPOLOGIQUE

Les enquêtes scolaires et en PHU ont montré l'importance du problème nutritionnel mais cet état n'est pas identifié comme tel par les citoyens. A partir de situations extrêmes telles qu'on les rencontre en réanimation pédiatrique, une remontée a été effectuée dans les familles pour savoir "comment on en est arrivé là !"

Dans son rapport M. E. GRUENAIIS montre certains aspects de la malnutrition vus à travers les mères, les familles. Il identifie en particulier trois "maladies" dont la clinique et les référents culturels sont très différents. Les propositions de recherche qu'il fait seront reprises dans l'étude prospective 1985.

TRAVAUX REALISES DANS LE CADRE DU PROGRAMME

1 - LALLEMANT (M) - CALLU (B)

Santé en ville, une recherche pluridisciplinaire.
1ères journées géographiques du Congo, Brazzaville, Mars 1983

2 - LANCIEN (J) - LALLEMANT (M)

Urbanisation, maladies et environnement. Eléments de reflexion à propos
de Brazzaville.
Colloque sur l'environnement, Brazzaville, Oct 1983 (Communication)

- JOURDAIN (G)

Maladie mentale et urbanisation ? (Communication - même colloque)

3 - LALLEMANT (M) - SENECHAL (J)

L'approvisionnement alimentaire et de la distribution des vivres :
le cas de Brazzaville.
Communication aux journées de toxicologie alimentaire, AUPELF, Brazzaville, 1984.

4 - LALLEMANT (M) - GRUENAI (M.E.)

Le programme santé / Urbanisation à Brazzaville - objectif, démarche,
opérations de recherche.
ORSTOM Sept 1984. 32 p

5 - LALLEMANT (M) - GRUENAI (M.E) - JOURDAIN (G) - MASSAL (M)

Le programme Santé et Urbanisation de Brazzaville - Présentation Vidéo
DIVA, éditions de l'ORSTOM 1984

6 - LALLEMANT (M) - SENECHAL (J)

Géographie et Santé : communication aux journées de géographie à portes
ouvertes.
Association des Géographes congolais - Juin 1984 - CCF -

7 - SENECHAL (J) - GRUENAI (M.E) - LALLEMANT (M)

Programme Santé et Urbanisation : présentation et discussion aux Journées
Nationales de l'Urbanisme au Congo - Brazzaville, décembre 1984.

8 - LALLEMANT (M) - SENECHAL (J)

Nutrition et approvisionnement vivrier - le cas de Brazzaville
Colloque ORSTOM/GRET/CERNEA - Novembre 1984 - à paraître dans Autrement.

9 - LALLEMANT (M)

Soins de santé primaire en milieu urbain : une réponse appropriée face à l'urbanisation des pays en voie de développement
à paraître dans Actuel Développement

10 - LALLEMANT (M) - JOURDAIN (G)

Grossesse impossible chez les jeunes scolarisées à Brazzaville.
à paraître dans les Cahiers ORSTOM de Sciences Humaines.

PERSPECTIVE 85-86

Si la phase de terrain de chacune des opérations de recherches a été terminée dans les délais fin 84, un important retard a été pris quant à leur analyse. L'appui que nous escomptions de l'office congolais d'informatique a fait défaut et la saisie des enquêtes de la première année n'a pu être effectuée qu'en France. Ce n'est qu'en Mars 84 qu'une unité de saisie et de traitement informatique a pu être mise en place en utilisant à mi-temps le micro ordinateur du Centre ORSTOM. Une pause de six mois des opérations sur le terrain a été décidée de façon à ce que les principaux enseignements des enquêtes déjà réalisées puissent être tirés et viennent réorienter les opérations de la deuxième phase. Un certain nombre de rapports intermédiaires sont donnés en annexe. Ci-joint une bibliographie des travaux, exposés, communications auxquels le programme a donné lieu ; quelques articles sont actuellement sous presse, d'autres en cours de rédaction (GRUENAI - JOURDAIN - LALLEMANT - LE COEUR).

Toutes ces opérations seront regroupées et vont coucourir à une seule étude :

l'enquête prospective mère-enfant des quartiers de OUENZE et limitrophes.

Cette enquête, difficile à mener car étalée dans le temps mobilisera l'ensemble des chercheurs intéressés par le programme pendant dix huit mois.

OBJECTIFS SPECIFIQUES

Parmi les objectifs, certains ont un caractère essentiellement opérationnel, d'autre sont plus fondamentaux.

1°) OPERATIONNELS ;

Etablir une méthodologie d'étude appropriée à la Santé Publique en milieu urbain, transportable en partie dans d'autres agglomérations en devenir.

(La base de collaboration de l'équipe ORSTOM avec les services socio-sanitaires des quartiers impliqués dans l'étude est très concrète. Il s'agit d'élaborer avec ces services le dispositif de recueil de données et d'évaluation qui leur est nécessaire pour orienter leur action.)

Fournir aux pouvoirs publics des éléments de décision par l'identification de populations à risque spécifique, la hiérarchisation des problèmes sanitaires et l'analyse de leurs déterminants.

Montrer l'importance pour la mise en oeuvre effective des programmes d'action sanitaire, de la prise en compte du vécu de la maladie et des modalités de recours à la "médecine traditionnelle" et de type occidental.

2°) OBJECTIFS PLUS FONDAMENTAUX :

Tester, à partir des observations réalisées sur le terrain, les différents indicateurs utilisés en santé publique. Construire des indicateurs appropriés aux études urbaines.

Approfondir l'étude des rapports entre l'état nutritionnel de la mère/conditions de vie, le poids de naissance de l'enfant et morbidité ultérieure.

Cet indicateur simple et facilement accessible ne pourra être utilisé de façon efficace que si sa signification est claire.

Etudier en zone urbaine l'acquisition de l'immunité des jeunes enfants vis-à-vis du paludisme. En effet, le milieu urbain semble moins favorable que le milieu rural à la transmission de la maladie et à l'acquisition d'une bonne réponse immunitaire : des manifestations plus graves pourraient y être observées.

Apprécier l'impact sur la morbidité des anémies carencielles (fer ou folate) ou parasitaire (hémolyse chronique du paludisme...) ; des perturbations liées à certaines hémoglobinopathies (Drépanocytose, alpha et beta thalassémies) et des éventuels conflits immunologiques "Mère/enfant".

METHODOLOGIE :

Il n'est pas nécessaire de prendre en considération toutes les pathologies. S'agissant de la sous-population "mère/enfant" nous disposons d'indicateurs solides même si leur signification doit être approfondie : issue de la grossesse, poids de naissance, mortalité-morbidité infantile, développement staturopondéral et psychomoteur (cf. papier méthodologique général).

L'étude prospective portera donc sur un large échantillon de couples "mère/enfant", recrutés dès le sixième mois de la grossesse jusqu'à l'âge de dix huit mois, dans un des plus grands quartiers de la ville. La base de sondage sera donc géographique : tirage au quart des ilots de concessions sur les documents cartographiques dont nous disposons : (plans cadastraux actualisés à l'aide de la dernière couverture aérienne en 1983). Il s'agira de suivre pendant dix huit mois la pseudo-cohorte ainsi constituée.

Notre échantillon sera de taille beaucoup plus restreint mais parfaitement défini par rapport aux populations de référence de l'enquête I.F.O.R.D. et du recensement national 83/84 (questionnaires communs).

Les quartiers de OUENZE et les quartiers limitrophes (150 000 habitants) choisis pour l'étude sont représentatifs de la diversité des situations urbaines. Ils sont très hétérogènes du point de vue de l'habitat, des infrastructures et de l'assainissement. Si beaucoup de leurs habitants sont originaires du nord du pays, on y rencontre tous les degrés d'intégration et de niveau socio-culturel (migrants, saisonniers/logeurs propriétaires, jeunes chômeurs, commerçants/fonctionnaires).

Le suivi d'un échantillon tiré sur l'ensemble de l'agglomération urbaine est réalisable mais il imposerait la mise en oeuvre de moyens logistiques hors de proportion avec les résultats escomptés. Il nous semble, préférable de sacrifier la représentativité de l'ensemble de la ville au profit de la fiabilité et de la qualité de l'information recueillie.

Les données sur le cours et l'issue de la grossesse, l'état du nouveau-né, son développement statural et psychomoteur jusqu'à 2 ans et demi seront recueillies, par enquête à passage répété.

Cette méthode prospective relativement lourde est cependant indispensable car en se privant de la mesure des causes et des effets possibles sur les mêmes sujets, on rendrait improbable leur mise en relation.

La population étudiée sera suivie à trois niveaux :

- A domicile, dans les îlots de concession tirés au sort,
- Au centre de protection maternelle et infantile de OUENZE (P.M.I) (le médecin responsable de ce centre fait partie de l'équipe),
- Dans le service de santé scolaire et universitaire.

Au cours du premier passage à domicile, un questionnaire minimum portera sur l'histoire matrimoniale de la femme, sa descendance, ses caractéristiques culturelles et socio-économiques, l'anamnèse de sa grossesse, ses habitudes alimentaires.

Des mesures anthropométriques de base seront effectuées (poids, taille, périmètre brachial).

Les examens biologiques standard seront proposés s'ils n'ont pas déjà été effectués en P.M.I (groupe, BW, NFS, Electrophorèse de l'hémoglobine, dépistage systématique des parasitoses sanguines et intestinales).

Un questionnaire plus complet étudiera les conditions de vie et d'habitat, la composition de la famille, les modalités d'insertion urbaine.

Le second passage aura lieu au moment de l'accouchement dans chacune des 5 maternités de la ville (l'accouchement en maternité est obligatoire et effectif).

Ces maternités sont les seuls lieux habilités à délivrer les certificats nécessaires à la déclaration de l'enfant). Le registre d'admission permettra de connaître les avortements tardifs ne donnant pas lieu à déclaration.

Les questionnaires établis préciseront les événements survenus depuis le premier passage, les caractéristiques de l'accouchement, l'état de l'enfant à la naissance.

Six passages ultérieurs auront lieu à domicile à un rythme trimestriel.

Les informations recueillies concerneront le développement statupondéral et psychomoteur de l'enfant.

Les événements pathologiques survenus entre deux passages, les modalités d'alimentation de la mère et de l'enfant (sevrage).

Les suivis des grossesses et des enfants jusqu'à 2 ans utiliseront un questionnaire commun aussi bien à domicile, qu'en P.M.I ou dans les structures scolaires.

Les données ainsi recueillies viendront enrichir l'enquête à domicile. Leur confrontation permettra d'apprécier l'impact de la P.M.I comme du service de santé scolaire, son taux de couverture et son aire d'influence.

A cette enquête longitudinale seront adjointes :

- une étude du système de santé (étatique et para-étatique).
- exploitation des statistiques fournies par les structures sanitaires.
- cartographie des infrastructures médico-sociales, recensement des personnels, équipement des lieux et des modalités de distribution des soins.
- analyse de la fréquentation, de l'aire d'influence de ces structures, du recours aux différents systèmes de soins.

Les données seront saisies tout au long du déroulement de l'enquête à l'ORSTOM. Elles permettront l'établissement rapide des statistiques simples (tris à plat - tris croisés). Une analyse plus fine à partir de certains groupes de variables sera effectuée dans le service central d'informatique de l'ORSTOM à PARIS, en utilisant les techniques classiques de l'analyse multivariée.

En même temps que cette étude épidémiologique, et sur le même échantillon seront approfondis les aspects d'anthropologie urbaine et de la santé abordés au cours de la première phase de terrain (itinéraires thérapeutiques, anthropologie de la malnutrition, grossesse/conception/famille/lignage).

ANNEXE A

PUBLICATIONS ET RAPPORTS

.MALNUTRITION, SANTE ET APPROVISIONNEMENT VIVRIER A BRAZZAVILLE.

Marc LALLEMANT* et Jacques SENECHAL**

Avant propos :

Lorsque, dans les médias, sont évoqués les problèmes les plus aigus de l'Afrique noire, ceux ci concernent presque toujours le monde rural. Il est vrai que cette région du monde, globalement sous peuplée, est aujourd'hui la moins urbanisée mais c'est aussi celle où le développement urbain a pris le caractère d'une véritable explosion.

La ville de Kinshasa au Zaïre était en 1910 une bourgade de 30.000 habitants. Aujourd'hui avec trois millions d'habitants, elle est devenue l'une des plus importantes capitales du continent. Dans quinze ans, si les projections de l'INED sont vérifiées, Kinshasa sera la seconde ville d'Afrique avec huit millions d'habitants.

L'exemple de Kinshasa est frappant parce que le Zaïre est un pays immense mais des taux d'accroissement annuels allant de 7 à 10 % sont observés dans la plupart des grandes métropoles d'Afrique noire (Abidjan : > 10 % / an dans les années 70).

Ces villes apparaissent souvent dans le discours comme des monstres, des villes-Moloch qu'il faut en particulier nourrir. A quel prix ? On s'interroge sur les rapports de force ou de dépendance qu'elles entretiennent avec "leurs campagnes" ; on voudrait savoir dans quelle mesure l'approvisionnement de ces villes concourt à la dépendance (en particulier alimentaire) Nord-Sud. Mais ces considérations, trop générales, laissent peu de place aux habitants de la ville pour qui "se nourrir est une préoccupation quotidienne. Viennent à l'esprit des images de l'actualité récente : scènes de révolte des citoyens face à la hausse insupportable des prix des produits de base... répressions... (Tunisie 29 Décembre - 3 Janvier 1984 : plusieurs dizaines de morts, des centaines de blessés ; 19 Janvier, émeutes dans plusieurs villes marocaines : bilan comparable ; 23-24 Mai 1984 Haïti : la troupe mitraille les émeutiers ; Saint Dominique...) Faute de s'intéresser au quotidien, on risque de faire de lourds contre-sens.

Nous allons exposer ici des faits très concrets en rapport avec la situation nutritionnelle des citoyens de Brazzaville pour voir si le phénomène urbain et notamment les modalités d'approvisionnement de la ville peuvent les éclairer (du moins en partie). Notre équipe de recherche, constituée sur le thème "Santé et Urbanisation"

a adopté une perspective très médicale. Et nous voulons montrer ici - pour cela il faudra faire un assez long détour méthodologique - comment, dans la démarche de santé publique qui est la notre, le système d'approvisionnement vivrier de la ville est apparu comme faisant partie du système de Santé.

Démarche

La question centrale posée initialement était la suivante : quelles relations peuvent être établies entre santé et phénomène urbain ? Venait immédiatement une sous question : comment, du point de vue méthodologique, apprécier l'état de santé d'une population afin qu'il puisse être mis en relation avec des variables urbaines (et lesquelles ?)

Nous n'avons pas pris en considération les diverses maladies en tant que telles (ce sont des événements passagers qui intéressent les individus) mais la santé : état qu'il s'agit ici de mesurer au niveau d'une population. Nous savons qu'elle ne peut l'être qu'à travers d'un certain nombre d'indicateurs. Parmi l'ensemble des indicateurs possibles, nous avons choisi d'évaluer l'état de santé :

- en appréciant la croissance des jeunes enfants (croissance staturo-pondérale et développement psycho-moteur) ;
- en observant les événements de santé survenus au cours et à l'issue des grossesses.

Bien que les relations entre ces deux indicateurs ne soient pas parfaitement claires on sait que le premier est fortement dépendant du second.

Leur choix désigne immédiatement la population objet de l'étude : celle des enfants. Toutefois, l'étroitesse des relations entre la mère et son enfant nous a amené à prendre en compte de facto le couple mère-enfant. Ces indicateurs sont des instruments de mesure particulièrement sensibles de l'état de santé :

.Il est admis que l'état de santé des jeunes enfants renseigne sur l'état de santé général. Dans cette mesure, il permet de comparer la situation sanitaire de populations, d'évaluer les progrès réalisés à la suite d'interventions de santé dirigées vers l'ensemble de la population .

.La population enfantine est particulièrement sensible aux conditions de vie urbaine que nous voulons saisir (l'habitat, les situations socio-économiques, les aspects culturels...). Dès lors elle est révélatrice des conditions de vie de l'ensemble des citoyens.

Enfin, et c'est essentiel, le choix de cette population ne privilégie aucun statut social, aucun groupe ethnique, aucun lieu de résidence. En cela, elle représente bien l'ensemble de l'espace urbain et de ses composantes sociales.

L'état de santé que nous mesurons est influencé par deux grands domaines fortement liés : la morbidité et la nutrition. La morbidité est définie comme l'ensemble des maladies rencontrées au niveau d'une population donnée avec leurs fréquences et leurs gravités respectives.

Nous envisageons la morbidité sous l'angle particulier de ses effets sur la courbe de croissance de l'enfant. L'effet de la morbidité sur le développement staturo-pondéral (croissance physique) et psycho-moteur de l'enfant est direct. Mais il s'exerce aussi en relation étroite avec la nutrition. Une pathologie bénigne peut prendre des formes graves chez des enfants à l'état nutritionnel précaire. A l'inverse, une maladie peut constituer le point de départ de problèmes nutritionnels graves.

La rougeole, par exemple, est l'une des maladies les plus graves de l'enfance mais dans certaines zones d'Afrique la mortalité qu'elle occasionne est cent fois plus forte que dans les pays développés. Parmi les facteurs qui expliquent cette particulière sévérité de la rougeole en Afrique interviennent en partie l'état nutritionnel critique des enfants et les carences qui lui sont parfois associées notamment les carences en fer. A l'inverse les perturbations psycho affectives que peuvent entraîner l'hospitalisation, occasionnent parfois des troubles sérieux du comportement alimentaire qui conduisent des états de malnutrition grave.

La question qui vient ensuite est celle de la place, dans l'explication de l'état de santé, des variables proprement urbaines.

Ces "variables urbaines" relèvent grossièrement trois grands domaines : culturel, socio-économique et environnemental (habitat, assainissements, climat, etc.). Ce découpage est utile mais nous savons que ces catégories ne peuvent pas être dissociées.

L'enchaînement "état de santé - indicateurs morbidité/nutrition - variables urbaines" a constitué le premier moment de la démarche de santé publique. Mais à la notion de santé est inévitablement attachée celle de "besoin d'une meilleure santé". Face aux demandes et aux besoins, des réponses de différentes natures sont mises en œuvre. Les relations entre réponses, demandes et besoins

sont constitutifs du "système de santé", que nous étudions.

Le point d'articulation le plus important de notre développement se situe ici :

"Le système d'approvisionnement de la ville" n'est il pas partie du système de santé, comme peuvent l'être les services d'hygiène et d'assainissement ou la connaissance "médicale" des mères de famille ?

NUTRITION ET ALIMENTATION

La visite des marchés, des familles, des écoles, des formations sanitaires a fait apparaître clairement deux directions de recherche en matière de nutrition.(4)

Si dans la rue, l'état nutritionnel des enfants d'âge scolaire n'apparaissait pas inquiétant, dans les formations sanitaires par contre, on nous signalait une fréquence croissante des états graves de malnutrition. Il en était ainsi pour plus de 25 % des enfants du service de pédiatrie de l'hôpital général (11). Dans l'un des grands dispensaires PMI de la ville, environ 10 % des enfants de 0 à 6 mois étaient considérés comme malnutris, 15 % entre 6 mois et un an, près de 25 % entre un et deux ans.(9) Ces chiffres ne doivent pas tromper. Si jusqu'à un an la plupart des enfants sont suivis en PMI, beaucoup de mères ne les amènent plus après cet âge, tout au moins à titre systématique. Par ailleurs, le recrutement d'une structure sanitaire, hôpital ou dispensaire, n'est jamais représentatif de la population dans son ensemble. Cependant, cette discordance apparente entre "l'état de santé" des enfants d'âge scolaire et les constats hospitaliers amenait à s'interroger sur l'existence possible de deux problèmes bien distincts.

Le premier concernerait les enfants les plus jeunes chez qui surviendraient des formes graves de malnutrition, assez rares dans la mesure où seule une minorité d'enfants est hospitalisée en pédiatrie. Dans ce service nous avons observé les deux états classiquement décrits sous le nom de marasme et de Kwashiorkor.

Les marasmes sont liés à des carences globales en calories et en protéines telles celles qu'on peut les rencontrer dans des situations de famine : enfants d'aspect squelettique, anxieux et au ventre ballonné. Les Kwashiorkor sont liés à une carence protéique prédominante ; c'est la maladie des enfants roux, à la peau fragile, bouffis et apathiques.

Dans ces deux cas deux hypothèses nous ont parues devoir être explorées :

a) Dans une situation économique précaire et donc de sous-nutrition chronique dans la famille, un événement d'origine extérieure, le plus souvent infectieux, pourrait entraîner une détérioration rapide de l'état nutritionnel du petit enfant, devant laquelle les mères ne savent ou ne peuvent réagir. Ainsi lorsque les autres membres de la famille ont juste assez à manger, une mère peut-elle préparer un repas spécial, pendant des semaines, pour cet enfant qui ne lui paraît pas toujours vraiment "malade", qui est sans appétit et sans force ? (4)

b) L'enfant pourrait aussi faire les frais de conflits du groupe social ou familial comme l'a expliqué Colomb à Dakar à propos des représentations culturelles des états de malnutrition grave, Marasme et Kwashiorkor.

A partir des cas observés en milieu hospitalier, nous avons entrepris une étude anthropologique pour tenter de comprendre les situations familiales et raciales qui produisent ces malnutritions graves.

Il est apparu à l'anthropologue qui effectuait ce travail, M.E. GRUENAIIS, que les deux types d'explications proposés plus haut n'étaient pas exclusifs et pouvaient parfois constituer deux niveaux d'analyse d'une même situation. Par ailleurs toutes les couches sociales sont concernées, même si les situations économiques difficiles sont toujours facteur d'aggravation.

Si aucun équivalent vernaculaire aux termes malnutrition, marasme, kwashiorkor n'a pu être relevé ; en revanche, ont été identifiés trois types de "maladie" qui se caractérisent par des signes de malnutrition. Ces "maladies" relèveraient de systèmes d'interprétation très différents :

1) L'état de malnutrition (type marasme, pourrait être provoqué, pour certains brazzavillois, par l'absence de "ngandaka" (luette dans la langue lingala). Cette "maladie" se traduirait par une impossibilité pour l'enfant d'ingérer quoi que ce soit. Elle viendrait du Zaïre et serait mortelle si l'enfant n'est pas soigné dans un cadre traditionnel ;

2) Le non-respect d'interdits sexuels (avant la naissance ou pendant l'allaitement de l'enfant est avancé comme cause d'une "maladie" qui a, entre autres, tous les symptômes du kwashiorkor ;

3) une autre explication du "kwashiorkor" est également proposée : lien entre l'enfant et la "puissance surnaturelle" à laquelle il était associé avant sa naissance.

Selon M.E. GRUENAI, ces trois "maladies" ont en commun au moins deux caractéristiques : elles sont considérées comme ne pouvant être soignées dans une structure sanitaire ; elles sont connues de groupes d'origines aussi différentes que les Kongo (gens du sud) et les Mbochi (gens du nord). La recherche se poursuit actuellement et nous voudrions savoir s'il existe d'autres explications données à ces états de malnutrition, mais aussi vérifier dans quelle mesure les connaissances, relatives aux différentes explications de la malnutrition, sont partagées par les citoyens indépendamment de leurs origines culturelles ? Le cas de la "maladie" dont on situe l'origine au Zaïre par exemple pourrait être la marque d'une nouvelle croyance qui s'est instaurée, croyance dont le référent culturel ne s'exprime plus en terme d'origine ethnique mais en terme de relations de pays à pays, voire de ville à ville dans la mesure où, pour les Brazzavillois, le Zaïre est avant tout Kinshasa. (8)

La seconde direction de recherche concerne les malnutritions protéino-énergétiques modérées persistant pendant de longues périodes elles provoquent des retards staturaux importants. Elles peuvent passer totalement inaperçues si elles ne sont pas étudiées de façon systématique.

Le constat souvent avancé est celui d'un bilan nutritionnel globalement favorable aux citoyens. Il importait donc de faire ce bilan en même temps que de démasquer les éventuelles disparités. L'une des caractéristiques essentielles du milieu urbain étant l'hétérogénéité.

Nous avons réalisé une enquête dans 18 écoles réparties sur toute l'étendue de la ville. Sur 2400 enfants, âgés de 8 à 11 ans, nous disposons de données anthropométriques (taille, poids et âge précis), d'informations sur les modalités de leur alimentation et leur situation familiale.

L'analyse de l'état nutritionnel de ces enfants a été effectuée à partir de deux indices : la taille rapportée à l'âge (T/A), et le poids en fonction de la taille (P/T), tous deux replacés par rapport aux normes américaines N.C.H.S..

Ces normes ont été construites à partir des mensurations d'enfants américains, de tous milieux sociaux et bien nourris. Elles permettent de comparer l'état nutritionnel de plusieurs groupes d'enfants d'âge différent. Mais l'usage de ces tables n'implique en aucun cas, pour les responsables de santé publique, que leur coïncidence avec les données nationales soit un objectif à atteindre.

Nous avons observé de très grandes différences entre les écoles étudiées. La distribution des indicateurs T/A et P/T des enfants de l'école du centre de la ville (pour la plupart enfants de fonctionnaires) se superpose tout à fait à celle des enfants américains, exception faite des obèses qui, ici, sont absents. La situation nutritionnelle des enfants des autres écoles se détériore à mesure que l'on progresse vers la périphérie. Ainsi, dans les trois écoles du front d'urbanisation, plus de 40 % des enfants ont des mensurations inférieures au 10^{ème} percentile américain. De façon plus parlante : quand 10 % des enfants américains de 8 ans ont une taille inférieure à 120 cm, 40 % des enfants de 8 ans qui fréquentent les écoles du front d'urbanisation ont une taille inférieure à cette "norme".

De façon schématique, la distribution de l'indice P/T peut être interprétée comme reflétant la situation nutritionnelle actuelle des enfants tandis que celle de T/A met en valeur l'accumulation des retards de croissance liés à des situations passées. Ainsi, la distribution des indices P/T dans les écoles s'éloigne moins des normes que celle des indices T/A. Cette différence pourrait être mise en relation avec une meilleure nutrition des enfants plus âgés dans la fraction ou à une pression devenue moins forte de la morbidité. Il est possible que ce soit au cours de la petite enfance que s'effectue l'essentiel de la différenciation des états de santé à mettre en relation avec "les conditions de vie" des enfants.

Encore faudra-t-il vérifier, d'une part qu'on assiste à une forme de rattrapage de la taille chez les enfants les plus âgés et, d'autre part que ces retards ne se sont pas constitués pendant la vie intra utérine. (Importance de la notion d'enfants "small for date" : petits nouveaux nés, nés à terme et intérêt du second indicateur que nous avons retenus pour évaluer l'état de santé : étude du cours de la grossesse).

Cet état nutritionnel semble influencé par les variables économiques ; en sont le reflet, l'école, image de la ségrégation spatiale des groupes sociaux qui constituent la ville ; le nombre de repas pris dans la journée, la possibilité ou non de bénéficier de la restauration scolaire.

Il n'est pas influencé par l'appartenance ethnique, par le statut de résident de l'enfant (chez ses deux parents, l'un d'entre eux, un tiers), et par la participation de ses parents ou tuteurs à l'agriculture, à la transformation ou à la revente de produits alimentaires.

Après cette analyse, nous avons procédé à

une comparaison, dans les memes classes pédagogiques, entre enfants ayant 0, 1, 2, 3 années de "retard" scolaire.

Les enfants qui ont suivi normalement leur scolarité n'ont pas de "retard" de taille (T/A) tandis que ce retard apparait et s'accroît en meme temps que le retard scolaire. Ce résultat nous parait extrêmement important parce qu'il démontre que cette malnutrition occulte qui n'a pu être objectivée qu'en se référant à des normes, n'est pas une vue de l'esprit. Elle a probablement des conséquences importantes pour l'avenir des jeunes enfants qui en souffrent meme si des études ultérieures doivent amener à préciser dans quelles conditions elle survient et si il y a des causes connues à la malnutrition et au retard scolaire ou bien s'il y a relation de cause à effet. (Il nous semble que sur ce point on ne peut se montrer trop prudent).

Nous avons également étudié la distribution du poids rapporté à la taille (P/T). Aucune différence n'est observée entre les classes de "retard scolaire". Autrement dit les enfants qui souffrent de difficultés scolaires ne sont pas ceux qui paraissent les plus "mal nourris" (maigres), aujourd'hui.

La situation particulière des habitants du front d'urbanisation mérite que l'on s'y arrête un peu puisque c'est chez eux que l'on rencontre les situations nutritionnelles les plus critiques.

Brazzaville, dont le site a été choisi dans une logique coloniale (contrôler le haut cours du Congo) est une capitale de 500.000 habitants qui s'est développée à l'horizontale. L'exode rural représente la moitié, soit 3,5 % de l'accroissement annuel de sa population.

Le quartier le plus central, Poto-Poto, accueille la plupart des immigrants qui rapidement vont se répartir dans les autres quartiers en fonction de leurs affinités familiales ou ethniques. L'habitat en lui meme n'est pas révélateur des ségrégations sociales ; par contre elles sont très clairement traduites par l'inégale répartition dans les quartiers des différents services urbains. En effet c'est dans les quartiers les mieux équipés que se regroupent les groupes sociaux les plus aisés. Le front d'urbanisation par contre ne bénéficie d'aucun de ses équipements urbains que sont l'eau courante, l'électricité, la voirie, l'assainissement, les transports et la plupart des services publics.

Pourtant la majorité des habitants de ces quartiers sont des propriétaires. En accord avec les chefs de terre et souvent en marge de la législation, ils ont acquis des parcelles qu'ils payent par traites. Pour construire ils ont dû s'endetter et accepter d'habiter

leur logement avant qu'il soit terminé de façon à ne plus avoir à faire face aux loyers exorbitants qui les ont chassés du centre de la ville. Ce sont donc d'anciens citadins dont la famille est souvent déjà importante et qui doivent pour faire face à leurs échéances.

L'alimentation apparaît comme un poste peu compressible du budget de ces familles, même si on assiste à un report vers les calories les moins chères : pain et riz. Ainsi, le prix de la kilo-calorie était en 1983, d'1,20 FF pour la farine de manioc, 2,20 FF pour la pomme de terre produite localement, tandis qu'elle était de 1,50 FF pour le pain et le riz. (7)

Par ailleurs l'évolution du coût de la vie à Brazzaville s'est fortement accélérée depuis 1980. Si l'on considère l'indice 100 des biens de première nécessité en 1970 l'évolution est 250 en 1980 et 400 en 1983. Le SMIG officiel était encore fixé à 300 FF par mois en 1983 alors que le minimum vital pour un adulte était estimé à 1000 FF/mois. Il faut savoir également qu'un quart des hommes et trois quart des femmes sont sans revenu régulier (3) et que le pourcentage d'actifs théoriques (20-60 ans) est de : 42 %

Ce report nécessaire vers des calories moins chères mais importées pose le problème du système d'approvisionnement de la ville et notamment celui de son bassin vivrier. Les marchés sont nombreux et apparaissent bien pourvus en vivres de toute sorte mais au vu des prix affichés, ceux-ci paraissent pratiquement inaccessibles.

Selon le rapport de l'ODI (1984) 24 pays d'Afrique noire soit 40% de la population sont touchés par une crise alimentaire sans précédent dont la situation éthiopienne constitue l'exemple le plus dramatique. Le Congo ne fait pas partie de ces pays, la sécheresse et la famine n'y sévit pas. Pourtant la situation apparaît aujourd'hui d'une extrême fragilité. L'histoire récente mais surtout la géographie et la situation démographique du pays l'explique pour une grande part.

L'approvisionnement vivrier

Depuis 1974, (10) moins de 50 % des Congolais vivent dans les villages traditionnels ; tous les autres vivent dans les villes et leurs banlieues, dans les bourgs de gare, les postes administratifs, les centres industriels ou miniers. Aujourd'hui, un Congolais sur trois habite Brazzaville et un sur six Pointe-Noire. La scolarisation est le grand moteur de cette urbanisation : d'abord l'année scolaire recouvre exactement l'année agricole, ce qui coupe les enfants de l'agriculture ; ensuite, l'école prépare psychologiquement à tout autre métier que celui de cultivateur ; enfin, cette

scolarisation en principe obligatoire jusqu'à seize ans oblige les adolescents à vivre hors de leur village natal pour poursuivre leurs études.

Selon la Banque Mondiale, le Congo a le record du taux d'inscription scolaire. La population estudiantine représente au Congo 38 % de la population totale. Ce pourcentage n'est pas seulement dû à la structure de population de la ville. La base de la pyramide des âges est très élargie comme dans la plupart des pays en voie de développement. Le taux de scolarisation dans la classe des 10-14 ans est en 1981 supérieur à 77 % tandis qu'il était de 66 % à Abidjan (1) en 1979 et de 74 % dans la 1ère circonscription urbaine de Dakar en 1981. A Brazzaville, 46 % des habitants sont des élèves. L'alimentation de cette masse de citadins qui ne produisent guère de vivres et dont la grande majorité sont des enfants ou des jeunes gens encore improductifs pose de sérieux problèmes. D'autant plus grave que le pays est sous-peuplé (moins de cinq habitants au kilomètre carré) et que les villages sont exsangues de leur jeunesse. Dans ces villages la pyramide des âges repose sur la pointe !

Pays sous-peuplé, villages dépeuplés et vieillissants, tout cela explique l'immensité du bassin vivrier de Brazzaville. Il s'étend jusqu'à Ouesso à la frontière Camerounaise pour le poisson de mer qui est de plus en plus consommé, jusqu'au Chaillu (à la frontière Gabonaise) et dans toutes les régions frontalières du Zaïre pour le manioc. L'insuffisance de l'offre de vivres par les paysans entraîne une âpre compétition pour la nourriture entre Brazzaville, Pointe-Noire et Kinshasa. En 1984 on pouvait dire que la guerre du manioc était commencée dans la région, entre les trois grandes cités. Sur le marché de Mpassa, centre minier proche de la frontière zaïroise à 200 km de Brazzaville et 300 de Pointe Noire, se tient un marché qui, depuis plusieurs années, est une des principales sources de manioc pour Pointe-Noire. Ce manioc venait surtout des villages zaïrois du Plateau des Cataractes. Depuis plus d'une année, la ville de Kinshasa a détourné à son profit l'essentiel de cette production et c'est à ce moment de crise des approvisionnements pour Pointe-Noire que Brazzaville, frappée également, a tenté en Février 1984 d'intervenir sur le marché de Mpassa pour assurer sa propre subsistance. L'Etat s'est porté lui-même acheteur de manioc et l'a envoyé quérir par les camions de l'armée populaire nationale.

En 1982, de sources émanant du ministère de l'agriculture 99 % de la production vivrière (manioc, banane plantain, arachide, haricot, pomme de terre, maïs, paddy) étaient assurés par les paysans indépendants, tandis que 1 % était produit par les fermes d'Etat. Pourtant, la permanence de méthodes de culture insuffisantes à générer un surplus commercialisable, la

diminution de la force de travail font que le paysannat traditionnel sera de moins en moins capable d'assurer l'approvisionnement vivrier de la ville. (6)(7).

L'un des facteurs de blocage qui apparaît aujourd'hui prépondérant est l'impossibilité pour le paysan de commercialiser, directement ou non, sa production. En effet, les communications sont extrêmement difficiles, seuls les paysans cultivant le long de la voie ferrée Congo-Océan sont assurés de pouvoir évacuer leurs récoltes. Les villages ne disposent par ailleurs d'aucun moyen de stockage. L'Office des Cultures Vivrières qui a monopole de la commercialisation du maïs, du paddy, de l'arachide, du haricot et de la pomme de terre a été incapable d'assurer son rôle : collectes effectuées avec plusieurs mois de retard dépassant rarement 50 % des prévisions, pertes à la production souvent au delà de 50 %... Cette défaillance, associée à politique de prix à la production très peu rémunératrice du travail paysan, contraste avec des marges commerciales considérables. Le prix d'achat au producteur représente environ 20 % du prix au détail (7).

Elle a découragé la production. Le commerce parallèle et clandestin joue un rôle de soupape de sécurité mais son intervention reste limitée. Dès lors, la production ne couvre que 14 % de l'estimation des besoins en riz, 32 % pour l'arachide, 45 % pour la pomme de terre et l'arachide, 80 % pour le maïs.(6)(7).

La capitale du Congo peut se permettre d'importer d'autres vivres venant parfois d'horizons très lointains ! Le blé et la farine de France ; le poisson salé de Belgique et de Chine ; la viande de bœuf du "Botswana" et d'Argentine, l'huile de Côte d'Ivoire et du Sénégal.

Le Congo est aussi étendu que l'Italie, mais il n'a qu'un million six cent cinquante mille habitants. Quand les hommes sont trop peu nombreux, ils ne peuvent se permettre le luxe d'être disséminés : le coût de création et de l'entretien des infrastructures devient prohibitif : la concentration spatiale est la voie obligatoire du développement économique et social. Au Congo, si la densité moyenne de peuplement, au niveau national, est inférieure à cinq habitants au Km²., dans la vallée du Niari, entre Kimbedi et Loudima, la densité dépasse cent hab/km². Quand il y a moins de 300 000 ménages dans un pays la moindre ressource du sous-sol devient une richesse nationale : La production de pétrole du Congo représente 0.15 % de la production mondiale... mais elle assure, en théorie, un des meilleurs niveaux de vie du continent... Les revenus pétroliers permettent au pays de vivre dans la dépendance alimentaire, et ils accroissent cette dépendance. C'est là le lot de tous les pays d'Afrique

Noire exportateurs de pétrole : selon la F.A.O., leurs importations de vivres ont augmenté fortement : 1969 et 1979, + 70 % pour l'huile, + 68 % pour le riz, + 47 % pour le maïs. Pour les agricultures nationales, le pétrole est une malédiction. En effet, la masse monétaire mise en circulation dans le pays entraîne une telle hausse des prix que les produits de l'agriculture nationale cessent d'être compétitifs : le pain coûte moins cher que le manioc, l'huile importée du Sénégal ou de Côte d'Ivoire coûte moins cher que l'huile du pays. La hausse des prix est générale et touche tous les produits, alimentaires ou non. Les citadins - rendus plus nombreux grâce aux emplois que le pétrole permet de créer dans le secteur tertiaire et notamment dans la fonction publique - sont les premiers à approuver la lutte périodique des autorités contre les hausses "illicites" des prix alimentaires : d'où les mercuriales, le contrôle des prix et, dans les périodes les plus critiques, les miliciens dans les marchés. Mais le paysan, lui aussi, est victime de la hausse des prix de tout ce qu'il achète. La pression de la majorité citadine sur les prix agricoles décourage les paysans : elle n'incite pas les jeunes ruraux à rester à la terre : dans ces conditions, la population rurale et la production alimentaire ne peuvent que stagner ou décroître. En 1983 C et B. DUHEN évaluaient à 7.40 F la rémunération d'une journée de travail pour un producteur de Paddy, 11 F pour un producteur d'arachide coque, 8 F celle d'un producteur de manioc en pain (chiwange).

Mais, au moins, les ruraux ont à manger. Peut-être pas tout ce qui serait nécessaire à une parfaite nutrition (en particulier l'insuffisance des protéines animales dans les régions rurales de savane à forte densité de population où le gibier a quasiment disparu). Mais, au moins, l'ordinaire est assuré. Tandis qu'en ville, le problème alimentaire est avant tout un problème de revenu : Il y a ceux qui peuvent se nourrir convenablement, il y a ceux qui ne le peuvent pas, et il y a ceux qui se débrouillent... Cette différenciation sociale et économique résulte de la variété des types d'emplois proposés par la ville et de l'incidence du chômage. Certes, il y a des ménages brazzavillois qui pratiquent l'agriculture. On pense immédiatement aux maraichers. Il y a aussi les vergers et les élevages de volailles et de porcs de banlieue. Et il y a surtout les champs de manioc et d'arachides cultivés par les Brazzavilloises. Mais - là aussi - la géographie est déterminante : l'accès à la terre cultivable est possible pour certains - ceux qui sont originaires des régions proches de la capitale - et difficile pour tous les autres, ne serait-ce qu'en raison des prélèvements fonciers exigés par les détenteurs du sol.

De fait surviennent des pénuries de plus en plus fréquentes et profondes autant pour les produits contrôlés par l'office étatique de commercialisation (OCV) que pour les autres vivriers.

Chaque année, de décembre à mars le prix du manioc peut doubler. Mais en 84 il était quasiment introuvable tandis que les files d'attente s'allongeaient devant les boulangeries (7).

Ces crises alimentaires cycliques témoignent de l'extrême fragilité du système d'approvisionnement de Brazzaville, de son profond dysfonctionnement.

L'état ne peut avoir la totale maîtrise de l'ensemble mais il intervient sur les prix à la production et au détail, peut désenclaver des zones rurales pratiquement inaccessibles pendant les mois de pluies, peut réformer le dispositif de commercialisation des produits vivrier. Ce système d'approvisionnement apparaît alors aux mains de l'état comme un instrument de santé publique au même titre que le réseau d'assainissement ou de distribution d'eau potable.

Comment évoluerait la situation nutritionnelle des populations citadines si les revenus pétroliers venaient à s'effondrer ? Les responsables politiques ne s'y trompent pas lorsqu'ils parlent de "l'après pétrole" !

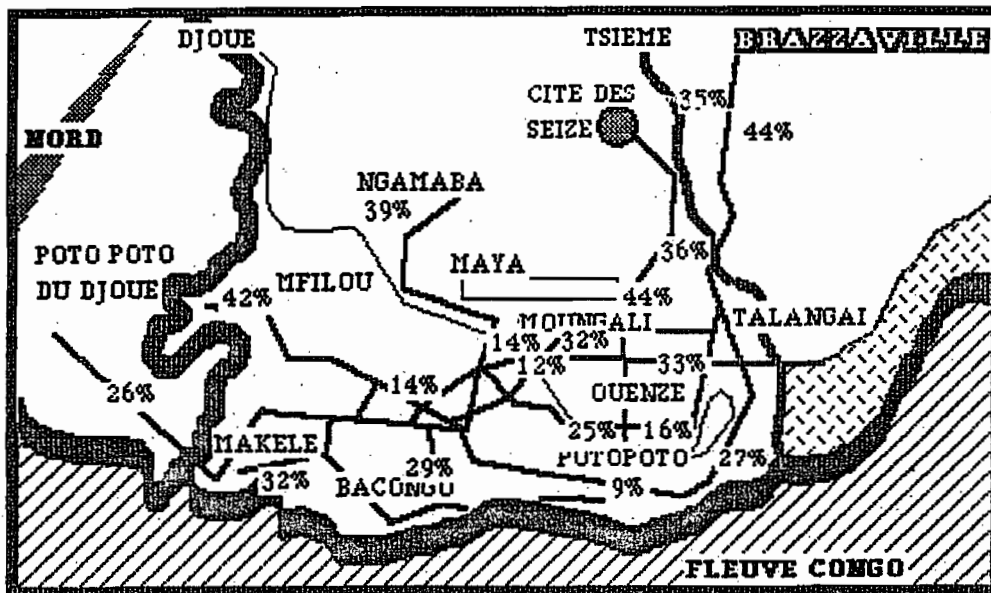
ORSTOM * Marc LALLEMANT, médecin épidémiologiste,
 ** Jacques SENECHAL, géographe, Université
 Marien Ngouabi.

Nous tenons à remercier M.F. COULLIOT et
 J.P. DUCHEMIN pour l'aide et les conseils qu'ils nous ont
 donnés lors de la rédaction de ce papier.

Correspondance : M. LALLEMANT, Programme
 Santé/Urbanisation Dpt D, ORSTOM 24 rue Bayard 75008 PARIS.

BIBLIOGRAPHIE

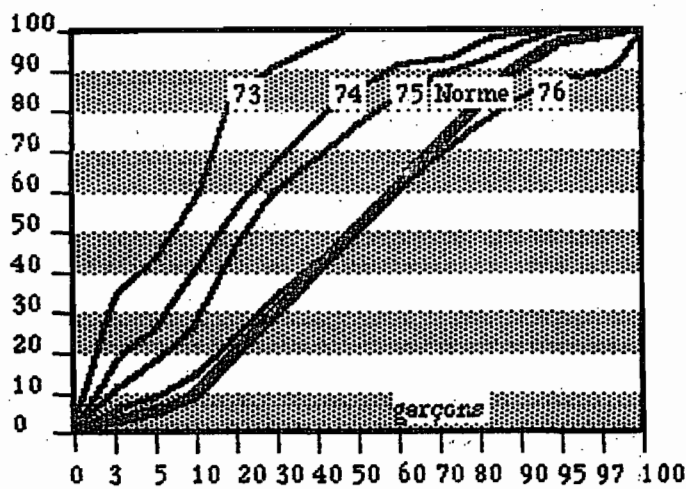
1. ANTOINE P. et HERRY C. Enquete démographique à passages
 répétés : agglomération d'Abidjan. 1982-417 p.
2. Collectif G.S. 3 - DGRS (R.P. du Congo). Dynamique du
 Système alimentaire de Brazzaville. 1984, 9 p.
3. Collectif Parti Congolais du Travail - Cout de la vie
 et pouvoir d'achat à Brazzaville. Brazzaville 1983, 24 p.
4. Couilliot M.F. - Rapport de mission d'évaluation des
 problèmes nutritionnels à Brazzaville. Paris, 1984, 10 p.
5. Crestat et coll. - Consommation alimentaire des
 habitants du district d'Ewo et de Kindamba - Etat
 nutritionnel des enfants de Brazzaville. Communications au
 Séminaire F.A.O., 7-12 novembre 1983, Brazzaville, 10 p.
6. De Mongolfier - Communication personnelle.
7. Duhem C., Duhem B. - Les principales filières vivrières
 en République populaire du Congo : Analyse et voies
 d'amélioration. Brazzaville, 1984, 186 p.
8. Gruenais M.E. - Propositions de recherches à
 Brazzaville. Brazzaville, 1984, 4 p.
9. Lallemand - Le Coeur S. - Rapport d'activité, S.M.I. de
 Ouenzé. Brazzaville, 1984.
10. Lallemand M., Sénéchal J. - L'approvisionnement
 alimentaire et la distribution des vivres : le cas de
 Brazzaville A.U.P.E.L.F., Brazzaville, 1984, 7 p.
11. Nzingoula D. - Communication personnelle. (Etude
 portant sur 500 cas).
12. Saada P. - Etude socio-urbaine. Schéma directeur de
 Brazzaville. Brazzaville, 1980, 159 p.



Proportion d'enfants dont la taille est inférieure
au 10^e percentile des normes N.C.H.S./O.M.S.
(Indicateur de malnutrition chronique).

Résultats pour les 18 écoles étudiées

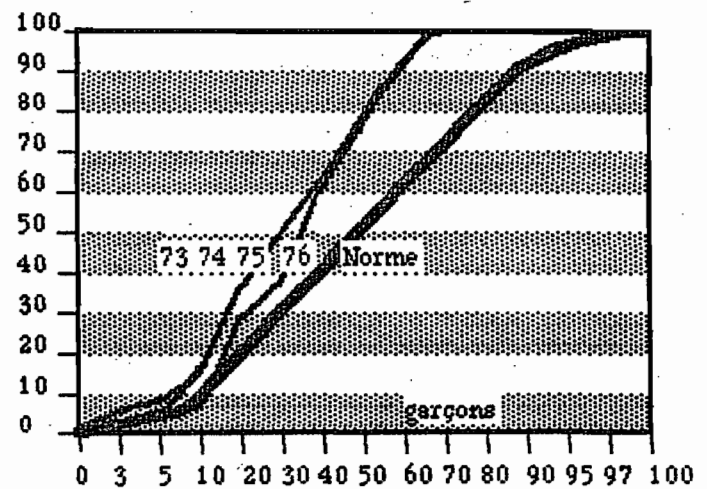
II



Distribution de la taille rapportée à l'âge

Abscisse : percentiles

Ordonnée : pourcentages cumulés



Distribution du poids rapporté à l'âge

(les courbes 73, 74, 75 sont confondues dès le 5^e percentile, la courbe 76 les rejoint au 60^e)

IDENTIFICATION OF MALNUTRITION IN BRAZZAVILLE R.P.CONGO. M.E.Gruenais and M.Lallemant.Pg.Santé/Urbanisation,ORSTOM, Dpt.D. 24 rue Bayard 75008 Paris, France.

In 1984, 24 African countries were badly hit by drought. Congo is not part of them; starvation is not one of its problems. Malnutrition, though, is a true problem to Public Health, particularly in urban areas. A survey on 2500 8 to 10 years old children shows that :1) in schools located in the center of Brazzaville, whose pupils belong to more privileged classes, size-to-age distribution enters into N.C.H.S. norms; 2) in districts of lower economic status, the size of 35 to 45% children is inferior in the 10th percentile to american norms. In all these schools, the inferior size growth-rate is very significantly correlated to low school performance (the causal relation has yet to be confirmed). In the city, nutrition is essentially dependent upon revenues: feeding oneself in Brazzaville is expensive. One third of the Congolese population lives in the capital and the underpopulated country-site (< 5 inh./km²) cannot provide it with the appropriate food-supply. This oil producing country is settling into food dependency. Nevertheless, the country's economic and geographic situation does not explain malnutrition well. This problem is not recognized; at the family level, it is only symptomatic of a more serious "disease", which concerns the group (lineage break-up, overriding of taboos, witchcraft...). Moreover, when a family has barely enough to eat, the mother cannot afford the specific long-term diet necessary to the "frustrating" child, who has become malnourished following serious child-sicknesses. Health structures are unable to respond to this situation. Differentiation in nutritional situations indeed develops between weaning and school age; in that life-period, preventive medical structures do not circumscribe children. In addition, health-care personnel, with no concrete solution to offer, can only ignore malnutrition or propose inadequate nutritional education, especially since the mother's problem addresses environmental constraints rather than awareness.

Résumé de la communication qui sera présentée au

XIIIe Congrès International de Nutrition

(Brighton, 18-23 août 1985)

ETAT NUTRITIONNEL DES JEUNES ENFANTS (1-6 ans)

ET ORGANISATION FAMILIALE

M.E. GRUENAI

1. Place de la recherche dans le programme de Brazzaville

Un des deux indicateurs de santé retenu par le programme de Brazzaville est la croissance des enfants. Plusieurs enquêtes ont déjà été effectuées pour relever les mensurations (poids et taille) des enfants. Jusqu'à présent, ces enquêtes ont principalement été réalisées au sein de deux types d'établissement: les écoles et les structures sanitaires. Il est apparu que ces enquêtes ne permettaient pas de couvrir l'ensemble de la population des enfants.

En effet, en majorité, l'école recrute les enfants à partir de l'âge de 6 ans. Une certaine catégorie de la population envoie ses enfants dans des établissements pré-scolaires à partir de l'âge de 3 ans ; mais cette population de jeunes écoliers n'est sans doute pas représentative, du point de vue de l'origine sociale, de l'ensemble de la population.

Par ailleurs, les différentes structures sanitaires, et en particulier les centres SMI, n'opèrent guère de suivi effectif des enfants au-delà de l'âge de 1 an. Après les premières surveillances post-natales, et une fois que toutes les vaccinations ont été faites, une mère n'éprouve guère le besoin d'avoir régulièrement recours à une structure sanitaire. Et lorsque l'on trouve des enfants de plus d'un an dans une structure de soin, c'est parce qu'ils présentent des symptômes graves. L'état de santé de ces derniers n'est donc pas représentatif (du moins peut-on le supposer) de l'état de santé des enfants en général.

Dès lors, mener des enquêtes dans les écoles et dans les structures de soins ne permet pas de saisir la population des 1 à 6 ans. Pour appréhender cette population il faut procéder à une enquête au domicile des familles.

2. La population des jeunes enfants.

Il est important à plus d'un titre de pouvoir saisir cette population d'enfant.

Tout d'abord, elle échappe à tout contrôle sanitaire et, d'une manière générale, on ne dispose guère d'informations sur elle.

Ensuite, au début de cette période de la vie d'un enfant correspond la fin de l'allaitement maternel. On sait combien le sevrage est bien souvent une étape difficile à franchir pour les enfants africains. Aussi, saisir cette population des 1-6 ans devrait notamment permettre de recueillir quelques données sur l'état nutritionnel des enfants après le sevrage.

Au cours d'une enquête réalisée dans le service de pédiatrie de l'Hopital Général de Brazzaville (enquête portant sur un échantillon très réduit, précisons-le), il est apparu que la très grande majorité des enfants qui présentaient des signes de malnutrition grave appartenait à cette tranche d'âge. On peut se demander alors si cette population des 1-6 ans ne constitue pas le "terrain" privilégié des carences nutritionnelles et si les retards de croissance à cet âge n'ont pas un effet décisif pour l'avenir de l'enfant.

Cette période est marquée par des développements psycho-moteur essentiels (acquisition de la marche et du langage notamment). D'après nos informations, ces moments du développement de l'individu sont associés à des épisodes pathologiques considérés comme "normaux". Mais toute persistance de ces signes, ou tout retard semble mener à des explications qui font appel au registre de la sorcellerie.

D'une manière générale, cette population d'enfants pourrait s'avérer comme particulièrement "fragile d'un point de vue sociologique". On peut penser que les jeunes enfants sont majoritairement des enfants d'individus qui ont le statut de cadet dans leur famille (il reste cependant à prouver dans quelle mesure). Ces cadets sont, presque par définition, des individus dont le statut n'est pas clairement affirmé (par exemple du fait que l'Union entre le père et la mère de l'enfant n'ait pas été entérinée par leur famille) et pour lesquels se posent avec acuité la question des revenus. Par ailleurs, si l'on accepte une interprétation de la sorcellerie en termes de rapport de forces, il est possible de dire grossièrement que le "sorcier" s'en prend prioritairement aux "plus faibles", c'est-à-dire aux cadets, pour asseoir son pouvoir. Et l'un des moyens d'atteindre un cadet est précisément de s'attaquer à son enfant. On peut alors faire l'hypothèse (qui demande confirmation) que, de par le statut de leurs parents, les jeunes enfants sont "sociologiquement fragiles".

Pour l'ensemble de ces raisons, il semble important de pouvoir saisir cette population des jeunes enfants non seulement pour elle-même mais également dans son contexte familial. D'où l'intérêt de mener une enquête dans les parcelles, enquête qui prendrait alors comme cadre de référence le groupe des co-résidents. D'une manière générale, l'enquête porterait sur l'état nutritionnel des ménages.

3. Lieu de l'enquête.

Nous proposons de mener une enquête dans le quartier de Mikalou qui correspond au front nord d'urbanisation de Brazzaville.

Le quartier de Mikalou présente plusieurs caractéristiques qui justifient son choix comme lieu d'enquête. Quartier d'urbanisation récente, il accueille des citadins de toutes origines qui, après avoir vécu au coeur de la ville (Poto Poto, Moungali) en tant que locataire ou chez un parent, y ont acquis une parcelle. C'est un quartier en construction comme le montre l'état d'avancement de l'habitat qui varie depuis la maison totalement équipée

à l'habitat "provisoire" en tôles dressé en attendant de pouvoir construire. Mikalou semble sous-équipé et connaît notamment de sérieux problèmes d'approvisionnement en eau. Bâti sur un terrain sablonneux, il est la proie, en certains endroits, d'une forte érosion. C'est également un quartier où l'on fait des jardins et où les parcelles s'achètent encore à des "propriétaires fonciers" (sans doute des aînés de lignages anciennement installés et qui restent détenteurs de droits sur la terre).

En choisissant Mikalou, nous pensons ainsi nous situer dans un cadre d'enquête caractéristique de ce qu'est l'urbanisation aujourd'hui à Brazzaville.

4. Méthodologie

L'enquête devrait être lourde et nécessiterait plusieurs passages dans les parcelles retenues. Si la multiplicité des passages accroît la durée de l'enquête, elle permet, outre de ne pas "saturer" les familles enquêtées, de se familiariser avec les individus et obtenir ainsi des informations d'ordre qualitatif qui viennent utilement compléter les informations d'ordre quantitatif.

Dans un premier temps, il s'agira de procéder à une enquête sur l'"urbanisation" du chef de ménage : date d'arrivée à Brazzaville et raison de la migration, migrations intra-urbaines, modalité d'acquisition de la parcelle, équipement de la parcelle*. Chaque parcelle fera l'objet d'une enquête démographique à partir d'une fiche démographique "classique" où seront consignés nom, sexe, date de naissance, lien de parenté précis entre le chef de ménage et l'individu, situation matrimoniale précise, situation de résidence, activité.

* L'enquête déjà réalisée par J. BUYA sur les assainissements couvrirait une partie de Mikalou. Cette enquête doit fournir une information importante sur les équipements. Pour éviter toute redondance, la partie habitat de notre enquête sera réduite.

Dans un deuxième temps, nous procéderons au relevé des mensurations (poids et taille) de l'ensemble des membres de la parcelle. Cette partie de l'enquête devrait permettre d'apprécier l'état nutritionnel de la population infantile dont nous parlions ci-dessus. Le croisement entre ces données et les données démographiques devrait permettre d'établir des relations entre état nutritionnel des enfants, rang dans la fratrie, statut de la mère; elle devrait également permettre d'apprécier dans quelle mesure l'état nutritionnel des enfants d'une même famille est homogène.

Dans un troisième temps, nous voudrions procéder à une enquête de budget. En effet, à partir de l'expérience déjà acquise, et après avoir suivi quelques cas de malnutrition grave, nous sommes amené à nous demander si, en ville, il existe toujours une corrélation entre le niveau socio-économique des ménages et l'état nutritionnel. S'il semble se vérifier qu'aux familles disposant de revenus modestes soient plus particulièrement associés des enfants à l'état nutritionnel précaire, il pourrait également s'avérer qu'au sein des familles qui n'apparaissent pas globalement comme les plus défavorisées (c'est-à-dire dont le chef de ménage dispose d'un revenu régulier) se rencontrent des enfants à l'état nutritionnel peu satisfaisant. Dans ce dernier cas, le problème pourrait se situer au niveau de la répartition inégale des revenus au sein de la famille, et non pas à celui du niveau socio-économique global de la famille.

Brazzaville
novembre 1984

APPROCHE ANTHROPOLOGIQUE DE LA MALNUTRITION

M.E. GRUENAI

Un premier travail réalisé de juillet à novembre 1984 m'a permis de procéder à un premier "repérage" du phénomène de la malnutrition à Brazzaville. Les directions de recherche proposées ci-dessous visent à un approfondissement des questions qui sont apparues au cours de mon séjour.

La recherche que je propose serait orientée selon trois directions :

- 1) quelles sont, dans les croyances, les causes et les maladies associées à ce que nous désignons comme un état de malnutrition?
- 2) Quel est le parcours thérapeutique que peut réaliser un enfant qui souffre de la malnutrition ?
- 3) Quelles sont les attitudes adoptées par les familles (entendues au sens large) face à la malnutrition ?

Ces trois directions de recherche sont étroitement liées.

1. Causes et "maladies" associées à la malnutrition.

Dans notre enquête, nous n'avons pu relever à ce jour un équivalent vernaculaire aux termes malnutrition, marasme, kwashiorkor. En revanche, nous avons pu identifier trois types de "maladie" qui se caractérisent par des signes de malnutrition. Ces "maladies" relèvent de paradigmes très différents.

- L'état de malnutrition, en l'occurrence il s'agit plutôt du marasme, peut être provoqué par l'absence de ngândaka, "luette" en lingala. Cette maladie se manifeste par une impossibilité pour l'enfant d'ingérer quoi que ce soit. Cette maladie, qui viendrait du Zaïre, est mortelle si l'enfant n'est pas soigné.

- Le non respect d'interdits sexuels (avant la naissance ou pendant que l'enfant allaite) est avancé comme cause d'une maladie qui a, entre autres, tous les symptômes du kwashiorkor.
- Une autre explication du kwashiorkor nous a été donnée : le lien entre un enfant et la "puissance surnaturelle" à laquelle le premier était associé avant sa naissance.

Ces trois "maladies" ont en commun au moins deux caractéristiques : elles sont considérées comme ne pouvant être soignées dans une structure sanitaire ; elles sont connues de groupes d'origines aussi différentes que les Kongo (gens du sud) et les Mbochi (gens du nord).

Ces quelques remarques m'amènent à formuler deux interrogations qui seront autant de directions de recherche :

* existe-t-il d'autres explications données à l'état de malnutrition ? D'une manière générale, il s'agira d'approfondir les connaissances déjà acquises sur les représentations qui ont trait à la malnutrition. L'enquête sera effectuée auprès des spécialistes et auprès des familles.

* Dans quelle mesure les connaissances relatives aux différentes explications de la malnutrition sont-elles partagées par les citoyens indépendamment de leurs origines culturelles ? Le cas de la maladie dont on situe l'origine au Zaïre par exemple (le Zaïre est souvent présenté comme la source de tous les maux) pourrait être la marque d'une nouvelle croyance qui s'est instaurée, croyance dont le référent culturel ne s'exprime plus en terme d'origine ethnique mais en terme de relations de pays à pays, voire de ville à ville dans la mesure où, pour les brazzavillois, le Zaïre est avant tout Kinshasa. Il me semble légitime de se demander s'il y a "production" de nouvelles croyances sur la maladie pour lesquelles les différenciations ethniques ne seraient plus pertinentes.

2. Les parcours thérapeutiques

La concentration urbaine s'exprime, entre autres, par une concentration d'instances susceptibles de prodiguer des soins, multipliant ainsi les recours thérapeutiques possibles.

Nous nous proposons ici d'établir un schéma "idéal typique" des recours thérapeutiques possibles en matière de soins aux enfants. Certes, les différentes instances de soins auxquelles on a recours pour les enfants et pour les adultes ne sont guère différentes. En fait, il s'agira moins ici d'appréhender le système d'offres de soins en général que de l'analyser en fonction d'une pathologie particulière, la malnutrition.

Il s'agira plus particulièrement ici de savoir pourquoi on a recours à telle instance de soins plutôt qu'à telle autre, et quelles sont les raisons qui amènent à modifier l'itinéraire thérapeutique d'un malade qui ne parvient pas à être soigné. Deux exemples préciseront notre centre d'intérêt.

Une mère de famille nous a déclaré préférer avoir recours à une "secte" plutôt qu'à un "féticheur" parce que la première ne fait que soigner les enfants, alors que le second, en plus des soins, peut identifier l'"auteur" de la maladie. Or les soupçons de sorcellerie que risque de faire planer sur la famille la consultation chez un "féticheur" pourraient provoquer une segmentation du lignage. Autre exemple : une infirmière nous disait qu'il est des cas face auxquels la médecine occidentale est impuissante; mais étant donné que sa profession lui interdisait de conseiller les mères d'avoir recours à la médecine traditionnelle, elle préférerait alors évacuer l'enfant à l'hôpital...

Ces deux exemples soulignent l'existence d'enjeux "non thérapeutiques" dans l'itinéraire des malades. Ce sont ces enjeux et, d'une manière générale, les fonctions attribuées aux différentes instances de soins que nous voudrions découvrir.

Nous procéderons ici par études de cas et par des enquêtes d'opinion sur les attentes des usagers et des praticiens de différentes natures au sujet des recours thérapeutiques possibles.

3. La santé des enfants et la famille.

La maladie met en jeu des solidarités familiales ou, au contraire, accentue les antagonismes familiaux. Par famille nous entendons ici le segment de lignage ou le lignage. Pour le citadin, le groupe lignager ce sont des parents résidant à Brazzaville ou au village. Les premiers sont souvent sous la responsabilité d'un aîné qui peut faire face aux situations urgentes. Mais les véritables maîtres d'oeuvre en matière d'affaires de famille semblent rester les parents du village.

A partir d'études de cas auprès de familles au sein desquelles on trouve des enfants malnutris, nous voudrions analyser les "mécanismes" familiaux qui s'actualisent à l'occasion de la maladie d'un enfant.

Un tel travail demande en premier lieu de procéder à une enquête généalogique fine afin de localiser les parents dans l'espace et pour identifier le (ou les) groupe(s) lignager(s) pertinent(s) en matière notamment de résolution des conflits. En d'autres termes, il faudra parvenir à caractériser ce qu'est une "famille" à Brazzaville.

Dans un deuxième temps, il s'agira de procéder à des entretiens auprès de plusieurs membres d'un même lignage pour connaître leurs attitudes, comportements et opinions face à la maladie d'un de leurs descendants.

Brazzaville
novembre 1984

SOINS DE SANTE PRIMAIRE EN MILIEU URBAIN :

**Une réponse appropriée face à l'urbanisation de pays en voie de
développement ?**

Marc LALLEMANT

à paraître dans ACTUEL-DEVELOPPEMENT

Des maladies cosmopolites dans un milieu urbain en pleine expansion.

La question que nous allons être amené à poser est la suivante: l'histoire de notre propre système de santé occidental, les débats qui l'agitent aujourd'hui, ne nous éclairent-ils pas sur ce qui se joue aujourd'hui notamment en Afrique Noire?

Le discours sur "le tiers monde" qui englobe à tort des réalités sans grand rapport avec les notions économiques et politiques qui ont fondé cette expression permet de faire l'impasse sur l'extrême diversité des pays ou des communautés qui le composent. C'est pourquoi nous limiterons notre propos à l'Afrique noire francophone. Les pays qui la constituent sont certes très différents par leur histoire, leurs cultures, leurs réalités politiques et économiques, mais des déterminismes communs font que des situations analogues peuvent être rencontrées dans ce même continent.

Si nous parcourons la littérature médicale, le stéréotype qui nous est présenté est dans une large mesure celui des fièvres étranges que sont le Paludisme, la Bilharziose, la Maladie du Sommeil, les Filarioses, la Fièvre Jaune... dans une Afrique essentiellement rurale. Cette présentation doit faire réagir. Non pas qu'elle soit fautive aujourd'hui, mais elle le devient et le sera certainement dans vingt ans.

Ces maladies "exotiques", réellement préoccupantes, frappent cependant de façon très inégale des zones parfois extrêmement circonscrites. En réalité, ce qui en terme d'urgence oppose vraiment la situation sanitaire des populations d'Afrique Noire à celle des pays européens, c'est le niveau de la mortalité des enfants de moins de cinq ans. Les causes en sont la malnutrition, la rougeole, la diarrhée, la méningite, le tétanos, la coqueluche... (La mortalité infantile, celle des enfants de moins de un an, varie de 50 à 200 pour 1000 en Afrique alors qu'en Europe elle est de l'ordre de 10 pour 1000.). Le Paludisme est la seule maladie "tropicale" dont l'influence soit significative encore que sa responsabilité dans les décès des enfants africains ait été largement surestimée.

En Afrique Noire, les ruraux sont encore majoritaires. Ils représentaient 73% de la population en 1980. Mais c'est sur ce continent rural et globalement sous-peuplé (exception faite du Rwanda et du Burundi et de quelques régions d'Afrique de l'Ouest), que le développement urbain a pris le caractère d'une véritable explosion (1). Le taux d'accroissement de ces métropoles est énorme, de 6 à 12% par an, tandis que les villes secondaires stagnent. Ainsi entre 1965 et 1975, pendant que la ville d'Abidjan croissait de 160%, son poids relatif dans toute la population citadine du pays passait de 44 à 49%. Ainsi en 1960, aucune ville n'atteignait un million d'habitants, alors qu'elles pourraient être une quarantaine dans 15 ans si l'évolution actuelle se poursuit (2).

Cette explosion s'accompagne d'une tendance généralisée à la macrocephalie: une à deux villes concentrent souvent l'essentiel des citadins d'un pays. Le cas du Congo est très démonstratif: la densité de sa population est inférieure à 5 habitants au Km²; depuis 1974 moins de 40% des Congolais vivent dans les villages traditionnels et aujourd'hui un Congolais sur trois habite Brazzaville la capitale, un sur six le port de Pointe Noire.

Lorsqu'elle n'est pas ignorée, cette explosion urbaine de l'Afrique Noire est décrite avec des accents apocalyptiques. On emprunte alors le vocabulaire de l'Anatomie-pathologique: croissance désordonnée, anarchique, d'une monstrueuse tumeur, (maligne à n'en pas douter) inexorable, fatale. On parle de drame urbain... La ville serait ce miroir aux alouettes qui attire inexorablement les ruraux ignorants pour les envoyer croupir dans les bidonvilles insalubres de ses périphéries.

La réalité est autre car ce drame urbain est précédé d'un autre drame: celui d'un paysan qui la terre ne peut plus faire vivre, ou qui a pris conscience de sa misère et qui sait qu'en ville on peut vivre autrement. Pourquoi ne pas imaginer que c'est lucidement que le paysan se dirige vers le seul lieu où de toute façon se prépare son avenir, le seul lieu où il a une chance de trouver un revenu monétaire, une chance de s'instruire, une chance de pouvoir exprimer une revendication, le seul espoir de changement.

Le problème se trouve alors posé en d'autres termes : quel prix faut-il payer pour cette chance?

Ce prix, à l'heure actuelle, nous ne sommes pas en mesure de l'évaluer.

Les données démographiques montrent régulièrement des taux de mortalité infantile en ville inférieurs à ceux observés en zone rurale. Dans les études alimentaires, le Quotient-Calorie par habitant est en général en faveur de la ville.

Mais ce mieux être urbain est-il également réparti? Quelle est la combinaison particulière des maladies ou des niveaux globaux de santé, selon le quartier, le statut socio-économique, le degré d'intégration urbaine des citadins?

De façon assez étonnante, les informations solides dont nous disposons ne concernent pas l'écologie urbaine de l'homme mais celle des insectes vecteurs de maladies comme les moustiques. Nous savons que l'urbanisation s'accompagne d'une fragmentation des gîtes larvaires et de la pullulation d'*Aedes aegypti*, responsable de la transformation épidémique de la Fièvre Jaune. Nous savons aussi, que les Anopheles vecteurs du Paludisme ne trouvent souvent pas au centre des villes, les gîtes larvaires qui leurs sont favorables, et vivent donc plutôt dans les quartiers périphériques. A partir de ces considérations entomologiques on peut penser que certaines maladies vont disparaître en ville et d'autre s'y développer.

Mais en réalité peu d'études ont eu pour objet la ville en tant que milieu spécifique, explicatif des problèmes sanitaires qui s'y posent.

Les difficultés méthodologiques sont énormes.

C. Gateff résume la situation (3):

- D'abord l'information épidémiologique est de mauvaise qualité.

- Ensuite l'infrastructure sanitaire est dense mais très hétérogène et son action mal coordonnée.

- Enfin les populations évoluant en milieu urbain sont soumises à de perpétuelles fluctuations qu'il est difficile de modéliser.

S'ajoute à ce constat, que les informations qui pourraient être recueillies par une surveillance épidémiologique classique, ne concerneraient que les épisodes pathologiques identifiés comme tels et à partir du dispositif de soin de type occidental qui est loin d'être le seul recours thérapeutique des citadins.

Un discours médical qui n'est pas innocent.

Cette absence d'informations fiables est assez largement reconnue mais n'empêche pas que des décisions soient prises telle que la mise en place de réseaux de distribution qui répondent manifestement à une demande (les rapports complexes entre l'offre, la demande et les besoins seront examinés ailleurs). Mais à y regarder de plus près, surtout lorsqu'il s'agit des investissements les plus lourds, nous constatons que pour fonder ces décisions, certaines hypothèses prennent l'allure d'évidences. Passons sur l'envers fantasmatique des "lumières de la ville": la prostitution, la drogue, l'alcoolisme, la délinquance et prenons pour exemple, le type de postulat suivant : "Les quartiers d'habitat spontané, précaires, sont des espaces extrêmement pathogènes, où se conjuguent, insalubrité, promiscuité, et privation alimentaire", sans omettre "l'éternel obscurantisme" des mères de familles. Il ne nous appartient pas d'infirmer ou de confirmer ce propos mais ce qui nous paraît inquiétant c'est qu'il ait pu servir de justification à des politiques dites de "déguerpissement" telle qu'on a pu les observer dans certaines grandes capitales. L'opération consiste à transférer à l'extérieur de la ville l'ensemble des citadins occupant des îlots dits insalubres. Ceux-ci sont progressivement rasés et remplacés par des "immeubles résidentiels".

Quel a été l'impact de telles politiques, mises en oeuvre au nom de la **santé**, sur la santé des citadins? Nul ne le sait. Mais ce que nous avons pu observer, c'est que la "hantise du déguerpissement", n'était pas pour rien dans la laudification de certains quartiers "spontanés", notamment parce qu'elle interdisait aux nouveaux venus d'investir dans leur habitat et probablement parce qu'elle empêchait toute organisation communautaire c'est à dire politique.

Lorsqu'il n'y a pas pure et simple perversion, il apparaît donc qu'en l'absence de données précises, "la nécessité d'agir" se fonde sur un discours plus idéologique que scientifique.

Mais n'est-ce pas devant un questionnement semblable que s'est trouvée notre société lors du grand mouvement d'urbanisation qui a accompagné la révolution industrielle au 19ème siècle?

L'épidémiologie moderne naît peut être avec l'initiative de Vico d'Azir, médecin anatomiste qui lance en 1774 et pour 20 ans, une grande enquête auprès des médecins de province. Il adresse à ses correspondants pour qu'ils les remplissent, des listes de signes cliniques, de diagnostics, de types de médication. Il s'agit selon ses propres termes "de recueillir les informations nécessaires à l'étude de l'histoire et de la nature des différentes épidémies, mais aussi de rechercher la liaison qui peut exister avec la succession des saisons, établir le catalogue des particularités géographiques et trouver les raisons pour lesquelles les épidémies semblent parfois respecter une classe de citoyens ou même des nations entières".

A Londres 70 ans plus tard, les grandes épidémies de Choléra donneront lieu aux premières "cartes médicales". C'est en localisant point par point les domiciles des malades que l'une de ces cartes permettra de situer la fontaine publique responsable de la diffusion de cette maladie. L'inégale exposition à la maladie et à la mort était donc une idée bien présente dans les esprits de l'époque: Engels décrivait alors la situation particulièrement catastrophique des travailleurs de l'Angleterre industrielle.

C'est à ce moment que voient s'affronter deux grands courants de la pensée médicale: celui des hygienistes, et celui des pasteuriens qui fondera pour une grande part, la biomédecine que nous connaissons aujourd'hui.

Selon R. Dubos (4), l'idée hygieniste est conçue indépendamment de toute démarche scientifique (disons qu'elle n'en a pas besoin malgré les travaux de l'époque qui viennent l'étayer). Elle repose sur une base simple: "puisque la maladie accompagne toujours le besoin, la saleté et la pollution, la santé ne peut être conquise qu'en rendant aux foules l'air, l'eau et les aliments purs ainsi qu'un cadre de vie agréable". En France, sont pris en 1850 les premiers décrets relatifs à l'assainissement des logements.

Cette théorie mise en pratique à Munich fera tomber la mortalité par Typhoïde de 72 par million en 1880, à 14 par million en 1898. En Angleterre est créée la "Health and Towns Association" dont les moyens d'action sont l'air, l'eau et la lumière. En 1875, le Public Health Act est l'officialisation de ce mouvement sanitaire. Un médecin et hygieniste, Richardson, publie en 1976 "Hygiène, la ville de la santé".

Mais rapidement Pasteur entraîne la médecine dans une toute autre direction, celle de la désinfection, des vaccinations... Il est vrai qu'il est plus simple d'identifier un agent pathogène unique, de démontrer la chaîne épidémiologique qui conduit à la maladie pour tenter de la briser au niveau du maillon le plus faible, que de lutter pour plus de justice sociale.(5)

A cette époque, l'Europe sort du cauchemar de la mortalité infantile. Ce succès sera attribué aux théories de Pasteur. Mais des études rétrospectives réalisées aujourd'hui indiquent que la décroissance de la mortalité infantile a commencé dès le début du 18ème siècle avec l'augmentation de la production agricole et l'amélioration de l'alimentation. La distribution de l'eau courante et l'évacuation des eaux usées auraient été la contribution la plus importante du 19ème siècle. Enfin, se sont plutôt les effets de l'augmentation générale du niveau de vie qui sont observés aujourd'hui.(6)

Ces recherches semblent valider a posteriori la position des hygienistes et fait peu de cas aux progrès apportés par l'asepsie et la chimiothérapie. Mais lorsqu'on sait les difficultés rencontrées aujourd'hui pour obtenir des données épidémiologiques fiables, on ne peut être que très réservé quant à des conclusions aussi tranchées. Bourguignon écrit avec justesse "la tristesse et les larmes épargnées à quelques milliers de mères ne se retrouveront jamais dans les statistiques". Ce propos, loin de repousser le problème de l'évaluation des actions médicales, suggère que leur valeur pourrait être autre que démographique.

Ce qui est intéressant, c'est de voir comment à cette époque le modèle biomédical a permis d'éviter les remises en cause sociales qu'impliquaient le modèle hygiéniste.

I.K. Zola l'explique ainsi: "la science médicale a fini par servir de lieu d'énonciation et de transmission du discours de Darwin et Spencer, d'une doctrine sociale bien plus réconfortante en tant qu'explication de l'ordre social que d'autres pensées rivales comme celle de Saint Simon ou de Marx et d'Engels, et plus rassurante comme vision du monde que les révolutions manquées de 1848" (7)

Les utopies hygiénistes vont rencontrer un succès considérable et alors que la médecine chemine avec Pasteur, elles vont imprégner l'architecture et l'urbanisme jusqu'à nos jours. En Afrique, elles pourront être réellement concrétisées: l'organisation spatiale et sociale de la ville coloniale n'est pas sans évoquer une "Hygiène tropicale".

C'est au nom de l'hygiénisme que seront établis les principes de ségrégation des communautés. La ville blanche sera autant que possible érigée sur le "plateau": les maisons -véranda sur pilotis, garantissent la fraîcheur, l'aération et la lumière. Les cités noires sont maintenues à distance. La verdure pourra faire écran aux "miasmes" qui pourraient s'en échapper.

En permettant la découverte du rôle des moustiques dans la transmission du Paludisme, des Filaires, de la Fièvre Jaune, les conceptions pasteurienues vont donner aux hygiénistes du début du siècle des moyens d'action.

Dès 1905, dans la plupart des villes coloniales, les comités d'hygiène sont mis en place. Leurs agents vérifient que les citadins nettoient leur parcelle en même temps que la portion de rue qui y donne accès, que les collections d'eau stagnantes sont comblées, les recipients couverts. Un casier sanitaire sera même établi pour chaque maison visitée. (8,9,10)

Avec les indépendances, villes et cités rompent les digues qui les séparent, comblent les interstices, repoussent toujours plus loin les limites spatiales de l'agglomération urbaine; mais les infrastructures (voirie, eau et assainissement) ne suivent pas.

Dans ces grandes villes africaines, se joue aujourd'hui un scénario semblable à celui du siècle dernier, scénario dont l'issue nous paraît très incertaine.

Urbanistes et médecins de santé publique continuent à se "lancer la balle" jusqu'à ce que les "politiques" s'en saisissent pour prendre les décisions "appropriées".

S'agit-il par exemple de rénover l'infrastructure hospitalière? Le choix se portera sur un unique grand centre hospitalo-universitaire qui obéit à l'évidence à une autre logique que celle proposée par les urbanistes, d'unités polyvalentes de taille moyenne réparties sur l'ensemble de l'espace urbain. Le financement de telles opérations s'inscrit dans un réseau de coopérations bilatérales ou multilatérales dont le cadre dépasse largement les préoccupations strictes de la santé publique.

Les Soins de Santé Primaire comme réponse aux problèmes de santé qui se posent dans les villes : le risque d'une lecture sélective.

La déclaration d'Alma Ata de 1978 en fonde le concept. Beaucoup de lectures et de réécritures en ont été faites, aussi nous apparaît-il important de rappeler certains passages de cette déclaration:

"Tout être humain a le droit et le devoir de participer individuellement et collectivement à la planification et à la mise en oeuvre des soins de santé qui lui sont destinés".

"Les gouvernements ont vis à vis de la santé des populations une responsabilité dont ils ne peuvent s'acquitter qu'en assurant des prestations sanitaires et sociales adéquates".

"Les soins de santé primaire... sont le premier niveau de contact des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire". (11)

Comment ces principes s'inscrivent-ils aujourd'hui dans la réalité?

Baylet et Dodin prennent pour exemple "l'eau pour les plus pauvres". Après un préambule où ils indiquent que leur réflexion les conduira sur un terrain plus politique que technique, "L'abondante littérature consacrée à ce thème", disent-ils, "fait souvent état de la participation communautaire à un programme... L'image qu'en évoque le plus souvent est celle des habitants des bidonvilles creusant des fosses et accomplissant le travail manuel de pose de canalisation ... L'ennui avec la planification par base, c'est qu'elle s'effectue à partir du sommet" rappellent-ils; et au chapitre des solutions: "encore faut-il de la part du "pouvoir" compréhension et partage des ressources, tout particulièrement une solution radicale aux problèmes fonciers."(12)

Cet exemple est intéressant car de même que le discours hygieniste a été perverti, dévié de son objectif initial (perversion: du latin *perversio*, renversement), nous pourrions assister à une prise en considération très sélective des principes d'Alma ata. Ceci pourrait se traduire dans les faits par un désengagement pur et simple des pouvoirs publics, ou, à l'inverse, par la reprise en main, au travers d'opérations de santé, des destinées des quartiers d'habitat spontané. Les deux scénarios ne sont pas exclusifs.

Ce qui est clair dans la déclaration d'Alma Ata, c'est que, les soins de santé primaire ne sont pas une alternative. Ils constituent un premier niveau dont l'articulation à l'ensemble du système de santé est essentielle.

La réussite d'un tel dispositif suppose qu'il ne soit pas "sous perfusion" de moyens financiers et d'experts venant de l'extérieur. Elle suppose aussi que la communauté a pu s'approprier les services de base sans que les pouvoirs publics cessent d'apporter les moyens qui sont de leur ressort (l'eau, les personnels spécialisés, les médicaments essentiels...), et que soit effectivement assuré le relai avec les autres niveaux, notamment avec un secteur d'hospitalisation polyvalent. La nécessité d'assurer ce relai ne semble pas toujours perçue. Ainsi au niveau du dispensaire par exemple, l'articulation dépistage - prévention - soins est souvent mal comprise. Les activités de prévention font l'unanimité. Mais elles consistent bien souvent en un dépistage qui ne peut être suivi d'aucune solution concrète. Ce secteur de dépistage sans issue est en règle confié au personnel le plus qualifié au dépend du secteur curatif. Que faut-il dire pour convaincre que c'est la qualité du secteur curatif (de base!) qui peut seule permettre l'accumulation du capital de confiance nécessaire à la mobilisation des communautés sur des objectifs de prévention?

Si les programmes d'éducation, de conscientisation des citoyens semblent peu convaincants, c'est qu'ils ne répondent pas aux préoccupations actuelles des citoyens, à leur représentation (en particulier culturelle) des problèmes posés.

Les animateurs désabusés stigmatisent l'incapacité des communautés citadines à s'organiser, à se prendre en charge. (Le discours d'I. Illich pourrait bien aller, ici comme ailleurs, au secours de la victoire, lorsqu'il propose un changement des attitudes individuelles et la déprofessionnalisation des personnels de santé.)

Tout ceux qui ont voulu y regarder de plus près connaissent les innombrables associations d'entre-aide mises en place par les citoyens pour faire face à l'imprévu: tous savent que la part du budget "Santé" dans l'économie des familles est énorme et que la maladie donne lieu à d'autres recours thérapeutiques parfaitement "organisés" même s'ils sont ignorés de la médecine moderne.

En réalité beaucoup de citoyens semblent souffrir d'un syndrome d'abandon. Si de la déclaration d'Alma Ata, les responsables politiques retiennent que ces derniers ont au moins autant de droits que de devoirs, alors peut-être la santé pour tous en l'an 2000 sera un peu moins mal répartie.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Les grandes villes africaines. Séminaire de Montpellier: 18-25 Sept 1980. Ministère de la Coopération et du Développement.
- (2) L'explosion urbaine du tiers monde. Projet; n° spécial, Fév 1982, 162.
- (3) C. GATEFF; La surveillance épidémiologique en milieu tropical. Bull. Soc. Path. Ex., 76, 1983, 300-306.
- (4) R. DUBOS; L'homme face à son milieu. Méd et Société, les années 80; Ed. Coop. Albert Saint-Martin, 53-79.
- (5) voir aussi M. AUGÉ et C. HERZLICH; Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie. Ed. des archives contemporaines; 1983. Chap. 5.
- (6) T. Mc KEOWN; Les déterminants de l'état de santé des populations depuis trois siècles: le comportement, l'environnement et la médecine. Méd. et Société, les années 80; Ed. Coop. Albert Saint-Martin, 143-175.
- (7) I.K. ZOLA; culte de la santé et méfaits de la médicalisation. Méd et Société, les années 80; Ed. Coop. Albert Saint-Martin, 31-51.
- (8) A. SINOÛ; Voyage dans des architectures coloniales. Diplôme d'architecte ENSBA UP6 1981.
- (9) Urbanisme et habitat en Afrique Noire Francophone avant 1960. Ministère de l'urbanisme et du logement; Mission de la recherche urbaine. Avril 1984.
- (10) R. et A. de VILLANOVA LASSAU-CEDRESS; Expérience coloniale et pensée urbanistique. Univers. PARIS X; DGRST contrat n°80.7.0137.
- (11) Les soins de santé primaires. Rapport de la conférence internationale sur les soins de santé primaires Alma -Ata (URSS) 6-12 Sept 1978. OMS Genève.
- (12) R. BAYLET et A. DODIN; Assainissement en milieu urbain tropical. Bull. Soc. Path. Ex., 76, 1983, 285-292.

La rédaction de cet article a donné lieu avec G. JOURDAIN, psychiatre, à de longs échanges sur le discours médical et sur celui tenu sur la Santé. Je l'en remercie beaucoup et je sais que ce travail commun va se poursuivre. Je remercie également S. LALLEMANT-LE COEUR et G. FABRES pour tout le temps qu'ils ont passé à l'amendement du texte.

LA GROSSESSE IMPOSSIBLE
CHEZ LES JEUNES FILLES SCOLARISEES
A BRAZZAVILLE

Marc LALLEMANT* et Gonzague JOURDAIN**

Dans le texte qui suit, nous avons abordé le problème de l'avortement sous quatre aspects différents: la loi, la démographie, le vécu, et l'éthique.

Il s'agira moins de proposer une analyse approfondie que d'ordonner des discours et des faits.

J'ai 20 ans - je suis fille mère. Mon enfant à 2 ans $\frac{1}{2}$. Les relations avec le père de mon gosse étaient finies. Je devais recommencer ma vie à zéro. J'ai un copain qui me promet le mariage. Je quitte mes grands-parents, pour aller vivre auprès de mon copain. Tout marche bien mais je constate un retard de mes règles. On ne s'entend plus comme avant. - des discussions presque tous les jours. Ne supportant pas ce comportement je rejoins mes grands-parents. A ce moment, il me déclare "que je vais "trainer" avec cette grossesse et le futur enfant mangera du sable". En mon absence, il rentre chez moi et déchire toutes mes robes. Mes grands-parents, fâchés convoquent le garçon pour arranger le problème. Je nie devant tout le monde le fait que je sois en grossesse. En compagnie d'une amie je vais voir un infirmier d'état qui me fait un curetage. Je paye 20.000 Frs.

Après quatre à cinq jours je sens des douleurs au bas ventre et je fais une forte diarrhée. Je me traite à la maison mais les douleurs persistent. Je suis hospitalisée.

L'infirmier me demande si j'ai avorté, Je nie. Mon état ne fait que s'aggraver. Une fois je perds connaissance, et j'avoue. Lors de mon curetage, il y eu une perforation de l'utérus et une infection grave. Je subi une nouvelle intervention chirurgicale. Je suis resté pendant un mois à l'hôpital. Ce n'est qu'après que j'ai su qu'on m'avait retiré l'utérus

Comment, médecins préoccupés de Santé publique, avons-nous été amenés à recueillir de tels témoignages? Notre problématique de départ était de comprendre quelles étaient les conséquences sur la santé de l'explosion urbaine dont l'Afrique Noire est actuellement le théâtre. Nous avons choisi de porter notre attention sur le groupe constitué par les couples mère-enfant.

La grossesse et son issue, les premières années de la vie de l'enfant sont des moments de fragilité qui rendent cette population particulièrement sensible à ses conditions de vie. Parmi les nombreux événements en rapport avec la santé qui surviennent pendant cette période les facteurs environnementaux et d'intégration socio-culturelle sont connus pour intervenir sur son état de santé de façon prépondérante. Le phénomène d'urbanisation ne se réduit pas à une transformation du milieu écologique et à une densification de population. Il s'accompagne de modifications majeures des comportements individuels, de la structure familiale, des réseaux de solidarité et des contraintes sociales et économiques. Quelles en sont les conséquences du point de vue de la santé?

En milieu scolaire tout particulièrement, les grossesses qui autrefois amenaient l'exclusion pure et simple des écolières sont maintenant tolérées. Mais s'il y a, en 3ème, autant de garçons que de filles, il reste une fille pour cinq garçons en Terminale. Pour ces écolières dont près de 50 % ont migré à Brazzaville pour leur scolarité, la grossesse apparaît comme un handicap majeur. Elle aboutit, lorsqu'elle ne donne pas lieu à un avortement clandestin, à une maternité où est accumulée une majorité de facteurs de risque de fausse couche précoce, de mortalité maternelle ou infantile (toxémies gravidiques, hypotrophie foeto-placentaire, prématurité, accouchements dystociques): mauvaise acceptation d'une grossesse s'inscrivant dans un cadre conflictuel, surveillance pré et post-natale difficile, primiparité et jeune âge, grande fréquence des maladies sexuellement transmises et des malnutritions. On admet qu'en France 30 % de ces grossesses sont compliquées et que la mortalité infantile varie entre 30 et 50 ‰ (mortalité infantile générale à Brazzaville, en 1974: 72 ‰) (4).

A ces problèmes liés au contexte de la grossesse s'ajoutent ceux d'un sevrage très précoce et de la prise en charge de l'enfant pour cette jeune mère qui ne sera restée souvent que 48 heures en maternité pour retrouver au plus tôt les bancs de l'école.

Ce groupe des mères scolarisées nous est apparu particulièrement préoccupant: quelques chiffres permettent de juger l'ampleur du problème:

Brazzaville a dépassé 500 000 Habitants, l'exode rural constitue 50 % de son accroissement annuel. 45 % de sa population est scolarisée. Cette situation unique en Afrique est liée au phénomène d'urbanisation lui-même. La migration vers la ville due aux difficultés de vie du monde rural et à la recherche d'un emploi, est également une migration vers et à travers l'école: le collège du district, le lycée d'un grand centre secondaire, plus tard de la capitale. 40 % des écolières du second cycle ont eu au moins un enfant.

Cette scolarisation qui s'est développée essentiellement après l'Indépendance, constitue une véritable révolution: elle est obligatoire pour les garçons comme pour les filles pendant 10 ans, et concerne effectivement l'ensemble du pays jusqu'au moindre village. Si elle apparaît comme l'un des moteurs de l'urbanisation, c'est qu'elle prépare à une toute autre vie qu'à celle de paysan. Elle apparaît, pour tous les parents congolais, comme le seul espoir de réussite pour leurs enfants. Pour cela, ils consentent à d'énormes sacrifices, allant jusqu'à prendre l'initiative de construire eux-mêmes des écoles, pour mettre les pouvoirs publics en demeure de fournir un instituteur. L'aide de l'Etat reste modeste. Il leur faudra payer la plupart des livres et des cahiers, la tenue scolaire, les inscriptions et assurances. Les classes sont surchargées et l'occupation des locaux en deux "vagues" (matin et après-midi), désorganise totalement la vie familiale. Pour ces élèves, ne pas avoir le temps de manger à la maison veut souvent dire ne pas manger du tout.

Beaucoup de ces élèves participent au secteur économique informel (petit commerce, réparations diverses...) et tentent de conserver le plus tard possible ce statut d'écolier qui leur confère une liberté qu'ils n'auraient pas en tant que jeunes "inactifs", dont le seul statut, en l'absence de revenu, est celui d'aides familiaux...

C'est à une meilleure compréhension de l'ensemble de ces faits et de leurs conséquences que s'est attaché l'ensemble des enquêtes réalisées en milieu scolaire, avec la volonté de se servir de l'information recueillie pour envisager, avec le concours des agents de la Santé Scolaire et des Affaires Sociales, les actions possibles.

En effet, ces agents de Santé Scolaire et Assistants Sociaux sont débordés par le nombre:

- ils sont, sur le terrain, au plus une centaine pour s'occuper de plus de 230 000 élèves;

- ils ne disposent pour faire face à cette situation d'aucune pédagogie propre à l'intervention en milieu scolaire;

- ils n'ont, de ce fait, pour ligne d'action que des décisions administratives s'appuyant bien souvent sur des modèles extérieurs.

Pour dégager ce que pourraient être des modes d'action spécifiques en milieu scolaire, il apparaissait donc nécessaire de se tourner vers les élèves et d'écouter leur demande. Pour ce faire, nous avons utilisé des techniques d'animation de groupe, sur l'initiative de Joseph Tchickaya, chercheur à l'INRAP (Institut National de Recherche et d'Action Pédagogique).

Nos questions initiales portaient sur la grossesse, la contraception et l'avortement. Mais c'est à partir de l'avortement que nous avons pu mettre le plus directement à jour les conflits les plus violents qui entourent la grossesse chez les scolarisées.

C'est donc de cette grossesse, impossible à ce moment de la vie de la jeune fille, qu'il va être question maintenant.

Dans son article "Une Sociologie de l'avortement est-elle possible?", Isambert (8), prenant l'avortement au niveau du débat dont il fait l'objet, distingue "quatre plans de définition de ce fait social, constituant formellement au départ quatre objets différents:

- fléau social ou problème d'hygiène publique?
- catastrophe démographique ou moyen de régulation des naissances?

- perversion sexuelle ou expression du droit de la femme?
- homicide ou opération chirurgicale?"

C'est sur ces quatre plans que nous avons tenté d'organiser notre réflexion à partir du matériel recueilli au cours de nos entretiens avec les élèves, les assistants sociaux et les agents de la Santé scolaire.

Ces quatre objets existent par essence mais nous verrons qu'au Congo, et dans les limites de notre propre analyse, nous leur accordons des importances différentes.

1- Fléau social ou problème d'hygiène publique?

Dans la plupart des pays, le taux de mortalité par âge décroît rapidement jusqu'à l'âge de 10 ans environ, pour remonter lentement à l'entrée dans la vie professionnelle, qui coïncide pour les femmes au début de leur période de fécondité. L'examen de la courbe de mortalité féminine à Brazzaville au cours des années 1974-75 montre une surmortalité considérable entre 15 et 30 ans (le taux de mortalité est de 1.4 ‰ entre 10 et 14 ans, 2 ‰ entre 15 et 19 ans, 3.1 ‰ entre 20 et 24 ans, 2.5 ‰ entre 25 et 29 ans). La courbe de mortalité masculine en revanche ne montre pas ce pic de mortalité. Ainsi, près de 300 décès par an (en 1974-1975) peuvent être imputés pour les femmes à l'entrée dans leur phase de vie féconde (5, 11, 17).

Le dispositif de protection de la Santé Maternelle et Infantile au Congo est très développé: la grande majorité des grossesses est suivie en services de protection maternelle et infantile et pratiquement toutes les femmes accouchent dans une maternité hospitalière. Ces 300 décès ne peuvent donc pas être attribués aux seules complications obstétricales de l'accouchement.

C'est, comme nous l'avons indiqué plus haut, en tant que problème majeur de Santé Publique que l'avortement nous est apparu. Il est clair que, pour nous médecins et étrangers, il ne pouvait en être autrement, même si ce problème nous était constamment présenté comme d'abord un fléau social (c'est l'expression même qui revient dans tous les entretiens d'assistants sociaux) et même une forme particulière de la délinquance.

Au Congo, l'avortement, qualifié de criminel, est réprimé par l'article 317 du Code Penal. Les assistants sociaux ne pouvaient pas le

présenter comme un problème de santé. Pour en savoir plus sur leurs convictions par rapport à cette disposition légale, nous avons voulu savoir dans quels cas, selon eux, l'avortement pouvait être conseillé, interdit, toléré (les réponses pouvant être multiples).

Sur les 110 agents interrogés:

- 62 conseillent (conformément à la loi) l'avortement pour maladie et infirmité congénitale.*
- 15 conseillent l'avortement pour la poursuite des études.
- 10 lorsque la grossesse n'est pas désirée,
- 9 lorsque la fille a déjà un enfant en bas-âge.
- 5 lorsque la grossesse n'est pas reconnue.

L'avortement doit être interdit:

- pour 20 agents en cas d'avortements répétés.
- pour 15 d'entre eux lorsque la grossesse est avancée.
- Pour 14 lorsque la santé de la mère est en danger (conformément à la loi).
- pour 8 lorsque la grossesse est désirée. (Cette réponse étonnante a priori indique que ce n'est pas toujours l'écoleière qui décide de son avortement)

Quant à l'avortement toléré, il est retenu:

- 18 fois pour cause de maladie,
- 16 fois pour cause économique.
- 16 fois pour cause scolaire.
- 13 fois en cas de naissances rapprochées.
- 6 fois pour des grossesses non reconnues.
- 6 fois pour causes sociales profondes.

La responsabilité effective de cet avortement est attribuée:

- 55 fois à la fille elle-même.
- 38 fois à son conjoint,
- 38 fois à ses parents.
- 24 fois au couple,
- 23 fois au praticiens de l'avortement.
- 13 fois à la société et au milieu familial.

* Parmi les anomalies congénitales qui doivent faire l'objet d'un avortement, la Drépanocytose, dont le diagnostic anté-natal chez le fœtus ne peut être fait actuellement au Congo apparaît 17 fois. Il faut savoir que 22% des femmes sont porteuses du gène de cette anomalie de l'hémoglobine sans être malades, et le savent puisque sa détection fait partie des examens obligatoires en début de grossesse: le risque réel pour ces femmes hétérozygotes d'avoir un enfant atteint est de 5.5%. Ce risque, en ville, est connu de toutes ces femmes, même s'il ne l'est pas avec cette précision. Toutes connaissent le sort des enfants atteints (homozygotes): espérance de vie de quelques années, crises douloureuses aiguës, décès par anémie, infections, troubles du développement. Comment peut être perçu un tel fardeau génétique ?

Ces positions beaucoup plus nuancées que les termes de la loi, nous ont amenés à poser la question de leur pratique en ce qui concerne l'avortement. Les questions posées étaient:

- Quelle est à l'heure actuelle l'action des Affaires sociales par rapport à l'avortement?

- Quelle devrait être cette action de l'avis des agents?

Pour eux, l'action des Affaires sociales est très claire:

- s'entretenir avec la "patiente" dépistée par le Service de Santé;
- convoquer le partenaire (avec ses parents s'il est élève),
- poser les bases d'une contraception et orienter vers un spécialiste;
- expliquer aux partenaires les conséquences qui pourraient découler d'un avortement provoqué;
- expliquer aux parents l'évolution des mœurs à laquelle ils sont confrontés mais qui ne doit pas leur faire envisager l'avortement.

Les dispositions semblent tout à fait codifiées, mais lorsque nous demandons à ces travailleurs sociaux le nombre de cas qu'ils ont eu à traiter au cours de toute leur vie professionnelle, nous ne trouvons en tout que 7 cas d'avortements dans un groupe de 14 agents qui en moyenne travaillent depuis 5 ans.

C'est alors que l'un d'entre eux nous explique que c'est un enfant du quartier qui l'a informé du décès d'une des élèves dont il avait la charge dans son lycée. Il est manifeste que dans le strict cadre de leur travail, les agents, soumis à la double contrainte: "Occupez-vous des cas sociaux ET l'avortement est interdit", sont condamnés à l'inaction. Ce n'est d'ailleurs pas la seule situation où ils se trouvent confrontés à de telles contraintes: "Au nom de l'Etat, occupez-vous des cas sociaux ET l'Etat n'a pas de moyens à vous donner pour cela". Dans ce deuxième cas, il semble que l'issue ne soit pas la catatonie mais la quête effrénée du sens de leur action: pas moins de 40 séminaires de formation ont été organisés par la Direction des Affaires Sociales pendant l'année 1983 soustrayant ainsi de leur terrain les agents sociaux.

En revanche, lorsqu'un enfant du quartier vient avertir l'assistante sociale, chez elle, de ce qui se passe dans son établissement, c'est peut-être

que le vrai travail des assistants sociaux se fait à un autre moment que pendant leurs heures de service... C'est donc dans leur quartier et en fonction de leurs compétences reconnues et en dehors du cadre de la loi, qu'elles interviennent pour informer, conseiller et éventuellement lorsqu'elles jugent le cas grave, orienter vers la personne capable de prendre les dispositions nécessaires.

Au total trois issues à ces doubles contraintes: l'impossibilité d'entendre et l'inaction dans le cadre du travail, la quête effrénée de sens dans les séminaires de formation et l'action réelle au titre des solidarités de quartier.

2- Catastrophe démographique ou régulation des naissances?

Le débat sur l'avortement qui a agité les pays occidentaux lors de l'adoption des lois libéralisant celui-ci a fait une grande part aux considérations démographiques. Les conclusions de ce débat n'ont jamais été claires.

Si nous nous en tenons à ce qui nous a été dit lors des entretiens avec les élèves, les assistants sociaux et les agents de la santé scolaire, ces préoccupations n'ont jamais été manifestées.

Pourtant, le Congo se trouve dans une situation démographique difficile de sous-peuplement (avec ses répercussions économiques: 5 habitants au Km², population totale estimée à l'heure actuelle à 1.75 million d'habitants concentrée le long de la ligne de chemin de fer qui relie les deux grandes métropoles (Brazzaville, la capitale: 1/3 de la population du pays et Pointe-Noire, le port et centre économique: 1/6 de la population totale).

Les pouvoirs publics ne semblent pas avoir une position très affirmée sur ces questions. Bien sûr, l'accent est mis sur le dépeuplement des campagnes et la nécessité d'y retenir les paysans, mais s'il existe une politique en matière de population, elle n'apparaît pas dans le discours transmis par les médias.

L'avortement n'est manifestement pas l'objet d'un discours démographique. La contraception, en revanche, que les centres de Santé maternelle et infantile sont censés mettre en œuvre, apparaît faire l'objet de dispositions plus ambiguës: jusqu'à maintenant, les méthodes officiellement proposées et transmises dans les messages d'éducation sexuelle destinés aux élèves sont les méthodes dites "naturelles" d'espacement des naissances. La possibilité d'obtenir, dans certains centres, des moyens de contraception hormonaux ou des dispositifs intra-utérins, semble davantage le résultat d'une exigence individuelle plutôt que la volonté de susciter une demande. L'accent est toujours mis sur les inconvénients et les contre-indications de ces méthodes.

Notons que certaines organisations internationales associent des programmes de planification des naissances à leurs projets de développement intégré (agricole et sanitaire). Nous n'en connaissons pas l'impact, mais ces préoccupations antinatalistes qui fondent ces politiques ne sont jamais explicites. Il s'agit toujours de lutter contre la mortalité et la morbidité infantile par un espacement approprié des naissances...

3- Perversion sexuelle ou expression du droit de la femme?

Ce troisième plan est celui de l'individu, de ses motivations et de ses relations sociales. Ce sont donc maintenant les élèves qui vont prendre la parole.

Les choses ne se font pas par hasard: ce que nous voudrions montrer au préalable, c'est que ces jeunes filles scolarisées qui en situation d'avortement se trouvent au centre de tensions considérables vont les négocier.

Avant d'essayer de discerner les enjeux individuels ou collectifs de l'avortement, et d'y trouver un (des) sens, nous devons répondre à deux questions:

- Quelles connaissances ont ces jeunes filles de leur fécondité et des possibilités de contraception?

- Quelles connaissances ont-elles de l'avortement et notamment des risques encourus?

Une assistante sociale en témoigne:

"Comme le Directeur voulait à tout prix savoir ce que le groupe de l'ORSTOM était venu dire aux élèves il a donc assisté à la séance. Nous étions très impressionnés de voir que les élèves connaissaient tant de choses dans le domaine de la vie sexuelle : plus que certains adultes. Mais (le grand problème qui se pose c'est que) les élèves ignorent complètement les affaires sociales et leurs rôles."

Toutes les méthodes contraceptives modernes sont connues des élèves, mais ici comme ailleurs, leur mise en oeuvre n'est pas facile, pour des raisons multiples, probablement d'abord pécuniaires, mais aussi parce que les contraceptifs efficaces ne sont jamais réellement proposés aux élèves.

Les élèves montrent qu'ils ont une connaissance particulièrement précise des conditions d'une contraception liée au cycle féminin:

Tous en parlent, indiquent très clairement les périodes théoriques de fécondité (qu'ils appellent "mauvaise période"), il est naturel chez le garçon de s'enquérir auprès de son amie de la période où elle se trouve: et les filles disent qu'elles évitent d'avoir des rapports sexuels pendant cette période.

Les questions répétées et précises de ces élèves concernant la régularité du cycle nous montrent combien sont angoissants les "caprices" du cycle féminin.

Ce n'est qu'à l'issue d'un avortement que parfois les adultes qui les entourent ont une attitude positive. Il faut qu'une fille ait avorté pour que soit prise enfin au sérieux sa demande de contraception. Cette demande nous est apparue très forte, dans un contexte chargé d'angoisse: comment interpréter autrement ce questionnement répétitif et insatiable qui n'appelle manifestement pas un savoir mais une réassurance et des propositions. L'éducation sexuelle à l'école est faite par les professeurs de Sciences Naturelles et les fantaisies du "cycle de 28 jours" ne pouvaient pas ne pas désorienter les élèves qui fondaient sur lui leur contraception: cours d'éducation sexuelle manifestement faits par des naturalistes: certains élèves nous ont proposé l'examen de la glaire cervicale* comme moyen le plus sûr de déterminer le moment de l'ovulation...

* Référence à un test biologique qui permet de déterminer la possibilité d'une ovulation.

Il convient d'ajouter à cela le flou et l'incohérence des messages délivrés par les médias: l'image de la sexualité, de la grossesse, de la famille véhiculée par les émissions télévisées et radiophoniques qui sont

réalisées en Europe, en URSS, aux USA, est certainement incohérente.

Le risque vital et le risque de stérilité consécutifs à l'avortement sont parfaitement connus.

Lorsque l'on sait que plus de 25 % des élèves ont eu un enfant, que dire de leur désir de maternité? Quels sont les inconvénients d'une grossesse à l'école, aux yeux des élèves? Le tableau qu'ils nous en font est très négatif. Ce qui apparaît dans les réponses, c'est beaucoup moins souvent "Ca sera compliqué d'avoir un enfant" que "C'est difficile d'être enceinte". C'est peut-être ce qui distingue les préoccupations des élèves de celles de leurs parents.

La grossesse est d'abord, pour l'élève, un ensemble de manifestations physiques:

Somnolence, hypersialorrhée ("elles crachent n'importe où et à n'importe quel moment"), envie de vomir, dérèglement de l'appétit et perversion du goût, caprices ("elles mangent des choses acides, elles choisissent des nourritures"), sensation de malaise, pâleur.

Ses relations avec ses camarades de classe, son partenaire, ses parents sont bouleversées: troubles du caractère (de "capricieuse" à "acariâtre"), anxiété.

Elle subit les réactions du milieu scolaire: honte vis-à-vis de ses camarades qui la poussent à s'isoler, critiques et sarcasmes de la part des professeurs.

Ce qui a des conséquences immédiates sur sa scolarité: elle devient inattentive, irrégulière en classe; elle se sent exclue des groupes de travail des élèves: "Une jeune fille comme toi, tu attrapes une grossesse avec un voyou qui ne travaille pas: bientôt il ne te restera plus qu'à manger tes cahiers avec tes bics". L'élève à qui cette réflexion a été faite en public nous montre son désarroi.

L'écolière enceinte est par ailleurs soumise à un certain nombre d'exams médicaux qui gênent sa scolarité.

Elle se trouve évidemment confrontée aux réactions de son entourage familial: peur d'être chassée de la maison, et donc nécessité de se surveiller en permanence pour garder secrète cette grossesse le plus longtemps possible: méfiance notamment vis-à-vis de la mère qui, femme, saura vite reconnaître l'état de sa fille; extrêmement rares, les références à l'enfant: la famille ou le père de l'enfant pourront-ils prendre en charge l'enfant à venir? ("Qui paiera la layette? Qui achètera les ordonnances?").

Sur 150 femmes de 20 ans en moyenne, élèves, choisies au hasard, qui toutes avaient eu un enfant ou étaient enceintes, un tiers nous ont dit avoir subi au moins un avortement. Cela veut dire que, pour toutes ces jeunes mères, à un moment de leur vie, poursuivre la grossesse était impossible.

Problématique qui n'est pas propre à l'Afrique, comme le témoigne le poème d'une patiente en situation d'avortement, cité par Duprez et Viala (6):

"Petit enfant, ne m'en veux pas
Tu ne naitras pas bien sûr.

(...)

Je sais que des racines arrachées
Parfois reprennent ailleurs
Je vais te garder dans ma tête.

(...)

Je ne t'abandonne pas mon bébé,
A bientôt,
Je t'attends..."

Quelles sont les raisons qui rendent impossible la poursuite de la grossesse à un moment donné de leur vie, et d'abord quelles sont les forces en présence?

Les assistants sociaux et les agents de santé, dans la description du fléau social qu'est pour eux l'avortement, nous avancent certaines raisons qui rejoignent celles des élèves, mais elles sont trop connotées de jugements normatifs pour être rapportées ici.

Les raisons qu'invoquent les élèves peuvent s'organiser autour de quelques thèmes:

1. C'est le père de la jeune fille qui fait problème:
 - déshonneur pour sa famille: grossesse et maternité hors normes,
 - charge financière supplémentaire,
 - interruption des études et renoncement aux espoirs de réussite sociale de sa fille dans lesquels il avait investi,
 - risque de mésalliance et mise en cause de la mère à qui incombe l'éducation des filles.

2. C'est le partenaire de la jeune fille qui fait problème:

- non reconnaissance de l'enfant à venir.
- élève ou chômeur, ne pouvant pas assumer financièrement la grossesse et la vie d'un foyer.

- l'absence soit parce que la jeune femme a plusieurs partenaires au moment de la conception, soit parce qu'il n'est pas celui qui pourrait être socialement accepté: désaccord sur le père possible entre la jeune fille et son père. ("Tu as deux copains: entre les deux il y en a un que tu veux et l'autre que tu prends comme bon payeur. En cas de grossesse, c'est celui que tu considère le moins qui sera le maître: tu ne peux qu'avorter.")

3. Jamais les jeunes filles n'évoquent leurs rapports avec l'enfant à venir. Il n'y a jamais de discours psychologisant sur l'enfant "non désiré", et pour cause puisqu'il est désiré: les élèves interrogés nous disent vouloir en moyenne quatre enfants.

Toutes ces raisons sont avancées par des garçons et des filles alors qu'ils ne sont pas en situation d'avortement, au cours d'entretiens dans les écoles.

Les témoignages qui vont suivre sont ceux des jeunes filles elles-mêmes, soit au cours de leur hospitalisation, soit au décours de leur propre avortement; ils ont été recueillis par des assistantes sociales.

Nous y retrouverons la lucidité des élèves face à leur situation, aux conditions dans lesquelles se pratique l'avortement et aux risques encourus. Ils montrent comment, dans chaque cas, le problème est posé et comment il se négocie. La richesse de ces témoignages n'appelle pas de commentaire, dans la perspective de cet article qui se veut essentiellement descriptif.

J'avais 19 ans et j'étais élève au lycée. J'ai dû avorter parce que j'avais peur de mes parents, surtout de mon père.

En effet, au retour des mes sorties, il me disait souvent : "le jour où tu te "ramasseras" une grossesse, je te tuerai". J'étais sa première fille, il ne voulait famille. Une fois j'ai constaté que je n'avais pas mes règles, alarmée, je suis allée trouver mon copain pour le lui dire. Ce dernier m'a rassurée en me disant qu'il allait me donner un produit.

Le lendemain, il m'a sorti une bouteille de jus à moitié remplie d'un produit bleu qu'il m'a demandé de boire. Je devais prendre deux verres de ce produit le soir et deux autres verres le lendemain matin.

Deux jours après la prise de ce produit, je suis repartie chez mon copain rendre compte de ce que j'avais ressenti. Il m'a demandé si j'avais senti des douleurs au bas ventre et si j'avais eu des vertiges. J'ai dit oui. Il m'a dit d'attendre la réaction encore quinze jours au moins.

Pendant tout ce temps j'avais très mal au bas ventre. Les quinze jours se sont épuisés sans résultat. Affolée, je suis repartie auprès de mon copain pour lui dire ceci : "Si mes parents se rendent compte de mon état, ma cause est perdue, alors si tu ne me fais pas avorter je vais me suicider". Il m'a demandé de l'accompagner chez son ami, puis avec cet ami nous sommes allés trouver un autre ami qui pouvait nous aider. Le lendemain nous sommes rendus chez un monsieur qui est en même temps "pratiquant" et guérisseur. Là nous avons trouvé beaucoup de gens (hommes, femmes, enfants) qui étaient venus pour faire soigner. Le monsieur m'a demandé si j'étais courageuse et si je pouvais supporter le placement de la tige dans le col. J'ai répondu oui. Il m'a ensuite demandé mon nom, mon âge, mon adresse, et à la fin il nous a mis en garde (en s'adressant surtout à moi) : "Si ton état vient à s'aggraver et qu'on t'emmène à l'hôpital, tu dois taire mon nom même sous la menace des policiers. Si tu me dénonces, je chercherai à te tuer "mystiquement". Aussitôt, il s'est mis à me "travailler" avec un produit en poussière, et muni d'un mouchoir rouge, il m'a ouvert le col pour y placer la tige d'une plante qui pousse au bord des rivières, et l'opération était finie.

Arrivée à la maison, six heures après un long travail accompagné d'une douleur atroce, j'ai expulsé sans que mes parents sachent que je venais d'avorter. Néanmoins ils se disaient que j'étais malade et que je souffrais de règles douloureuses.

Après l'expulsion j'ai fait une hémorragie - je perdais tellement de sang que, de peur qu'on me découvre, j'aie fui la maison et suis allée me réfugier chez l'ami de mon copain. Cet ami a prévenu mon copain et tous les trois nous sommes allés à l'hôpital.

J'ai été reçue par une sage femme qui m'a demandé par quel moyen j'avais avorté. Je lui ai dit que j'avais bu du quinquelibà* bouilli.

Vu que j'avais perdu beaucoup de sang, on m'a fait une transfusion. A la maison, mes parents m'ont cherchée en vain. Ils sont allés voir les parents de mon copain pendant que je me trouvais encore à l'hôpital. Les parents de mon copain ont fait arrêter leur fils au commissariat central, il n'a été relâché qu'à ma sortie de l'hôpital. Nos parents se sont ensuite réunis. Mon père avait décidé que j'allais désormais vivre avec mon copain chez ses parents. Mon père a dit ceci : je donne la main de ma fille à ce jeune homme sans réclamation de la dot, ne sachant pas si ma fille est devenue stérile à vie, elle ne pourra plus tenir un autre foyer, je décide que vous formez un couple et un foyer dès aujourd'hui. Comme c'était sous la menace de mon père, les parents de mon copain et lui-même ont accepté".

Je suis issue d'une famille de neuf enfants et suis la 4e. Notre père n'exerce aucune profession, c'est maman qui s'occupe de tout. Elle se débrouille pour nous élever en faisant des jardins et un petit commerce. Les filles sont obligées de "faire la débauche pour essayer de se maintenir au rythme des autres".

Je me suis retrouvée enceinte sans le vouloir. Je n'avais pas de partenaire fixe et il m'était difficile de déterminer l'auteur de ma grossesse. En gardant la grossesse je ne pouvais plus aller avec les hommes car selon nos coutumes une femme en grossesse ne peut être en contact sexuel qu'avec l'auteur de celle-ci. Pour avorter j'avais d'abord pris 15 comprimés de nivàquine, 5 comprimés par jour. Comme il n'y avait pas d'effets, je suis allée consulter une aînée du quartier réputée pour les avortements. J'ai payé une somme de deux mille francs (2.000 Frs) puis elle m'a remis une tige rampante qui pousse partout même dans les coins de rue. La recette consistait à introduire cette tige dans le col puis enfoncer une bonne partie dans la cavité utérine et rester avec toute la nuit. Le lendemain matin j'avais commencé à saigner mais le fœtus ne sortait pas. Les saignements ont duré 2 semaines. Comme je souffrais atrocement, ma mère m'a amené à l'hôpital où on lui a annoncé que j'avais provoqué un avortement. Je ne pouvais plus me mettre convenablement debout, car le fœtus commençait à se décomposer dans le ventre. La seule solution était le curetage. Ma mère a payé une somme de 20.000 Frs* pour ce curetage et a payé les médicaments.

(* plante médicinale courante - 20.000 Frs = 400 Francs Français = salaire mensuel d'un manoeuvre)

Le discours des écolières à propos de l'avortement tel qu'elles le tiennent à l'école nous avait d'abord donné le sentiment d'absence totale de choix, de passivité complète dans les rapports de force dont leur grossesse faisait l'objet. A l'inverse, les témoignages directs, en situation, montrent une grande détermination. Ce qui est évident, c'est que dans la plupart des témoignages rapportés, la jeune fille devance le conflit qui devrait éclater avec son père, son partenaire, et son groupe social, notamment scolaire.

Car enfin, le problème n'est-il pas, pour elles, le choix de modèles d'identification ?

Le vrai risque est-il que leur père les chasse, comme il n'a pas manqué les en menacer, ou plutôt qu'il accepte le fait accompli et après une réprimande (de principe), confirme l'imminence de leur passage du statut d'élève à celui de "femme-mère" ?

Les élèves ne nous disent-elles pas qu'elles devraient alors renoncer à "faire l'ambiance et le week-end" ?

C'est peut-être le changement de classe d'âge qui apparaît aux élèves comme prématuré, plus que la grossesse.

Nous savons que dans certains groupes ethniques, l'habitude était, pour le père de la jeune fille, de reconnaître officiellement "l'enfant sans père" (cette situation n'est pas sans ambiguïté, et pose un problème d'équilibre entre la branche paternelle de l'enfant et son lignage). Et à propos de la multiplicité des pères, nous a été aussi rapportée la possibilité d'un recours à une procédure traditionnelle qui associe un rite de purification de la jeune fille à la désignation "du" père.

Il semble que le cadre traditionnel recèle généralement une réponse à l'absence de père, et que les difficultés matérielles sont, de toute façon, assumées par le groupe, ainsi qu'on peut le constater dans la grande majorité des grossesses qui arrivent à terme, et ce, malgré de multiples tentatives d'avortement (ou simulacre?). Ce qui nous importe ici, ce n'est pas de montrer la généralité de telle ou telle pratique ou croyance. La situation de ces jeunes filles est soluble sur un plan traditionnel dans la grande majorité des cas. Le sens de l'impossibilité de cette grossesse serait alors à rechercher dans une rupture avec le système traditionnel: la scolarisation, la réussite sociale des femmes, et le libre choix du conjoint. C'est dans ce sens que l'avortement ne nous est jamais apparu comme prenant valeur d'initiation (il peut se reproduire; c'est une expérience qui ne donne pas accès à un statut particulier).

12

Parlant plus haut des "caprices" du cycle féminin, nous avons évoqué la "malchance". Dans une société où le hasard a peu de place, comment expliquer la survenue d'une grossesse inopportune?

La volonté de réussite sociale, au moyen de la scolarité, est très forte. Dès lors, on pourrait penser que cette grossesse, mettant en échec ces espoirs, pourrait être attribuée à la malveillance d'autrui, à l'instar de l'échec à l'examen. Même si parfois sont alléguées les "fausses" indications des copines de classe quant aux techniques contraceptives, même si, pour certaines jeunes filles, le port d'une cordelette a pour but de les prémunir du risque de conception, toutes les jeunes femmes interrogées ont démenti l'hypothèse d'une agression qui se traduirait par une grossesse au "mauvais" moment. Nous ne trouvons pas d'explication "traditionnelle", en termes d'agression, à un phénomène perçu par la société comme une valeur essentielle : la fécondité de la femme.

Cette valeur n'est pas contredite par le fait que l'avortement (et l'infanticide) ait été pratiqué de tout temps et dans toutes les sociétés (3).

4. Homicide ou opération chirurgicale ?

"Cette jeune fille de 16 ans est au C.E.G. La grossesse était de 5 mois. L'avortement a été fait avec l'accord des parents. Son père et sa mère sont au village. Son père a deux femmes, elle habite chez la grande soeur de l'autre femme de son père.

L'auteur de la grossesse, un homme marié qui après avoir grossi la fille avait pris la fuite en apprenant la grossesse de la jeune fille. Le cousin chez qui le couple se rencontrait avait également disparu.

C'est ainsi que les frères de la fille, sa soeur et son beau-frère ont décidé de la faire avorter. C'est ce qui a eu lieu hier à l'hôpital mais malheureusement la grossesse était déjà avancée et on ne pouvait pas procéder comme chez les autres patientes. La sage femme qui pratique les avortements était obligée d'utiliser les forcéps pour dégager le bébé qui était déjà totalement formé. A la sortie l'enfant a respiré pendant un temps puis il est mort. Il était de sexe masculin. Le corps a été déposé à la morgue.

Question : Pourquoi tes parents ont voulu que tu avortes d'une grossesse si avancée ?

Réponse : Cette soeur là, on est seulement de même père et elle elle ne travaille pas. Son mari avait déjà commencé à faire des histoires et menaçait de me faire sortir de sa maison. Mon concubin avait disparu, je ne pouvais qu'accepter ce qu'ils me proposaient et puis je ne savais qu'à 5 mois l'enfant vivait déjà. Ici on ne voulait pas le mettre à la morgue. Peut-être que c'est à l'hôpital général qu'ils sont partis le déposer".

Les élèves n'ont jamais évoqué le problème du début de la vie bien que la loi désigne l'avortement comme "criminel".

A quel moment commence la vie? Chez ces élèves, en ville, les références culturelles sont particulièrement difficiles à saisir. Toutes conviennent que la conception est le résultat d'un rapport sexuel unique, mais que d'autres rapports en début de grossesse viennent compléter la formation du fœtus: processus donc étalé dans le temps qui reconnaît la contribution effective de partenaires éventuellement différents).

Il semble que les mouvements de l'enfant à partir du 4^{ème} mois de grossesse témoignent de sa vitalité, mais il n'acquière son statut complet

que quelques semaines après sa naissance, lors de l'attribution de son nom (s'il décède avant, il n'aura pas, en théorie, de funérailles complètes).

Il est à noter que les trois-quart des élèves se disent chrétiens mais aucun ne nous a fait part des préoccupations de son Eglise en matière de morale.

Conclusion

L'enjeu n'est pas la loi qui fait de l'avortement un acte "criminel" et qui oblige à y recourir dans les plus mauvaises conditions qui soient, au coût le plus élevé en terme de vies humaines et de mutilations définitives.(2)

La contraception n'est qu'une réponse partielle et l'expérience montre qu'elle n'a jamais "remédié" à la demande d'avortement simplement parce qu'elle ne se situe pas sur le même plan.(7)

La libéralisation de l'avortement permettrait qu'il cesse d'être un fléau social pour les uns, un problème de Santé publique pour les autres.

Alors seraient mis à jour, les réels problèmes d'une société en mutation, problèmes qui seront résolus de façons diverses mais qui ne pourront l'être que dans le dialogue, seul moyen de sortir de la double contrainte dans laquelle se trouvent aujourd'hui, et à leur insu, les jeunes écolières: "soit féconde ET pour réussir à l'école, ne fais pas d'enfant".

L'avortement comme réponse à une situation singulière, apparaît toujours surdéterminé par cette double contrainte. Il ne fait cependant pas partie de la règle du jeu.

"Toute grossesse accidentelle, qu'elle soit la première ou la 10^{ème}, traduit l'irruption d'une possibilité dans la vie d'une femme, qui s'oppose à (mais qui coexiste avec) des normes qui lui sont transmises concernant le moment et la situation appropriée pour devenir enceinte." (S.B.NOVAES, 10)

Il est clair que nous n'avons fait qu'effleurer les problèmes que posent l'avortement. Dans la mesure où ces problèmes mettent à jour des tensions qui sont peut-être propres à la nouvelle société urbaine, il sera nécessaire de répondre à la question de l'enracinement culturel de ces générations qui semblent s'affronter aujourd'hui.

Cette réflexion sur l'avortement est issue d'un travail collectif avec Joseph TCHIKAYA, chercheur à l'INRAP (Institut de Recherche et d'Action Pédagogique à Brazzaville), et

Sophie LALLEMANT-LE COEUR, médecin responsable du Centre de Santé Maternelle et Infantile de Ouenzé (Brazzaville).

Nous remercions les agents de la Santé Scolaire et des Affaires Sociales qui participent à ce travail.

BIBLIOGRAPHIE

1 - CALDNELL (J.C)

Régulation de la fécondité

in : croissance démographique et évolution socio-économique
en Afrique de l'Ouest - The population council -
New-York 1973 PP 79-133

2 - CHEYNIER (S.M)

La loi Weil : Bilan d'une pratique

in : colloque international de "choisir" -
UNESCO 5-6-7 octobre 1979 - GALLIMARD 1979 - PP 302-333

3 - DEUREUX (G)

A study of abortion in primitive society - A typological,
distributional, and dynamic analysis of the prevention of
birth in 400 preindustrial societies.

4 - DIAFOUKA (F)

Démographie de Brazzaville

1983 - Thèse d'état es sciences économiques - PARIS I - 300 F

5 - DUBOZ (P) et HERRY (C)

Etudes sur l'enregistrement des naissances et des décès à
Brazzaville (1974 - 1975), R.P. CONGO

Cahiers ORSTOM - Série Sciences Humaines - Vol.XIII - N°3
1979 - PP 283-297

6 - DUPREZ (D) et VIALA (M)

Le médecin et la problématique de l'avortement
Psychologie médicale 1984, 16, 3 PP 473 - 477

7 - HOUEL (A) et LHOMOND (B)

Avortement et morale maternelle - 1968 - 1978

Revue Française de Sociologie 1982, XXIII - 3 - PP 487 - 503

8 - ISAMBERT (F.A)

Une sociologie de l'avortement est-elle possible ?

Revue française de Sociologie 1982, XXIII, 3 - PP 359 - 383

9 - LAMY (M.L)

Avortement - contraception vus à travers Population, 1970 - 1981

Revue Française de Sociologie 1982, XXIII - 3 - PP 519 - 527

10 - NOUAES (S.B)

Les récidivistes

Revue Française de Sociologie 1982, XXIII - 3 - PP 473 - 487

11 - PALMER (R)

Témoignage

in avortement : une loi en procès, l'affaire de Bobigny /
1973 GALLIMARD - PP 76 - 83

Mots clés : Avortement - Grossesse - Adolescence - Urbanisation -
Santé Publique - Scolarisation - Brazzaville.

Résumé : La scolarisation au Congo apparaît comme l'un des moteurs de l'explosion urbaine. Elle aboutit à l'affrontement entre la morale traditionnelle des aînés et les projets de réussite sociale qu'ils font pour leurs enfants et qu'ils fondent sur leur succès scolaire. Cet affrontement s'actualise lors des grossesses des adolescentes scolarisées. Les discours et les faits rapportés à propos de l'avortement sont ordonnés sur quatre plans : la loi, la démographie, le vœu et l'éthique.

Il est clair que l'enjeu n'est pas la loi qui fait de l'avortement un acte "criminel" et qui oblige à y recourir dans les plus mauvaises conditions qui soient. La libéralisation de l'avortement permettrait qu'il cesse d'être un fléau social pour les uns, un problème de Santé publique pour les autres.

En revanche, alors seraient mis à jour, les réels problèmes d'une société en mutation, problèmes qui seront résolus de façons diverses mais qui ne pourront l'être que dans le dialogue, quel moyen de sortir de la double contrainte dans laquelle se trouvent aujourd'hui et à leur insu les jeunes écolières : "soit féconde et pour réussir à l'école ne fait pas d'enfant". Avorter est la seule réponse que les élèves peuvent aujourd'hui apporter à cette double contrainte.

LES ASSAINISSEMENTS A BRAZZAVILLE

RAPPORT DE RECHERCHE

Jérôme BUYA

1- RAPPEL DE L'OBJET DE LA RECHERCHE.

Le choix du thème "Les difficultés d'assainissement d'une ville "à l'horizontale":le cas de Brazzaville", avec comme problématique "Peut-on concilier horizontalité urbaine et systèmes collectifs d'assainissement" n'est pas le fait du hasard. Ce choix se situe en aval de nos travaux antérieurs:

- d'abord au niveau de la maîtrise (actuel DES de l'Université M. NGOUABI de Brazzaville) avec le thème de recherche suivant: "La politique urbaine de l'eau: le cas de B/ville". Cette étude analysait les stratégies de l'eau à Brazzaville, au travers la politique de distribution de l'eau de la SNDE. Cette politique est caractérisée par l'acuité des problèmes de sous-location de l'eau dans les zones d'extension ancienne et d'utilisation de sources naturelles d'eau, ce que nous qualifions de "ressources parallèles", dans les zones d'extension récentes situées en périphérie.

- ensuite, au niveau du diplôme de l'Institut d'Urbanisme de Paris (IUP), avec comme thème de mémoire de 3e cycle: Habitat et évacuation des eaux usées à Brazzaville. Ce travail dont la problématique était le poids de la variable habitat dans le choix des solutions d'évacuation des eaux usées, avait abouti aux conclusions selon lesquelles, l'habitat était l'un des paramètres déterminants, sinon le plus important de tous. En effet, il y a superposition qualitative de l'habitat-systèmes d'évacuation des eaux usées. Les types d'habitat sécrètent des systèmes différents d'évacuation des eaux usées.

- enfin, au niveau du DEA. Les conclusions de celui-ci notent que Brazzaville est une ville hypertrophiée, aux conditions

physiques peu favorables et aux infrastructures d'assainissement insuffisantes.

Dans ce contexte, la question de l'étude des systèmes d'assainissement est essentielle. D'une part, parce que l'acuité des problèmes impose des solutions "dures", et d'autre part, paradoxalement, les faibles ressources de la population, et surtout l'habitat l'interdisent. Dans cette hypothèse, il est tout à fait intéressant d'étudier les rapports production de l'habitat et assainissement. Dans quelle mesure l'un influence, disons plutôt commande l'autre. Les infrastructures d'assainissement dont ont à charge les Pouvoirs Publics, peuvent-elles rattraper le retard sur le mouvement d'urbanisation? Ya-t-il des systèmes efficaces alternatifs au réseau ?

Mais avant tout, deux variables clés de notre recherche sont à expliciter:

- par habitat, nous comprenons le mode d'organisation et de peuplement des parcelles, et accessoirement les voies qui les desservent. Ainsi donc, habitat est pris dans son sens le plus restrictif en milieu urbain. D'autres éléments, tels que les équipements de quartier, les commerces, les parkings, les places réservées aux piétons, sont exclus.

Ainsi seront examinés, entre autres, les thèmes suivants:

- la croissance spatiale et démographique,
- la production des terrains (le régime foncier, les filières de lotissement, l'acquisition des terrains, etc...),
- les types d'habitat,
- l'accès au crédit, etc...

Et par assainissement, nous entendons toutes les techniques et les systèmes d'évacuation des eaux de pluie (E.P), des eaux usées

(E.U), de collecte des ordures ménagères (espace-déchet). Ici, nous donnons au mot assainissement le sens de son équivalent anglais sanitation.

Les thèmes suivants seront examinés:

- l'influence des conditions physiques sur les systèmes d'assainissement,
- les contraintes de mise en oeuvre des dispositifs assainissement,
- l'évacuation des eaux de pluies
- l'évacuation des eaux usées
- l'évacuation des ordures ménagères, etc...

Il ya donc une foule de questions qui se sont greffées autour du thème central de notre recherche. Pour dénouer l'écheveau et trouver des réponses à ces interrogations, une enquête de terrain s'est avérée indispensable.

2-ORGANISATION DE L'ENQUETE.

a- Le travail préliminaire. Il s'agit simplement des préparatifs de la mise en route du questionnaire. Ce travail a consisté en une série d'opérations différentes, dont:

- l'installation au Foyer ABRAHAM à Bacongo, notre bureau (entretien, rangement de la documentation, etc...),

- la délimitation cartographique de l'aire d'étude.

- la discussion avec le Dr Lallemand et Mr Sénéchal, Maître Assistant de géographie à l'Université M. NGOUABI, sur le taux de sondage de l'enquête,

- la résolution des problèmes matériels (photocopie des fiches d'enquête, achat pellicule photo...),

- la prise de contact avec les Maires d'arrondissement et les chefs de quartier (définition et explication, par note écrite du cadre et de l'objet de l'étude).

- le quadrage des rues par rapport à l'avenue de la Tsiémé et à l'oblique reliant l'intersection Mbaka-Tsiémé et le rond-point de la Paix,

- le test du questionnaire, etc...

Le test du questionnaire nous a permis de nous rendre compte de sa lourdeur, et de la longue durée de ventilation d'une fiche: 45 minutes en moyenne.

Pour éviter des confusions éventuelles, nous avons donné un sens précis aux mots employés dans le questionnaire. C'est au cours de cette séance de discussion que nous avons expliqué aux enquêteurs le travail à faire et comment le faire.

Un ménage: une popote. Il est constitué par l'ensemble des personnes partageant les repas issues d'une même popote et vivant sou

le même toit.

Une femme adulte: une femme mariée (mariage officiel, religieux, coutumier), célibataire ou jeune fille ayant eu précocement un enfant ou en état de grossesse.

Revenu mensuel: en cas de non-réponse, nous établissons une relation avec le montant mensuel de la popote et celui du loyer (pour les locataires).

Autres revenus: lier au questionnaire santé pour déterminer celui du chef de ménage ou de son épouse à d'autres ressources.

Aide familiale dans la construction: l'aide manuelle des amis ou parents du propriétaire de la parcelle. Ce travail aurait pu être rémunéré, mais ne le sera, en raison de la gratuité de la main-d'oeuvre.

Le mode de financement: fonds propres et prêt privé se recoupent. Les deux modes de financement constituent un tout. Il est difficile de dire qu'un emprunt auprès d'une personne privée, remboursable dans un délai donné, n'est pas assimilable aux fonds propres.
Prix de la maison: faire une estimation du prix de la maison en discutant avec le propriétaire et en s'appuyant sur le décompte des opérations d'achat des matériaux.

Sous-abonnement mensuel: deux cas: locataires habitant une parcelle ayant un branchement d'eau et propriétaires ou locataires habitant une parcelle non-branchée au réseau d'eau courante.

Consommation d'eau: cas de factures payées au prorata du nombre d'abonnés et du montant de la facture.

Eaux vannes: celles des wc: produits de la défécation et les urines.

b- La zone d'étude. Cette zone est une sorte de grand quadrilatère, délimité au sud-ouest par une oblique qui part du rond-point de la Paix et aboutit à l'intersection rue Mbaka-avenue de la Tsiémé, à l'ouest par l'avenue de la Paix, l'avenue de la Cité des 17, et l'avenue de la Blaïde, à l'est par l'avenue de la Tsiémé et la Nationale 2, et au nord par une ligne pont Mikalou-Moukondo. Cette zone a une superficie d'environ 1500 ha et est peuplée de 150000 habitants pour 15000 parcelles. Elle présente un intérêt particulier, celui de la diversité géographique sur un espace continu, d'où son choix. Les résultats de l'enquête pourront nous permettre, à partir des variables que nous aurons choisies, de délimiter des zones homogènes.

c- Sondage et méthodologie de l'enquête.

Nous avons travaillé sur un taux de sondage au 1/10e, avec la parcelle comme unité spatiale de base de l'enquête. Ainsi avons-nous pu enquêter dans 1150 parcelles. La réalité aurait été que nous enquêtions dans 1500 parcelles, mais l'exclusion de "Tout po le Peuple" au dernier moment explique bien le chiffre de 1150.

La technique d'enquête a consisté simplement à sillonner les rues les unes après les autres, en comptant les parcelles au 1/10e. Afin d'éviter l'arbitraire sur le choix des ménages à enquêter dans une parcelle, nous avons choisi un mode de tirage hybride sur la table des nombres au hasard; avec une fois sur deux un tirage sur le nombre de ménages et sur la population totale de la parcelle.

L'enquête a consisté à avoir un entretien avec le chef de ménage ou son épouse. Les informations sont obtenues à la suite du questionnaire et par l'observation.

Initialement, nous avons prévu de transcrire les résultats du questionnaire sur les fiches BERTIN, pour un traitement manuel. Notons que sur recommandation de Mr Sautter, Mr Serge BONIN, maître-assistant à l'EHESS, a généreusement accepté de nous donner quelques enseignements sur la méthode Bertin.

Or, la méthode Bertin, celle du fichier image accepte difficilement un questionnaire aussi lourd. Mais sur conseil d'un certain nombre de personnes dont Mr Bertrand, interrogé par le Dr Lallemand à Paris, nous avons abandonné la méthode Bertin pour celle, plus classique, du traitement informatique. Ainsi, sommes-nous rentrés à Paris avec une copie de diskett; quitte à éliminer dans un premier temps les informations homogènes, et dans un deuxième de traiter sur le fichier image de Bertin, les informations relevant du particulier. En effet, le fichier Bertin permet de mieux traiter les cas particuliers. Cela est très intéressant méthodologiquement, d'autant que par la méthode Bertin nous complétons le traitement informatique.

Sur le terrain nous avons été une équipe de quatre personnes dont nous-mêmes, superviseur, un étudiant de DES II et deux enquêteurs engagés sous contrat par le programme Santé/Urbanisation. Nous avons en outre disposé d'un cyclomoteur de service pour les déplacements.

d- Les difficultés. Cette enquête a rencontré un certain nombre de difficultés liées à la non-information de la population par les maires d'arrondissements et les chefs de quartiers, qui pourtant avaient été tenus au courant par note administrative. Certains enquêtés ont trouvé le questionnaire trop intimiste,

gênant par moment, et les obligeant à le qualifier de suspect, voire de policier. Ainsi, dans certaines parcelles, en raison de la méconnaissance "volontaire" des problèmes de ces quartiers par les pouvoirs publics, nous n'avons pu enquêter en toute quiétude qu'en raison de la neutralité de l'ORSTOM en territoire congolais et surtout, semble-t-il, à cause de son intérêt aux problèmes particuliers, généralement laissés pour compte. Par moment, nous avons dû abandonner l'enquête, à cause des impertinences et des remontrances, à peine voilées de certains enquêtés, qui trouvaient inacceptables le questionnaire. Il est bien gênant de parler aux gens de leurs conditions de vie sans, en retour, pouvoir les aider; d'autant que par endroits, on nous prenait pour les agents recenseurs du ministère du Plan. Il faut tout de même dire que dans l'ensemble l'enquête s'est bien déroulée.

En marge de l'enquête, et surtout à la fin de celle-ci, nous avons réservé nos trois dernières semaines à la codification et à la consultation des archives municipales et celles de la Direction Générale de l'Hygiène et de l'Assainissement. A l'occasion, nous avons eu de fructueuses entrevues avec les différents chefs desdits services.

NUMERO de fibre (4001.4000).0500

```

Montre de gavage [00.15].....01 Caution du loyer [0.1].....0
Fam. A [0.9]*[0.9]*[00.15]...0 * 1 = 04 De combien de mois.....0
Fam. B [0.9]*[0.9]*[00.15]...0 * 0 = 00 De quel montant (mF).....000
Fam. C [0.9]*[0.9]*[00.15]...0 * 0 = 00 Adresse[00.99]*Habitat[0.1]...00 * 0
Fam. D [0.9]*[0.9]*[00.15]...0 * 0 = 00 Proportionale salarie [0.1]...0
Fam. E [0.9]*[0.9]*[00.15]...0 * 0 = 00
Fam. F [0.9]*[0.9]*[00.15]...0 * 0 = 00 Si propriétaire : acqu.[0.5]..0
Population totale.....05 - Ou vous l'a vendue [0.4]....0
Familie times [1.6]..... Montant (mF).....0000
Statuts [0.5]...A1 00 00 00 00 00 Fam.1 Depuis combien d'annees.....06
Profession du coel [0.5].....7
Revenu (mF)*Moyennes [0.1].....0025 * 0. Maison : Clature [0.5].....5
Accessibilite [0.4].....4
Si locataire : Loyer (mF).....000 Construction [0.9].....0
Depuis#mois/Annee[0.1].....00 * 0 Financement [0.6].....0
Ancienne adresse [00.99].....00 Oste#Montant (mF).....00 * 00000
Annees a EZV=0t[00.99].....00 * 00

```

VALIDATION : V/N

```

MAISON : Cuisines [0,7].....4
T.[0,9]#H.[0,9]#C.[0,9].....2 * 2 * 0   Ensalement [0,4].....00
Toiture[0,5]#Plafond[0,1].....1 * 0       Anti-erosion [0,1].....0
Spl[0,3]#Mur[0,4]#L.[0,1].....2 * 1 * 1   Ordures [0,7].....3
Surfaces#Pieces[0,9].....000 * 2          Ameliorations [0,9].....2
Ameliorations [0,9].....03                Nouvel arrondit [0,7].....0
EAU : Alim.[0,8]#Voisin[0,1]2 * 0
Consommation#Nature[0,3].....043 * 1      SANTE : Hospitalises [0,9]...0
Prix#Nature[0,4].....05748 * 1            1-Age#Mois/Annee[0,1].....00 * 0
Eau du puits [0,6].....34                  2-Age#Mois/Annee[0,1].....00 * 0
Eaux de pluie [0,6].....34                  3-Age#Mois/Annee[0,1].....00 * 0
Precautions [0,5].....0000                 Deces : Age#Mois/Annee[0,1]...00 * 0
Evacuations [0,4].....3                    Infirme [0,4].....0
Eaux de toilette [0,5].....25              Age#Mois/Annee[0,1].....00 * 0
Eaux de menage [0,5].....3
Frequence [0,6].....0
Gouche [0,5].....3
Caniveau [0,4].....3
Etat du caniveau [0,4].....1
Anti-inondation [0,3].....0
Inondation : K.[0,1]#FC[0,1].....0 * 0
Mare[0,1]#Vegetation[0,1].....0 * 0

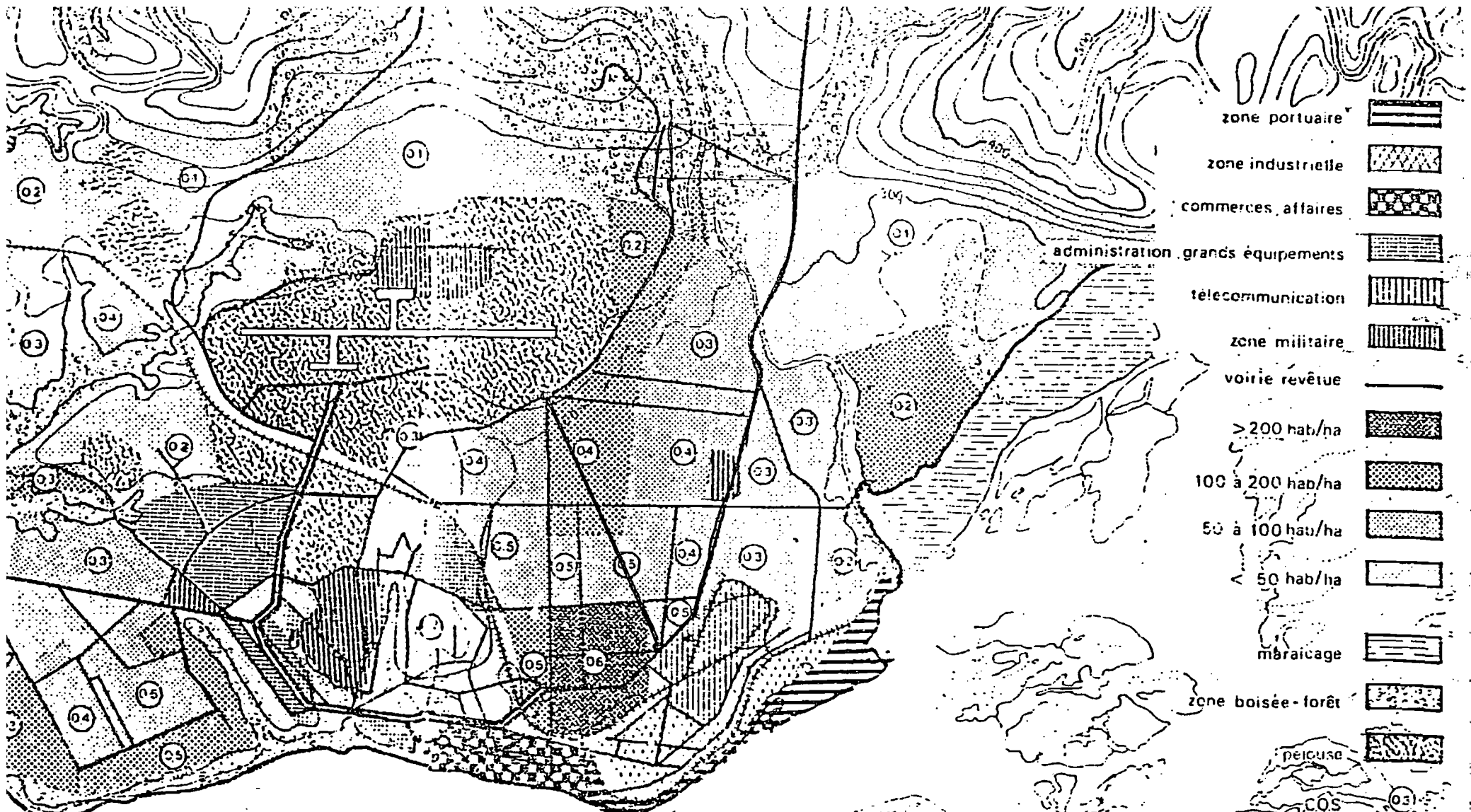
```

U.S. DEPT. OF JUSTICE, 1991, 22703, 4594

[illegible]

VALIDATION : V/N

```
PAIDIR : Cuisines [0.7].....4  
[0.7]*[0.9]*[0.9].....7 - 2 * 0 Ensemblement [0.4].....00  
Tecture[0.5]*Piafond[0.1].....1 * 0 Anti-erosion [0.1].....0  
Sol[0.3]*Mur[0.4]*L.[0.1].....2 * 1 * 1 Ordures [0.7].....0  
SurfacePlacé[0.9].....000 * 2 Améliorations [0.6].....1  
Amélioration [0.9].....r3 Nouvelle annexe [0.7].....0  
Eau : Auv[0.8]*Voisin[0.1]*2 * 0  
Conservation*Store[0.3].....043 * 1 SANTE : Hospitalises [0.9]...0  
Proximité[0.4].....05546 * 1 1-Age*Mois/Année[0.1].....00 * 0  
Pas de suite [0.6].....34 2-Age*Mois/Année[0.1].....00 * 0  
Eau de pluie [0.6].....34 3-Age*Mois/Année[0.1].....00 * 0  
Précipitations [0.5].....000 Jarak : Age*Mois/Année[0.1].....00 * 0  
Evacués [0.4].....3 Infirme [0.4].....0  
Banc de p. cette [0.5].....20 Age*Mois/AnnéeA [1].....00 * 0  
Eau de baigne [0.5].....3  
Fréquence [0.6].....0  
Gouche [0.5].....3  
Niveau [0.4].....  
Etat du carreau [0.4].....1  
Anti-inondation [0.3].....0  
Inondation : L.[0.1]*FC[0.1]..0 * 0  
Nale[0.1]*vegetation[0.1].....0 * 0  
  
VALIDATION: V/N ou FIN F....0
```

Extrait Schéma Directeur
d'Assainissement
Brazzaville 1978

OCCUPATION DU SOL

- zone portuaire
- zone industrielle
- commerces, affaires
- administration, grands équipements
- télécommunication
- zone militaire
- voirie revêtue
- > 200 hab/ha
- 100 à 200 hab/ha
- 50 à 100 hab/ha
- < 50 hab/ha
- maraîchage
- zone boisée-forêt

peicuse
COS
zone d'étude

APPROCHE ANTHROPOLOGIE DES FAITS DE MALADIES DANS LES SITUATIONS URBAINES CONTEMPORAINES

Résumé du rapport intermédiaire

Le programme de recherche Santé et Urbanisation à Brazzaville pour lequel nous avons été affectée en tant qu'anthropologue se donnait pour objectif essentiel de localiser et hiérarchiser les problèmes sanitaires et de reconnaître leur spécificité en milieu urbain, en montrant comment les pathologies rencontrées en ville diffèrent de celles du milieu rural, mais aussi et surtout, combien la solution des problèmes sanitaires est conditionnée par la prise en compte de la complexité du fait urbain, les facteurs environnementaux et d'intégration socio-culturelle étant connus pour intervenir de façon prépondérante...."

L'approche de l'anthropologie dans une vision à la fin synchronique et diachronique devait permettre de saisir le rôle de l'environnement humain dans les modalités d'apparition et de résolution de la maladie.

Une des caractéristiques des situations contemporaines dans les pays industrialisés comme dans les P.V.D est l'importance des mouvements de population de toute origine. Ceci et l'accélération des faits de modernité crée un contexte complexe dans lequel se côtoient, se rencontrent, s'affrontent et se conjuguent des systèmes de pensées et des pratiques hétérogènes.

Pour aborder l'étude de la maladie et de la santé dans un contexte de pluralisme médical nous nous sommes définis deux axes de recherche :

- l'étude des différents recours thérapeutiques et des représentations qui les sous-tendent,
- le suivi de parcours thérapeutiques divers en essayant de repérer,
 - les différentes représentations culturelles et symboliques relatives à la santé, la maladie, la mort et à leurs traitements,
 - les différentes modalités d'identification, d'explication et d'intervention qui leurs correspondent,
 - le contenu sémantique et les interconnections des différents registres interprétatifs et résolutifs,
 - l'incidence des différentes variables relatives à l'environnement social (variables ethniques, socio-économiques, religieuses, psychologiques, sexe, âge, etc ...).

Sur le plan théorique et méthodologique nous nous sommes au départ trouvée confrontée au problème de l'articulation entre anthropologie médicale et anthropologie urbaine. Mais il nous est vite apparu qu'au-delà du découpage traditionnel entre différentes disciplines, ce qui importait, était de cerner quels pourraient être les apports de l'anthropologie urbaine à la définition de notre objet de recherche.

Parmi les différentes opérations de recherche du programme nous nous sommes intégrée au niveau des études de quartier considérant que l'approche anthropologique, venant s'ajouter à un ensemble d'investigations émanant d'autres disciplines (géographie urbaine, épidémiologie etc ...), permettait ainsi une analyse vraiment pluridisciplinaire.

S'il est vrai que la prise en considération plus accentuée de la démarche de l'anthropologie urbaine, ou sa relativisation par rapport à d'importantes remanences ethniques peut être déterminée par le quartier étudié, sa délimitation en ce qui concerne Ngangouoni (quartier où nous avons choisi d'intervenir) ne semble ni pertinente, ni spécifique.

Par contre l'appartenance ethnique, bien plus que son inscription dans l'espace institutionnel et relationnel urbain détermine, par sa plus ou moins grande proximité du lieu d'origine, la logique thérapeutique fortement liée aux groupes d'appartenance et notamment la parenté du village.

Or les habitants de ce quartier sont à 95 % LAADI-SUNDI et leur zone de peuplement - le Pool - qui entoure BZV a, par sa proximité et de facilités de déplacements concomitantes, fort probablement aidé à la permanence de la tradition malgré une grande ouverture aux changements et à la modernité.

Pour la constitution du corpus d'information, en plus de l'apport bibliographique (étalé sur le temps en raison de la difficulté à trouver à BZV un certain nombre d'ouvrages de base), nous avons utilisé les techniques propres à l'anthropologie c'est à dire une approche du terrain portant une attention particulière à l'aspect qualitatif, par une observation participante, des entretiens directifs et semi directifs etc... La plupart des entretiens ont été réalisés en langue LAADI-SUNDI par l'intermédiaire d'un interprète les enregistrements étant ensuite transcrits et traduits. Nous avons attaché une importance particulière à l'étude linguistique notamment en réalisant un index des noms et notions intéressants à partir du lexique laadi de Monsieur JACQUOT et par des discussions avec les linguistes de l'Université Marien Ngouabi.

Nous avons dans un premier temps préparé le passage à un an de l'enquête santé (vérification et mise en ordre des dossiers), en choisissant, pour des raisons méthodologiques, de ne pas interférer in situ avec l'approche épidémiologique. ceci nous a permis cependant d'appréhender hors terrain la structure de la population du quartier.

Puis nous avons pris un premier contact avec les habitants en réalisant une dizaine d'entretiens sur l'histoire du quartier et l'histoire des gens dans leur quartier ce qui, à propos de la famille des chefs traditionnels, nous a donné un aperçu intéressant sur la relation entre les stratégies de pouvoir, la transmission des biens, la maladie, la mort, la sorcellerie.

Ensuite partant de l'hypothèse qu'un certain de nombres de plantes présentes ou transplantées dans l'environnement urbain avait en dehors de leurs autres usages (alimentaires décoratifs etc...) des propriétés et une utilisation médicinale, nous avons abordé le terrain en faisant une cartographie des plantes poussant dans les parcelles et fait ainsi plus ample connaissance avec les habitants au niveau d'un objet médiatisé ne touchant pas directement la personne, mais dont le questionnement aboutissait logiquement à la santé, à la maladie et à leur pratiques.

Ceci a orienté les études de cas qui ont suivi.

Nous avons par ailleurs eu un certain nombre d'entretiens avec des agents de santé des trois types de recours en présence : occidental, traditionnel et synchrétique (religieux) dont on trouvera une présentation pragmatique dans notre rapport.

Par ailleurs, nous livrerons l'analyse des études de cas dans notre thèse qui tentera d'exposer et d'expliciter la logique des parcours thérapeutiques dans LAADI-SUNDI urbanisés à Brazzaville

Nous pouvons cependant d'ores et déjà donner à ce sujet quelques réflexions partielles et provisoires.

La logique du parcours thérapeutique est à mettre en relation avec la logique de l'efficace réel et/ou symbolique.

Les causes de la maladie chez les balaadi-basundi sont de deux ordres :

- les maladies naturelles dues à Dieu-Nzaambi (par exemple toute maladie de vieillesse) ou à la nature, le monde visible. Ce sont les maladies "au quotidien" identifiées par leurs manifestations symptomatiques et l'absence de caractères de gravité et se concluant par une guérison rapide.
- d'autre part les maladies non naturelles signe d'une attaque par l'autre, ancêtres (biiba) esprits des mort (bakuyu), fétiches (mikisi) ou sorcières (ndoki) et se manifestant dans un premier temps sous la forme d'une maladie naturelle mais résistant aux traitements ou devenant chronique, ou alors se manifestant dès le départ par des symptômes spécifiques (rare) et/ou (beaucoup plus souvent) par un caractère de violence ou de gravité apparaissant souvent brusquement.

L'itinéraire classique peut se résumer ainsi.

Lors d'un épisode pathologique considéré comme naturel le patient va indifféremment, se soigner de façon empirique tout seul ou sur les conseils d'un membre de sa famille ou d'un voisin ou consulter un herboriste (ngaanga miti) ou aller au dispensaire ou à l'hôpital. Il y a cependant une certaine idée de progression dans ce type de recours mais il faut noter la très grande fréquentation des structures occidentales (en ville) pour des maux bénins types maux de ventre ou d'estomac, céphalées etc...

L'efficacité du ngaanga miti qui n'est pas forcément pourvu d'un pouvoir mystique est celle de son médicament le bilongo (principalement constitué de plantes et de quelques éléments d'origine animale et/ou minérale). De même vis-à-vis de la médecine occidentale. Il y a assimilation spontanée du médicament occidental à la classe bilongo c'est à dire relativement à une sphère qui relève d'un double critère :

- celui de la composante du monde naturel ou/et des éléments possiblement objectifs d'une guérison
- et d'autre part celui d'une connaissance opératoire se manifestant notamment par l'habileté nécessaire à leur mise en forme médicamenteuse.

A ce niveau le médicament fini et son pouvoir, son efficace apparaissent comme relativement indifférent à la personne du ngaanga en tant que telle, comme le montre la non intervention dans sa fabrication d'éléments mystiquement et charnellement constitutif de celle-ci (crachats etc...), toujours repérables dans les traitements et médicaments de type mukisi (pluriel : mikisi) et/ou boonzo (pluriel : maboonzo) qui eux relèvent du pouvoir mystique du ngaanga.

L'homogénéité des médicaments de type bilongo se manifeste également par leur commune impuissance devant toute maladie supposée causée par les ancêtres (biiba), les esprits maléfiques (bakuyu) les fétiches (mikisi) les sorciers (ndoki) dont on recherchera l'intervention et/ou un caractère non naturel de la maladie, s'il n'y a pas guérison.

Il y a à ce stade toujours consultation d'un devin,

- soit le ngaanger mpiatu pour détecter une atteinte par les mikisi et en dernier recours le ngaanger ngombo, véritable voyant (lumoni liwe nandi) pour identifier une atteinte par le ndoki (sorcier).
- soit le ngunza, le prophète guidant une secte religieuse à vocation thérapeutique.

Le ngaanga lutte entre autres contre les effets d'une sorcellerie avec laquelle il partagera la même configuration idéologique au point de pouvoir être soupçonné d'y appartenir. On retrouve là le doublet classique en Afrique d'opposition affirmée et d'identification supposée entre guérisseur et sorcier.

Les sectes religieuses, traitent également les symptômes sorciers mais définissent ce combat comme un affrontement idéologique d'essence ce qui lui confère un statut autre que celui qu'elle a dans la société traditionnelle.

On a pu repérer à l'intérieur de la catégorie "maladie mystique" la distinction entre ancestralité et sorcellerie, distinction qui n'est d'ailleurs qu'idéelle puisqu'un sorcier peut faire appel à un esprit d'ancêtre (biiba-bakuyu) ou se greffer sur l'attaque d'un ancêtre et inversement un ancêtre mieux attaquer sur le terrain affaibli par le sorcier ; le tout référant à une logique de la force vitale ou plusieurs interprétations sont possibles, la même faiblesse pouvant être la manifestation de différents types d'affaiblissement distincts ou conjoints.

Ces ambivalences sur le plan interprétatif ne font que renvoyer à des ambivalences sur le plan des pouvoirs agissant, dont on peut se demander s'ils ne sont pas en rapport actuellement avec des modifications au niveau des clan et des groupes d'appartenances et/ou des relations d'individus et groupe d'appartenances etc... ; ou encore et fort probablement à mettre en relation avec le contact de guérisseurs étrangers, y compris ceux de type occidental.

Qu'est-ce qui dans cette contellation polyvalente aussi bien interprétative que thérapeutique renvoie à d'autres fuites fonctionnelles, à des phénomènes syncrétiques et/ou à un processus historique de changement des structures sociales et symboliques. C'est ce que nous tâcherons de dégager dans notre thèse.

Hélène VIALE

(janvier 1985)

APPROCHE ANTHROPOLOGIQUE DES FAITS DE MALADIE

EN SITUATION DE PLURALISME MEDICAL :

Les LAADI du Congo

Hélène VIALE
Pharmacien - Anthropologue

Février 1985

TABLE DES MATIERES

<u>INTRODUCTION</u>p 1
<u>METHODOLOGIE ET PROBLEMES RENCONTRES</u>p 4
I - Elaboration d'une problématique	
- un terrain possible: le quartier	
- révision méthodologique	
II - Constitution du Corpus d'informations	
- sources bibliographiques	
- travail de terrain	
 <u>LE CONTEXTE THERAPEUTIQUE</u>	p 10
I - A propos des Balaadi-Basundi	
- un peu d'histoire	
- éléments d'organisation sociale	
- vision du monde	
- catégories de personnes	
II- Le système thérapeutique traditionnel: le BUNGAANGA	
- nosologie	
- étiologie	
- traitement	
- lutte contre les sorciers	
III- Les sectes thérapeutiques	
 <u>CONCLUSION</u>	p 23
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>p 27
<u>ANNEXES</u>p 30

INTRODUCTION

En octobre 1983, il nous a été proposé de participer en tant qu'anthropologue au "Programme SANTE-URBANISATION" à Brazzaville, un des projets de l'U.R. I, du département D de l'ORSTOM (Urbanisation et Socio-systèmes urbains).

Ce programme, (contrat PVD 83.L0439), se donnait pour objectif essentiel de "localiser et hiérarchiser les problèmes sanitaires et de reconnaître leur spécificité en milieu urbain, en montrant comment les pathologies rencontrées en ville diffèrent de celles du milieu rural, mais aussi et surtout, combien la solution des problèmes sanitaires est conditionnée par la prise en compte de la complexité du fait urbain, les facteurs environnementaux et d'intégration socio-culturelle étant connus pour intervenir de façon prépondérante,..." (1).

L'approche se voulait pluridisciplinaire et dans une perspective de santé publique. La collaboration avec un anthropologue introduisait dans cette démarche, le regard des sciences humaines et surtout une méthodologie qui, par une attention particulière portée à l'aspect culturel et à son inscription historique devait permettre de saisir le rôle de l'environnement humain dans les modalités d'apparition et de résolution de la maladie.

L'accélération des faits de modernité, (complexe technologie/migration/circulation multiforme de l'information, etc...), se manifeste notamment par des mouvements et un brassage importants de populations de toute origine, (géographiques, ethniques, socio-idéologiques etc...).

Cette caractéristique des situations contemporaines, particulièrement en milieu urbain, crée un contexte complexe dans lequel se cotoient, se rencontrent, se conjuguent et s'affrontent des systèmes de pensées et des pratiques hétérogènes, entre autre dans le domaine de la santé et de la maladie.

(1) cf. descriptif du programme.

Les fondements et les orientations théoriques et méthodologiques de l'anthropologie médicale sont encore assez flous (2). La plupart des études se situent dans un champ d'investigation circonscrit : représentations traditionnelles de la maladie, interconnexions entre médecine traditionnelle et bio-médecine, étude des rites thérapeutiques, des différents niveaux de savoir etc... . Très peu, sinon récemment, se sont penchées sur l'approche de la maladie et de la santé dans des contextes de pluralisme médical (3), pour mettre en évidence la logique des pratiques et des parcours thérapeutiques, là où différentes alternatives impliquent un choix ou des choix thérapeutiques distincts ou conjoints.

Pour notre part, nous nous sommes définis deux axes de recherche :

- l'étude des différents recours thérapeutiques et des représentations qui les sous-tendent.

- le suivi de parcours thérapeutiques divers.

en essayant de repérer :

- les différentes représentations culturelles et symboliques relatives à la santé, la maladie, la mort et à leurs traitements.

- les différentes modalités d'identification, d'explication et d'intervention qui leur correspondent.

- le contenu sémantique et les interconnexions des différents registres interprétatifs et résolutaires,

- l'incidence des différentes variables relatives à l'environnement social, (variables ethniques, socio-économiques, religieuses, sexe, âge, etc...)..

(2) cf. Walter A. , in Médecine et Santé

(3) cf. les travaux d'Augé, Dozon, Sindzingre

L'intérêt que nous avons pris à ce travail, ainsi que le contenu des matériaux recueillis, nous a incitée à faire notre thèse de troisième cycle sur les représentations de la maladie et les parcours thérapeutiques des Balaadi-basundi de Brazzaville. Ceci nous permettra par ailleurs d'élargir notre réflexion par l'analyse d'un certain nombre d'entretiens en cours de traduction et d'un complément d'information sur le terrain.

Cette analyse rapportée aux hypothèses présentées ici, permettra de définir de façon plus fine les interactions pressenties de l'ensemble des parcours, des stratégies et des enjeux relatifs à l'apparition et au traitement de la maladie.

Nous commencerons, après un éclairage méthodologique sur notre démarche et les difficultés rencontrées, par présenter le contexte thérapeutique en suggérant quelques hypothèses provisoires.

METHODOLOGIE ET PROBLEMES RENCONTRES

I - ELABORATION D'UNE PROBLEMATIQUE

A notre arrivée à Brazzaville, en février 1984, le programme étant commencé depuis un an et se ramifiant en de nombreuses études, il s'agissait dans un premier temps de déterminer l'opération de recherche dans laquelle nous insérer.

Une équipe d'enquêteurs était alors mobilisée par une enquête en milieu scolaire procédant par questionnaires individuels portant sur les conditions de vie des élèves, la vie sexuelle et surtout les problèmes posés par la grossesse et la maternité (1). Cette enquête devait permettre la constitution d'un fichier "jeunes filles enceintes et/ou mères", fréquentant les établissements scolaires en vue d'une étude plus approfondie.

Nous avons donc participé à cette enquête, mais la méthodologie choisie, tant pour l'enquête que pour le reste de l'étude (enquête massive dans les écoles et animation de groupes de 20 à 150 personnes), nous semblait relever plus d'une démarche socio-psycho-pédagogique que des pratiques propres à l'anthropologie et par là sortir du domaine de notre compétence.

D'autre part, il nous semblait plus satisfaisant, dans le cadre d'une collaboration à court terme (12 mois), d'intervenir sur une population déjà étudiée du point de vue de la bio-médecine et de la géographie urbaine (habitat, urbanisme, démographie, etc...), l'approche anthropologique venant ainsi compléter un ensemble d'investigations et permettre une mise en relation d'informations et de réflexions en provenance de différentes disciplines et donc, une analyse vraiment pluridisciplinaire

Un terrain possible : le quartier

Nous nous sommes alors orientée vers les études de quartier pour lesquelles avaient déjà été réalisé une approche du paysage urbain décrivant l'équipement des parcelles (eau, électricité, hygiène etc...), l'habitat (type de matériaux employés, taille et nombres de pièces), l'équipement de la maison (nature du mobilier, type d'éclairage,...), le mode d'occupation de la parcelle et des maisons (nombres de personnes adultes, enfants ...), la date et le statut d'occupation ainsi que les modalités d'insertion urbaine.

Sur le plan biomédical, les problèmes de santé des mères et des enfants (population cible du programme), étaient en cours d'évaluation par une enquête consistant, outre un relevé des épisodes pathologiques récents et des événements liés à la grossesse et à l'accouchement, en une visite médicale avec dépistage systématique des parasitoses. D'autre part, un passage à un an (1983-1984) devait permettre de saisir l'évolution de l'état de santé de cette population.

Des retards et des problèmes dans la saisie informatique des données correspondant à ces différentes enquêtes ne nous a malheureusement pas permis de bénéficier de l'analyse par des spécialistes des résultats relatifs à ces différentes disciplines.

Parmi les trois quartiers étudiés, nous avons choisi NGANGOUONI, pour diverses raisons, sa proximité de l'ORSTOM n'étant pas la moindre (ce qui à priori diminuait l'importance de la logistique). Les deux autres quartiers - Poto-poto et Bacongo - sont des quartiers anciens, contemporains des premiers développements de la ville. Ngangouoni, par contre, appartient à une zone récemment urbanisée, pratiquement dépourvue d'infrastructures urbaines, caractéristique en cela de l'extension rapide de la ville qui déborde la planification administrative. De plus l'homogénéité de l'origine ethnique des habitants permettait plus facilement d'appréhender un modèle ou des attitudes types, l'approche en profondeur des systèmes de pensée des multiples groupes culturels de la République Populaire du Congo nécessitant une étude plus longue et plus lourde.

A l'origine, Ngangouoni était un petit village suburbain et isolé en direction de "Gare Simon", premier arrêt du chemin de fer Congo-Océan. En 1959, il est habité par deux cousins (frères classificatoires) et leur mère. La même année se produisent à Poto-poto des affrontements entre les Mbochi et les Laadi. Les deux frères, effrayés par le bruit des fusillades, demandent au maire de Brazzaville l'autorisation de lotir pour rompre leur isolement et se protéger des dangers. A la suite de quoi, Ngangouoni s'est rapidement transformé en une agglomération d'aspect composite. Comme un village dans certaines parties où l'habitat est encore établi irrégulièrement, avec peu de construction "en dur", desservies par des voies étroites et ravinées, inaccessibles aux véhicules et entourées de zones totalement occupées par la végétation, il a un caractère urbain dans sa plus grande partie, lotie selon un plan en damier, offrant un accès possibles aux équipements collectifs, réseaux divers (eau, électricité, voirie, transport), et structures sanitaires, scolaires, administratives, etc...; urbain encore par la structure de sa population, appartenant à des catégories socio-professionnelles plus diversifiées qu'en milieu rural, par définition plus agricole, les difficultés économiques de ses habitants, le chômage et un important secteur informel.

Ces différents critères nous ont orientée, au départ, vers une approche du type monographie de quartier, dans laquelle nous aurions privilégié les faits de maladie. Cependant un certain nombre de facteurs ont remis en question cette position, au fur et à mesure que la délimitation de notre objet de recherche se précisait et nécessitait une réaffectation de notre démarche.

Révision méthodologique

Dès le départ s'est posé sur le plan théorique et méthodologique le problème de l'articulation entre anthropologie médicale et anthropologie urbaine, des limites dans lesquelles on pouvait se représenter deux directions analytiques distinctes comme complémentaires par rapport à un même objet.

Nous nous sommes d'abord interrogée sur la ville, concentration d'activités et d'hommes sur une petite fraction d'espace. L'organisation de ces activités est de toute évidence liée à la nature et à la structure du système économique et social qui les engendre.

Les villes d'Afrique sont nées de la colonisation qui a amené avec elle tout un ensemble d'idées et de conceptions qui étaient celles de l'Europe d'après la révolution industrielle. Par sa transformation politique et économique, l'Afrique partage désormais avec le reste du monde, bien qu'à des échelles différentes, les mêmes catégories de développements technologiques. Dans ces conditions, le processus social lié aux phénomènes de contacts culturels ne se situe pas seulement au niveau des relations entre africains et occidentaux, mais aussi entre africains de diverse origine et africains de niveaux socio-économiques différents.

La forme la plus évidente de ce processus social est sans doute l'urbanisation, et la ville est le noyau d'un corpus d'habitudes, de coutumes et de pratiques qui englobe de plus en plus le monde rural dans le même système social que la ville (4).

Cependant si la complexité n'est pas spécifique de l'urbanité, on peut supposer que ses différentes composantes, et particulièrement les composantes sociales, s'organisent de façon propre en milieu urbain, que ce soit sur le plan des apparences, (appropriation de l'espace public ou privé, infrastructures administratives, sanitaires, systèmes d'éducation, d'information, etc...), ou sur le plan socio-culturel proprement dit (réseau de parenté, de relation, systèmes résidentiels etc...)

(4) LITTLE K. West african urbanization as a social process in C.E.A., 1966, p.90-102.

Au delà du découpage traditionnel entre différentes disciplines, ce qui importait, était de cerner quels pouvaient être les apports de l'anthropologie urbaine à la définition de notre objet de recherche, notamment des études sur les villes d'Afrique. Il apparaissait alors, que la spécificité plus ou moins grande du phénomène urbain en tant que tel devait être pensée par rapport au quartier. Or sa délimitation en ce qui concerne Ngangouoni, ne semble ni pertinente, ni spécifique, et en induisait plutôt une relativisation par rapport à d'importantes rémanences ethniques.

D'autre part, en avançant dans notre travail, nous nous sommes aperçue que le réseau relationnel mobilisé lors d'un épisode pathologique sortant plus ou moins du quotidien, ne se limitait pas au périmètre urbain, et que inversement, pour la zone étudiée, la logique du parcours thérapeutique des "ruraux" répondait aux mêmes principes et motivations. La spécificité du milieu urbain semblait se situer plus du côté des modalités et des causes d'apparition de la maladie appréhendables par l'approche épidémiologique que du côté des représentations et des parcours.

Le cadre de départ s'avérant, après ces premières analyses, trop étroit, nous avons recentré notre étude au delà de l'objet quartier, sur un ensemble ethnique, les Balaadi-Basundi en l'occurrence, à travers leurs éléments urbanisés.

En deçà des orientations habituelles de l'anthropologie médicale, études généralement de caractère ethnologique et circonscrites à des modèles culturels tenant peu compte des changements sociaux, notre champ d'étude se caractérisait par une situation de pluralisme médical, dans laquelle nous tenterions de dégager la logique des stratégies mises en œuvre et leurs liens avec les transformations familiales et sociales, dans leur articulation entre les systèmes sociaux et les institutions, notamment étatiques, et le vécu quotidien de la maladie, autrement dit, saisir le contexte idéologique, culturel et économique qui induit ces pratiques en matière de santé ainsi que l'évolution de leur légitimation.

II- CONSTITUTION DU CORPUS D'INFORMATION

Sources bibliographiques

Les peuples de la cote congolaise ont été dès le XIII^{ème} siècle en contact avec les européens, missionnaires et traitants portugais pour commencer, auxquels ont succédé, explorateurs, voyageurs, colonisateurs, missionnaires encore, allant toujours plus loin à l'intérieur des terres, à la recherche de leurs intérêts respectifs et divers.

Le domaine est connu, mais pour la partie du Congo anciennement placée sous administration française, la littérature est peu abondante.

S'il a été assez aisé d'établir une bibliographie de références à partir du fichier de l'ORSTOM, qui s'est révélé appréciable pour le domaine qui nous intéresse, nous avons été un peu déçus lorsque nous avons voulu passer à la phase lecture.

D'une part, il s'agissait d'un fond ancien et peu actualisé, mais surtout, un certain nombre d'ouvrages de base avaient disparu du stock et sont restés introuvables à Brazzaville (par exemple, les ouvrages de Balandier ou l'inventaire des clans Kongo de Mgr Cveulier). D'autre part, une partie du fond anthropologique ayant été transféré au centre de Pointe-Noire, certains articles parus dans les revues nous sont restés inaccessibles, malgré une mobilisation parfois épuisante en temps et en énergie pour les localiser, souvent en pure perte.

Travail de terrain

Nous avons parallèlement mené l'approche du terrain, en utilisant les techniques propres à l'anthropologie, portant une attention particulière à l'aspect qualitatif, dans le cadre d'une observation participante, d'entretiens non directifs et semi-directifs, etc...

La plupart des entretiens ont été réalisés en langue Laadi-Sundi, par l'intermédiaire d'un interprète, les enregistrements étant ensuite transcrits et traduits. Nous avons, en effet, attaché une grande importance à l'approche linguistique, en constituant dès le départ un index des noms et notions intéressantes à partir du lexique Laadi de Jacquot (5) et par des discussions avec les linguistes de l'Université Marien Ngouabi. Ceci nous semblait d'autant plus important que nous abordions un système de pensée dans lequel l'efficacité symbolique se révélait être fortement liée au domaine de la parole.

Nos premières interventions ont été focalisée sur le quartier (cf. supra : élaboration méthodologique), où nous avons dans un premier temps préparé le passage à un an de l'enquête santé. Nous avons choisi pour des raisons d'ordre méthodologique de ne pas interférer in situ avec l'approche épidémiologique, mais la vérification et la mise en ordre des dossiers nous a permis d'appréhender hors terrain la structure de la population du quartier.

Puis nous avons pris un premier contact avec les habitants en réalisant une dizaine d'entretiens sur l'histoire du quartier et l'histoire des gens dans leur quartier. Ceci a fait ressortir à propos de la famille des chefs traditionnels, la relation entre les stratégies de pouvoir, la transmission des biens, la maladie, la mort et la sorcellerie.

Ensuite, partant de l'hypothèse, (suggérée par notre expérience au Mali), qu'un certain nombre de plantes présentes ou transplantées dans l'environnement urbain avaient en dehors de leurs autres usages (alimentaires, utilitaires, décoratifs, etc...) des propriétés et une utilisation médicinales, nous avons, en réalisant une cartographie des plantes poussant dans les parcelles, approfondi et diversifié le contact avec la population du quartier, au niveau d'un objet médiateur, non constitutif de la personne, mais dont le questionnement, en cela moins agressif, aboutissait logiquement à la santé, la maladie, et les pratiques les concernant.

Ceci nous a menée "naturellement" aux études de cas qui privilégient une observation directe et approfondie facilitée par une certaine qualité de relation.

Nous avons, en outre, été amenée à nous déplacer dans les villages d'origine des familles avec lesquelles nous étions en contact privilégié, principalement en milieu Laadi, ce qui a pu mettre en évidence l'importance du recours au cadre traditionnel lignager, de règle dans certaines atteintes. nous n'avons malheureusement pas pu approfondir cet aspect du travail, faute de crédits alloués aux tournées.

Par ailleurs, tandis que notre champ d'étude se recentrait, nous avons rencontré différents agents de santé appartenant aux trois systèmes en présence : traditionnel, occidental et religieux syncretique, lors des parcours thérapeutiques, ou de façon indépendante au niveau d'une interrogation cherchant plus à appréhender le savoir.

LE CONTEXTE THERAPEUTIQUE

I - A PROPOS DES BALAADI-BASUNDI

Un peu d'histoire

Les Balaadi-basundi constituent avec les Kongo stricto-sensu, le groupe Kongo qui présente une unité certaine tant sur le plan culturel que linguistique.

Ils seraient tous originaires de Kongo dia ntotela, capitale de l'ancien royaume Kongo sur la rive gauche du fleuve, un peu en aval de Luozi. Ils auraient migré à l'intérieur des régions qui constituent l'actuel Congo, au XVII^e siècle, en repoussant les Teke vers le Nord; chaque groupe s'établissant en des points différents.

Selon CHAUMETON (6), les Balaadi-Basundi seraient en fait les descendants des mariages entre les immigrants kongo et les Bateke qui occupaient les terres.

La définition du groupe laadi est par ailleurs assez floue. Il semblerait que ce groupe ne se soit constitué qu'au moment de la colonisation, à partir d'éléments probablement sundi, qui plus audacieux, plus dynamiques, certainement en scission par rapport à leurs groupes d'origine, auraient joué la carte du changement (avant de jouer celle du nationalisme). La langue laadi elle-même résulterait d'un phénomène de prégnance d'une variante dialectale ou territoriale, institutionnalisée par les missionnaires dans son utilisation pour communiquer avec les populations.

Il y a là une question qui reste à résoudre sur le plan de la linguistique diachronique. Cependant, si le discours général tend à présenter les Basundi de la région de Kindamba comme plus traditionalistes que les Balaadi de la région de Kinkala, les uns et les autres partagent les mêmes clans, la même langue, la même culture à quelques variantes et rémanences près. L'urbanisation ayant un effet réorganisateur, de nombreux basundi en milieu urbain se disent laadi.

(6) CHAUMETON s.r.

Eléments d'organisation sociale : parenté, alliance, filiation

Balandier distingue dans les groupements fondés sur la parenté réelle, les groupements familiaux distendus, le groupe des parents dispersés dans les "centres", et enfin le groupe des parents localisés dans la parcelle. (7). Au delà des recoupements possibles entre modèles familiaux et systèmes de résidence, on peut dire que chez les Balaadi-basundi, les liens avec le village sont restés très vivaces, les groupements familiaux ont pris un caractère "d'unités distendues", dont les éléments ruraux et citadins participent à un même réseau d'intérêts et d'obligation; le modèle familial le plus répandu n'est pas la transposition pure et simple de la famille conjugale à l'occidentale, "mais un compromis de fait entre la famille étendue localisée du milieu rural et la structure cellulaire de type occidental" (8)

La plus grande unité d'appartenance basée sur la parenté est le MUVILA, le clan, ensemble des individus se reconnaissant comme descendant d'une même ancêtre mythique. Il impose l'exogamie ("ka ba kwelesaka menga ma mosi ko", on ne marie pas le même sang *).

L'ensemble des personnes se référant à une même ancêtre connue avec laquelle on peut évaluer la filiation directe en remontant jusqu'à 5 ou 6 générations constitue le KANDA, le lignage. Les segments de lignage formés par scission à la suite de lutte ou de mésentente, en général liées à la sorcellerie sont dits "KANDA DIO KARITA WUTUMISANA KO", couramment appelés KANDA tout court.

Chaque matrilignage issu du Kanda est le MOYO qui signifie aussi ventre, lieu de la conception, matrice, marquant bien par là la filiation matrilineaire.

On distingue également le foyer, NZO, ou famille triangulaire, composée de la mère, du père, et des enfants.

Alliance

L'alliance, KINKUEZI, personnes liées par le mariage, met en relation des clans matrilineaires en vue de la reproduction des groupes.

Les Balaadi-Basundi, comme l'ensemble des Kongo, forment une société dysharmonique, car, si le système de filiation est matrilineaire, le mariage est patrivirilocal.

(7) BALANDIER G.: Sociologie des Brazzavilles noires, Paris Armand Colin 1955 p. 118

(8) LEBRIS, MARIE, OSMONT, SINOU: Anthropologie de l'espace habité,

La différence de position face aux clans respectifs de sa mère et de son père (également pertinent), est manifeste dans la façon dont un mulaadi décline son identité. Citant les quatres lignages de ses parents, il commence par le lignage de la mère et du père de la mère, et donne ensuite le lignage de la mère et du père de son père. Ainsi :

il est - MWISI (pl.BISI) qui signifie originaire de, pour marquer son appartenance au matrilignage de sa mère.

- MWANA (pl.BALA) qui signifie fils depour marquer sa relation au matrilignage de son père.

- NTEKOLO "petit fils depour marquer le lien avec le patrilignage de la mère et le patrilignage du père.

Une personne qui ne peut décliner que deux ou trois noms de clans est soit fils d'esclaves, soit fils et petit fils du clan paternel; on admettait dans certains cas le mariage avec la cousine croisée patrilatérale.

Le chef de lignage, MFUMU KANDA, encore appelé NGUA KAZI ("frère de la mère") assure le lien et les médiations entre le monde des vivants, les membres du lignage (les BISIKANDA"), et les morts, ancêtres mythiques et BIIBA, BAKUYU, BANKITA (voir p.12), autrement dit entre le monde visible et le monde invisible.

Vision du monde

NZAAMBI MPUNGU

Nous n'avons pu recueillir à ce jour aucun récit sur une éventuelle origine mythique de l'homme et du monde.

Les Balaadi-Basundi font référence à un Dieu unique NZAAMBI MPUNGU, créateur de toutes choses, transcendant et omnipotent. C'est un Dieu lointain auquel on ne rend pas de culte. Avec la colonisation et l'arrivée des missionnaires, il y eu assimilation spontanée avec le Dieu chrétien, ce qui l'a rendu accessible à l'homme par la prière et le rite de la messe.

Monde visible/monde invisible

Pour les Balaadi-Basundi, l'univers est composé de deux mondes, l'un visible, MWINI, l'autre habituellement invisible, MPIINI, l'homme se trouvant à la frontière entre les deux.

- le monde visible est peuplé par les hommes vivants, BANTU (sing. MUNTU), les animaux, les plantes, les minéraux, le ciel, les astres etc...
- le monde invisible étant habité par les esprits des morts, ancêtres: BIIBA, BAKUYU, BANKITA*. Toute personne possédant le KUNDU (pouvoir mystique ambivalent dont on reparlera) est en contact avec celui-ci: les NDOKI ("sorcières"), les NGAANGA ("guérisseurs-féticheurs")

catégories de personnes

Il y a trois catégories de personnes:

- les hommes vivants ordinaires
- les personnes possédant le KUNDU: NGAANGA, NDOKI
- les BANKITA, esprits incarnés qui renaissent au monde visible sous forme d'enfants spéciaux dans le même lignage. Ces enfants appartiennent au monde des esprits ayant l'eau pour résidence.

* Nous ne citons ici que ces trois sortes d'esprits des ancêtres, on trouve dans la bibliographie deux autres groupes, les BAKULU et les MATEBO qui constitueraient avec les trois autres les BAMBUHULA, de même que pour les BASIMBI, que d'aucuns considèrent comme des génies. Ils appartiennent sans doute à l'univers culturel Kongo, leur permanence chez les Balaadi-Basundi ne nous semble pas évidente, il n'y a jamais été fait référence de façon spontanée dans les entretiens que nous avons eus, contrairement aux autres notions, un questionnement plus poussé nous semble nécessaire.

II - LE SYSTEME THERAPEUTIQUE TRADITIONNEL : LE BUNGAANGA

Le mot BUNGAANGA est un singulier massif, sans pluriel, qui désigne l'univers des "fétiches", ensemble complexe (ngaanga, mikisi) dont on va reparler, dans son aspect positif de guérison. L'aspect maléfique étant exprimé par un pluriel massif, sans singulier : MANGAANGA

Nosologie

Les causes de la maladie chez les Balaadi-Basundi sont de deux ordres :

- les maladies naturelles, dues à NZAAMBI MPUNGU (Dieu), par exemple les maladies de vieillesse, ou encore à la nature, le monde visible.

Ce sont les maladies "au quotidien", identifiées par leurs manifestations symptomatiques et l'absence de caractère de gravité et se concluant par une guérison rapide. Elles sont souvent interprétées aujourd'hui, comme étant provoquées par les agents pathogènes de l'étiologie occidentale, toutes catégories confondues.

- d'autre part, les maladies non naturelles, toujours le signe d'une attaque par l'autre : ancêtres (BANKAKA), esprits des morts (BIIBA, BAKUYU, BANKITA), "fétiches" (MIKISI), ou sorciers (BANDOKI).

Elles peuvent se manifester dans un premier temps sous la forme d'une maladie naturelle mais qui résiste aux traitements ou qui devient chronique; ou alors, elles se manifestent dès le départ par des symptômes spécifiques (rare) et/ou (beaucoup plus souvent) par un caractère de violence ou de gravité apparaissant brusquement.

Etiologie

Ces maladies peuvent être dues :

- à une rupture d'interdits, (généralement liés à la possession clanique des MIKISI),

- à des conflits sociaux en relation avec la transgression d'une loi sociale envers le clan maternel ou paternel, comme envers les alliés : vol, adultère, non paiement de la compensation matrimoniale, détournement de l'autorité par le père au détriment de l'oncle maternel, détournement de l'héritage par les enfants au détriment des neveux et nièces, (situations de plus en plus fréquentes, sous

l'influence des difficultés économiques et des modèles familiaux occidentaux).

- à des conflits interpersonnels, jalousie ou mécontentement.
- le résultat d'une initiation à un MUKISI, (TUNTUNKA, par exemple qui se manifeste par des trances à caractère chamanique),
- à la réincarnation d'un NKITA, (pouvoirs ancestraux déjà mentionnés dont nous ferons l'analyse détaillée p.16), sous forme d'un MUKISI attaché au clan, afin que celui-ci initie un de ses membres à l'art de guérir la maladie correspondante et assure ainsi la protection et l'intégrité du groupe,
- à la sorcellerie KINDOKI, la maladie set alors, soit la résultante d'une attaque de NDOKI, soit la manifestation d'un état sorcier, pathogène en soi ou du fait de la confrontation avec un sorcier plus fort.

L'étiologie de ces maladies renvoie donc grossièrement à une distinction entre le domaine de l'ancestralité, (ancêtres et "fétiches", BIIBA, BAKUYU, BANKITA et MIKISI), et celui de la sorcellerie (KINDOKI). Une interaction plus fine entre ces deux principes est par ailleurs repérable à l'intérieur même des deux domaines en question.

En effet, un sorcier peut faire appel à un esprit d'ancêtre ou se greffer sur l'attaque d'un ancêtre et inversement un ancêtre mieux attaquer le terrain affaibli par le sorcier ou faire appel à un sorcier et à ses auxiliaires pour mettre en oeuvre son agression.

Enfin, non seulement le sorcier agit de façon privilégiée dans son lignage, virtuellement soutenu par les ancêtres et leur intermédiaire, le chef de lignage (MFUMU KANDA) qui en assure la gestion, mais un "fétiche", (MUKISI), en relation avec la sorcellerie peut être acquis par achat ou initiation parallèle auprès d'un autre lignage, aux ancêtres desquels il était d'abord lié.

On repère là, la frontière mouvante entre ancestralité, MIKISI, et sorcellerie, la fluidité sémantique renvoyant à la souplesse des pratiques.

Mais, ayant signalé cette complexité, revenons tout d'abord à quelques définitions de base des différentes instances évoquées.

Les ancêtres

Le nom générique, d'après Makambila (10), serait BAMBUHULA, parmi lesquels on trouverait :

- les BAKULU (sing. NKULU) : les morts ayant accompli le cycle des trois naissances et des trois morts. Ils constitueraient avec les suivants, les BIIBA, les esprits tutélaires protecteurs.
- Les BIIBA (sing. KIBA) : les esprits des morts qui n'ont pas encore accompli le cycle des trois morts.
- Les BAKUYU (sing. NKUYU) : esprits des morts ayant eu des activités néfastes de leur vivant, ce seraient des esprits maléfiques.
- Les BANKITA (sing. NKITA) : esprits des morts bons ou mauvais, protecteurs ou agresseurs, réclamant un culte; on leur dresse des autels, NZO BANKITA, (maison des BANKITA).
- Les MATEBO (sing. NTEBO) : les esprits des morts ayant accompli le cycle des trois morts, mais qui auraient eu des activités liées à la sorcellerie de leur vivant et poursuivraient les vivants de leurs volonté maléfique.

On pourrait ainsi construire sur la base de la littérature existante le schéma suivant

	bénéfiques	maléfiques
esprits des morts 3 fois morts	BAKULU	MATEBO
esprits des morts n'ayant pas accompli le cycle des 3 morts	BIIBA	BAKUYU
	BANKITA	

Du point de vue de notre enquête, il semblerait que la différenciation liée au cycle des trois naissances et des trois morts soit en voie de disparition, (pour ne pas dire disparu), la plupart des ne faisant référence qu'aux BIIBA, BAKUYU, BANKITA. D'autre part, la corrélation distinctive BIIBA/BAKUYU, bénéfique/maléfique est très ambiguë, les esprits des morts seraient BIIBA dans leurs manifestations bénéfiques et BAKUYU dans leurs influences maléfiques. La distinction ne serait donc pas une différence d'essence, un BIIBA d'Ego, invoqué par un sorcier, NDOKI, peut devenir le BIIBA du NDOKI et BAKUYU pour Ego.

Les_MIKISI (sing.MUKISI)

La notion de MUKISI est ambivalente et difficile à définir. Ce serait à la fois :

- le pouvoir de donner la maladie
- la manifestation de ce pouvoir par la maladie
- la maladie elle-même
- le pouvoir de guérir
- le traitement médicamenteux et rituel
- les principes de transmissions de ce pouvoir

On distingue :

- Les MIKISI MIA MINENE : les grands mikisi, qui ont une efficacité collective visant à protéger et maintenir l'intégrité et la cohésion du communauté. Ce sont les MIKISI attachés au clan (LUVILA), indépendamment de sa dispersion géographique. Chaque clan en possède un ou deux, rarement plus, ils peuvent être communs à plusieurs clans (rarement).

La transmission se fait selon les règles de la filiation utérine et les qualités personnelles de l'initié potentiel. L'initiation est parfois longue (3mois à un an) et nécessite souvent une période de réclusion, on dit d'ailleurs "entrer dans le fétiche".

Ces MIKISI claniques permettent notamment de lutter contre :

- les grandes endémies comme le MATOMPA (maladie du sommeil).
- la stérilité et l'infécondité des femmes, les avortements et les naissances prématurées: WUMBA, NZUMBA, NKALA, etc...

_ toute baisse du "tonus vital", comme le MUDZIDI, se manifestant par une extrême maigreur et une grande faiblesse.

- les mauvais esprits
- les attaques de sorcellerie

Ils peuvent aussi assurer la protection ou renforcer la force active de chaque membre du clan, entre autre liée aux activités de production (chasse, pêche).

On a d'autre part :

Les MIKISI ZA FIOTI, les "petits" mikisi, indépendant du clan. Entrent dans cette catégorie

tous les autres mikisi et aussi ceux du groupe précédent acquis par achat ou initiation parallèle auprès d'un autre clan.

Traitement

Le traitement de la maladie relève du domaine d'action du NGAANGA.

Toute personne sortant de l'ordinaire et manifestant des capacités évidentes particulièrement lorsqu'elles sont en relation avec l'art de guérir, est considérée comme NGAANGA. On peut repérer une appréhension hiérarchique, selon que la personne en question possède ou non de pouvoir mystique (KUNDU), et d'autre part, selon l'importance de ce pouvoir mystique.

Parmi ceux-ci, on fait appel quand la maladie est estimée, au moins provisoirement comme naturelle au NGAANGA MI TI, qui a ou n'a pas de pouvoir mystique. C'est le "guérisseur herboriste". Bien que NGAANGA et donc référant à l'ordre mystique, le NGAANGA MI TI n'a pas d'autre efficacité que celle de son médicament le BILOONGO, principalement constitué de plantes et de quelques éléments d'origine animale et/ou minérale. Il y a à ce niveau assimilation spontanée du médicament occidental à la classe BILOONGO, de même que l'ensemble du système thérapeutique occidental, ce qui fait du "docteur" un NGAANGA. Cette assimilation se fait par rapport à une sphère qui relève d'un double critère:

- celui de la composante du monde naturel ou/et des éléments possiblement objectifs d'une guérison.
- et d'autre part, celui d'une connaissance opératoire se manifestant notamment par l'habileté nécessaire à sa mise en forme médicamenteuse.

A ce niveau, le traitement est symptomatique. Le médicament fini et son pouvoir apparaissent comme relativement indifférent à la personne du NGAANGA en tant que telle, comme le montre la non intervention dans sa fabrication d'éléments mystiquement et charnellement constitutifs de celle-ci (crachats, etc...), toujours repérables dans les traitements et médicaments de type MUKISI (pl. MIKISI) et/ou BOONZO (pl. MABOONZO) qui eux relèvent du pouvoir mystique du NGAANGA.

L'homogénéité des médicaments de type BILOONGO (traditionnel/occidental) se manifeste également par leur commune impuissance devant toute maladie supposée causée par les ancêtres, les esprits des morts (BIIBA, BAKUYU, BANKITA), les "fétiches" (MIKISI), les sorciers (NDOKI), dont on recherchera l'intervention et un caractère non naturel de la maladie.

Le NGAANGA qui intervient dans la lutte contre les maladies non naturelles est le NGAANGA MUKISI. Il y a autant de Ngaanga mukisi que de mukisi. Chaque spécialiste peut éventuellement posséder un deux mikisi, rarement plus de trois, pour les mikisi mia minene, les mikisi claniques (filiation utérine), sans compter les mikisi za fioti (achat ou initiation auprès d'un autre lignage).

Ngaanga et divination

Le NGAANGA MUKISI est en général, mais pas forcément, devin ou/et voyant.

On distingue: - les vrais voyants, les LUMONI LWE NANDI, qui "ont la vision", de naissance (filiation utérine) ou par initiation

- les devins dont le nom est fonction du support qu'ils utilisent: NGAAGA MPIATU, qui procèdent en se frottant les mains avec une feuille de MAZULU (basilic), la réponse correspondant au blocage des mains, le NGAANGA MUKANDI, qui procède de même, mais avec une noix de palme, les BANTU BATATA MU KITARI, qui lisent dans un miroir, les BANTU BATATA MU MAMBA, qui pratiquent la divination dans l'eau, les BANTU BABULA DZEKI, qui lisent les cauris.

Lutte contre les sorciers

LE NGAANGA MUKISI spécialisé dans l'identification du sorcier responsable soit d'une maladie grave, d'un décès ou de toute catastrophe touchant le lignage ou un de ses membres est le NGAANGA NGOOMBO, ce sont des lumoni lwe nandi.

L'identification d'un sorcier peut aussi résulter d'un songe, les ancêtres ou le mort lui-même pouvant transmettre aux vivants le nom du sorcier responsable à travers le rêve (NDOZI), ou en core de ce qu'on appelle la danse du cadavre (CINISA WUMBI).

On procédera à une ordalie pour démasquer ou confirmer l'identité du sorcier. Il y a quatre techniques principales:

- l'ordalie NKASA, interdite aujourd'hui qui consiste à faire absorber aux personnes soupçonnées de sorcellerie, une préparation à base de NKASA (Erythrophleum guineense)

- l'ordalie LUZIMBU, du nom de l'ancienne monnaie, le ZIMBU (cauri), qui mit sous la paupière des accusés transperce l'oeil du coupable.

- l'ordalie LUNGA, le LUNGA est un anneau de cuivre que

l'on dépose au fond d'une marmite d'huile bouillante; seul le sorcier ne peut le retirer sans se brûler.

- l'ordalie KIBAWU, le principe est le même que pour le précédent, mais en utilisant un fer rougi.

Une fois le sorcier identifié, soit on refroidit la sorcellerie par le SUKULA, le lavage des mains, cérémonie de réconciliation publique, qui rétablit l'efficacité du traitement, soit le sorcier est exclu du clan et perd donc tous ses droits; soit on procède à une segmentation clanique, ce qui aboutissait autrefois à la création d'un nouveau village, qui n'était réelle qu'après une cérémonie rituelle, le TETA KANDA. Le sorcier d'une section de lignage n'ayant plus le droit de nuire aux membres des segments de lignage (cf. p.).

Mais le recours au NGAANGA n'est pas la seule procédure de lutte contre les sorciers. Outre une protection première qui consiste à se conformer aux prescriptions sociales, ce qui attire la bienveillance des ancêtres, on peut recourir aux MIKISI, MUKISI NDIMU (fruit sec qui tue le sorcier en pénétrant dans son cœur), MUKISI NKONDI (statuette), selon la technique utilisée, aux sectes thérapeutiques dont on va reparler, ou encore à une panoplie complexe:

- recettes diverses à partir de certaines plantes ou animaux.

- attribution d'un nom, destiné à détourner ou tromper l'attention des sorciers, ou propre à rendre leur action inefficace.

- l'obtention d'"amulettes et talismans" divers, d'origine extra-africaine.

- divers objets religieux considérés comme faisant fuir les mauvais esprits.

III - LES SECTES RELIGIEUSES THERAPEUTIQUES

La plupart des sectes et associations syncrétiques et/ou messianiques sont apparues dans la mouvance du Kibanguisme et du Matswanisme, deux mouvements qui se sont formés dans les années 1920. Le mouvement religieux de Simon KIBANGU, qui est devenu par la suite, l'Eglise du Christ sur la Terre par Simon KIBANGU, a débuté au Zaïre avant de se répandre rapidement sur l'autre rive du fleuve, au Congo. A la même époque était fondé à Paris et au Congo, l'amicale des originaires de l'A.E.F., dont le président était MASTWA Grenard.

Ces deux mouvements se situent au départ en réaction contre la présence coloniale, tout en s'opposant, par ailleurs au pouvoir traditionnel des sorciers, par une dialectique complexe dans laquelle on revendique la tradition, la définition et la reconnaissance d'une identité contre l'ordre imposé de l'extérieur, et le message judéo-chrétien importé contre les aspects de la culture traditionnelle (KINDOKI) dont on veut se libérer. Ils représentaient alors, le lieu d'expression privilégié des forces de contestation et d'opposition au pouvoir colonial, en même temps qu'une entreprise de désorcellisation.

Actuellement, le Kibanguisme normalisé par une reconnaissance oecuménique, et les Matswanistes marginalisés, ne sont plus guère l'épicentre d'une réaction contre le pouvoir dominant. Les autres mouvements qui ont suivi, comme le Lssysme, Crox-Koma, Mukunguna et la plupart des mouvements religieux syncrétiques et/ou messianiques intègrent de plus en plus dans leur culte les pratiques thérapeutiques et la lutte contre la sorcellerie dans un affrontement idéologique d'essence.

L'ambiguïté des pratiques renvoie à l'ambiguïté des statuts des diverses sectes et associations religieuses à travers leur reconnaissance officielle par les autorités administratives et politiques. Le décret 84/151 du 7/02/84 (cf. annexe IV) reconnaît officiellement sept associations religieuses, à savoir: l'Eglise catholique, l'Eglise évangélique du Congo, l'Armée du Salut, l'Eglise du Christ sur la Terre par Simon KIBANGU, la mission prophétique LASSY Zéphyrin. Il y a en outre 70 associations et sectes qui ont sollicité leur reconnaissance ou la reprise de leurs activités, auprès du Ministère de l'Intérieur (cf. annexe IV). Certaines ont détourné le problème en se faisant reconnaître, soit au niveau de l'UNEAC (Union Nationale des Ecrivains et Artistes Congolais), en justifiant de leurs activités

culturelles liées à la sauvegarde de la tradition, soit au niveau de l'UNTC (Union Nationale des Tradipraticiens Congolais), en raison de leurs activités dans le domaine thérapeutique.

Quoiqu'il en soit, la lecture et l'interprétation symbolique des options et des pratiques se fait toujours à travers les représentations traditionnelles, et les prophètes messianiques sont assimilés au NGUUNZA, qui dans la société traditionnelle était "celui qui invoquait les ancêtres en cas de guerre (11), le voyant ou devin qui parlait au nom du chef, personnalité charismatique dont la légitimité était liée aux ancêtres et à la possession du Kundu.

Avec la colonisation et l'influence du christianisme, il y aurait eu glissement et convergence, amalgame des fonctions; le pouvoir mystique étant du non plus aux esprits des ancêtres, BIIBA, mais au Saint-Esprit, MPEVE YA NLONGO, il serait à mettre en relation avec l'émergence d'une nouvelle catégorie sémantique, le MPEVE, qui serait désormais l'esprit transcendant en contact avec Dieu, NZAAMBI MPUNGU, et qui se manifeste notamment dans les fonctions charismatiques du NGUUNZA actuel. Il y a là une incertitude des définitions sémantiques et du champ d'interprétation qui reste à résoudre.

CONCLUSION

En attendant de lire dans notre thèse une étude plus approfondie du matériel recueilli, nous pouvons d'ores et déjà présenter quelques réflexions provisoires.

La logique des parcours thérapeutiques est à mettre en relation avec la logique de l'efficace réel et/ou symbolique.

L'itinéraire classique peut se résumer ainsi :

Lors d'un épisode pathologique considéré comme naturel, le patient va indifféremment se soigner de façon empirique, seul, avec des plantes ou des médicaments modernes, que l'on peut se procurer sur les marchés, ou suivre les conseils d'un membre de sa famille ou d'un voisin, ou consulter un herboriste (NGAANGA MI TI), ou un infirmier de quartier, ou aller au dispensaire ou à l'hôpital. Il y a cependant une certaine idée de progression dans ce type de recours, à mettre en relation avec la nature des symptômes; on peut noter une très grande fréquentation des structures occidentales, en ville, pour des maux bénins, type céphalées, maux de ventres, d'estomac, règles douloureuses, etc.. On a donc, une assimilation du secteur occidental à un des secteurs de la thérapeutique traditionnelle.

A travers les Services de Santé de type occidental, on a recours à un système et non à un individu. La structure, plus que le médecin est accessible, ce qui se traduit par une uniformisation valorisante de la représentation des différents niveaux de savoirs.

L'efficacité du NGAANGA MI TI, qui n'est pas forcément pourvu d'un pouvoir mystique est celle de son médicament, le BILOONGO, (principalement constitué de plantes et de quelques éléments d'origine animale et/ou minérale). De même vis-à-vis de la médecine occidentale, il y a assimilation spontanée du médicament occidental à la classe BILOONGO, c'est à dire relativement à une sphère qui relève d'un double critère :

- celui de la composante du monde naturel ou/et des éléments possiblement objectifs d'une guérison.
- et d'autre part, celui d'une connaissance opératoire se

manifestant notamment par l'habileté nécessaire à leur mise en forme médicamenteuse.

Le NGAANGA MI TI conforte ou complète souvent sa connaissance par les nombreuses et pas toujours fiables publications sur les pharmacopées traditionnelles.

A ce niveau, le traitement est purement symptomatique. Le médicament fini et son pouvoir apparaissent comme relativement indifférent à la personne du NGAANGA en tant que telle, comme le montre la non intervention dans sa fabrication d'éléments mystiquement et charnellement constitutifs de celle-ci (crachats, etc...), toujours repérables dans les traitements et médicaments de type MUKISI (pl. MIKISI), et/ou BOONZO (pl. MABOONZO), qui eux relèvent du pouvoir mystique du NGAANGA.

L'homogénéité des médicaments de type BILOONGO se manifeste également par leur commune impuissance devant toute maladie supposée causée par les ancêtres, les esprits (BIIBA, BAKUYU, BANKITA), les "fétiches" (MIKISI), les sorciers (NDOKI), dont on recherchera l'intervention et un caractère non naturel de la maladie.

Il y a à ce stade toujours consultation d'un devin:

- NGAANGA MPIATU et assimilés pour détecter une atteinte par les MIKISI ou la sorcellerie (KINDOKI). En dernier recours, on consultera le NGAANGA GOOMBO, véritable voyant, pour identifier ou confirmer une atteinte par le NDOKI. On procédera éventuellement à une ordalie.
- On peut aussi faire appel à la voyance et au pouvoir charismatique du NGUUNZA, prophète guidant une secte religieuse à vocation thérapeutique.

Le NGAANGA lutte entre autre contre les effets d'une sorcellerie avec laquelle il partage la même configuration idéologique, au point de pouvoir être soupçonné d'y appartenir. On retrouve là le doublet classique en Afrique d'opposition affirmée et d'identification supposée entre guérisseur et sorcier.

Les sectes religieuses traitent également les symptômes sorciers, mais définissent ce combat comme un affrontement idéologique d'essence ce qui lui confère un statut autre que celui qu'elle a dans la société traditionnelle.

Si l'on a pu repérer à l'intérieur de la catégorie "maladies mystiques", une distinction entre

ancestralité et sorcellerie, celle-ci n'est d'ailleurs qu'idéelle puisqu'un sorcier peut faire appel à un esprit d'ancêtre, ou se greffer sur l'attaque d'un ancêtre et inversement, un ancêtre mieux attaquer le terrain affaibli par le sorcier. Ceci réfère à une logique de la force vitale ou plusieurs interprétations sont possibles, la même faiblesse pouvant être la manifestation de différents types d'affaiblissements distincts ou conjoints.

Ces ambivalences sur le plan interprétatif ne font que renvoyer à des ambivalences sur le plan des pouvoirs agissant, dont on peut se demander si elles ne sont pas en rapport actuellement avec des modifications au niveau des clans et des groupes d'appartenance et/ou des relations entre individus et groupes d'appartenance, etc...; ou encore et fort probablement à mettre en relation avec le contact de guérisseurs étrangers, y compris ceux de type occidental, (cf. la grande consommation de littérature et autres productions ésotériques d'origine extra-africaine), dont le pouvoir renvoie à un efficace dont la légitimité est hors du groupe de parenté.

Qu'est-ce qui dans cette constellation polyvalente aussi bien interprétative que thérapeutique renvoie à d'autres adaptations fonctionnelles, à des phénomènes synchrétiques et/ou à un processus historique de changement des structures sociales et symboliques?

Nouveaux parcours interprétatifs/nouveaux parcours thérapeutiques

Du point de vue du système traditionnel (le BUNGAANGA), les pouvoirs agissant au niveau des instances résolutives et des responsables de l'agression sont à mettre en relation avec la possession du KUNDU, transmis et légitimé par les ancêtres.

La réinterprétation d'une partie de ce système, à l'œuvre dans la pratique des sectes religieuses à vocation thérapeutique, tendrait à privilégier le MPEVE, qui serait l'esprit transcendant, à l'origine du pouvoir charismatique du NGUNZA, en relation avec NZAAMBI MPUNGU (Dieu).

En ce qui concerne le secteur médical, la coprésence des institutions de type occidental et de la tradition se traduit en parcours thérapeutiques originaux qui conjuguent les différentes instances en présence sans en exclure aucune.

Il est à noter que c'est encore à travers le système symbolique traditionnel que se lisent et s'interprètent les nouvelles formes de tension et de

conflits nées de l'implantation des modèles culturels et idéologiques divers de la société occidentale.

Ce qui permet de penser de façon pertinente la création historique et l'autonomie relative des groupes dominés telle qu'on peut la voir à l'oeuvre dans les sectes thérapeutiques.

C'est sur la logique de ces parcours pratiques et symboliques, intégrant dans une perspective nouvelle, des données que l'on peut penser comme traditionnellement extérieures, qu'il faut s'interroger plus longuement dans la mesure où, au-delà de la dichotomie entre tradition et modernité, ils manifestent une construction en actes de la société laadi-sundi, face aux problèmes qui se présentent à elle.

BIBLIOGRAPHIE

- AUGE M. Théories des pouvoirs et idéologie
Paris, Hermann, 1975.
Pouvoirs de vie pouvoirs de mort
Paris, Flammarion, 1977.
- BALANDIER G. Sociologie des Brazzavilles noires
Paris, A. Colin, 1955.
Sociologie actuelle de l'Afrique noire
Paris, PUF, 1963.
- BIAYENDA (Mgr E.) Coutumes et développement chez les Bakongo
du Congo-BZV
Thèse de 3me cycle, Fac. Cath. de LYON, 1968.
- BONNEFOND R.P. et LOMBARD J.
Notes de folklore lari
in J. SOC. AFRIC, 1934, tome IV, p. 81-109.
- BOUEKASSA J. Les relations sociales et la vision du monde
chez les laadi de la République populaire du Congo.
Mémoire, Abidjan, 1980.
- BOUQUET A. Feticheurs et médecine traditionnelle du
Congo-BZV
Paris, ORSTOM, S.D.
- BUAKASA T.K.M. L'impensé du discours
Kinshasa, Fac. de Théologie catholique, 1980.
- CHAUMETON J. S.R.
- DEVAUGES R. L'oncle, le NDOKI et l'entrepreneur
Paris, ORSTOM,
- DUFEIL M.M. Au départ d'une enquête d'ethnohistoire,
premier contact avec un village lari
in Annls Univ. Brazzaville, 1973. 9 (AB),
83-84.

HAGENBUCHER-SACRIPANTI F.

Les fondements spirituels du pouvoir au royaume de Loango
Paris, ORSTOM, 1973.

JACQUOT A.

Lexique laadi
Paris, ORSTOM

KIMBEMBO D.

Le chef de famille dans la société Kongo
Brazzaville, S.D.,

KIMOUAMI E.

Psychosociologie de la mort chez les lari de la région du Pool
Brazzaville, Univ. Marien Ngouabi, mémoire de maîtrise, 1979

KOUVOUAMA A.

Messianisme et Révolution au Congo
Paris, Thèse de 3^{me} cycle, EHESS, 1982.

LAMAN K.

The Kongo
Uppsala, Almqvist et Wicksells, 1957.

LEBRIS-MARIE-OSMONT-SINOUE

Anthropologie de l'espace habité
Paris, MRT-ACA, 1984.

LITTLE K.

West african urbanization as a social process in C.E.A., 1966, p. 90-102

MAHANIAH K.

La maladie et la guérison en milieu Kongo
Kinshasa, EDICVA, 1982.
La mort dans la pensée Kongo
Kinshasa, EDICVA, S.D.

MAKAMBILA

P. Croyances et pratiques magiques des Kongo-Lari de la R.P. du Congo: "KINDOKI"
Bordeaux, thèse de 3^{me} cycle, 1976.

MAMBEKE-BOUCHER B.

Les Ngaanga, ce qu'il faut en savoir in, Liaison, 1956, p. 36

Proverbes lari
S.D.

SINDA M. Le Messianisme congolais et ses incidences
politiques Paris, Payot, 1972.

VINCENT J.F. Le mouvement Croix-Koma, une nouvelle forme
de lutte contre la sorcellerie en pays Kongo
in C.E.A., n° 24, 1966, vol VI, p. 527-563.

WALTER A. in Medecine et Santé,
Paris, CNRS, 1983

ANNEXE I

LE SYSTEME THERAPEUTIQUE OCCIDENTAL*

En République Populaire du, Congo, la structure de base de l'organisation des Services de Santé est la région sanitaire qui correspond à la région administrative.

En principe une région sanitaire est centrée autour d'un hopital général ou secondaire. Mais dans la plupart des régions, c'est le centre médical du chef-lieu de région qui joue ce rôle. Autour de cet hopital général ou de ce centre gravitent un certain nombre de formations sanitaires, (infirmieries, dispensaires, centres hospitaliers, etc...), de son ressort.

En plus de la région sanitaire, on distingue des secteurs opérationnels, des services épidémiologiques des grandes endémies, qui sont chargés des problèmes spécifiques de lutte contre les grandes endémies dont le territoire d'intervention correspond généralement à celui de la région administrative*.

En 1981, on comptait 59 formations sanitaires (dont 15% à Brazzaville) et 7048 lits d'hospitalisation, ce qui donnait en moyenne 3 lits pour mille habitants et 8694 habitants par médecin. Cependant, Brazzaville comptant 30% de la population du Congo, est donc sous-équipée en formations sanitaires, mais cette situation est compensée par une plus forte concentration en médecins et personnels et auxiliaires médicaux.

Selon la mise à jour de septembre 1984, on trouve à Brazzaville:

- 1 hopital général de 1033 lits
- 4 centres hospitaliers totalisant 541 lits:
- TALANGAI (138)
- MAKELKELE (155)
- Maternité Blanche GOMEZ (118)
- HOPITAL MILITAIRE (130)
- 3 centres médicaux totalisant 117 lits

- 6 infirmeries (53 lits), y compris celle de la maison d'arrêt
- 71 dispensaires sans lit d'hospitalisation.

La restructuration des services de Santé transformera:

l'hôpital général universitaire	en	centre hospitalier
l'hôpital secondaire	en	hôpital général
le centre hospitalier	en	hôpital régional
le centre médical district	en	hôpital de base ou de
l'infirmerie	en	centre de santé intégré rural (avec lit)
		urbain (sans lit)
le dispensaire	en	dispensaire urbain ou de village centre

Seront créés en outre, des postes de secours de village.

Formation

Les médecins et les auxiliaires médicaux sont actuellement formés pour la majeure partie à Brazzaville, avant d'aller éventuellement se spécialiser à l'étranger.

En outre la formation en milieu scolaires, et de nombreuses émissions de télévision et de radio, diffusées en langue véhiculaire et en français, tendent à vulgariser le discours occidental sur la maladie.

L'évaluation de l'efficacité réelle de ce système n'est pas dans notre propos.

* source: Ministère du Plan et Ministère de la Santé

TABLEAU RECAPITULATIF

REGIONS SANITAIRES FORMATIONS SANITAIRES	B/VILLE		KOUILOU		NIARI		LEKOUKOU		BOUENZA		POOL		PLATEAUX		CUVETTE		SANGHA		LIKOUALA		ENSEMBLE DU PAYS	
	Nbre	Lits	Nbre	Lits	Nbre	Lits	Nbre	Lits	Nbre	Lits	Nbre	Lits	Nbre	Lits	Nbre	Lits	Nbre	Lits	Nbre	Lits	Nbre	Lits
HOPITAUX GENERAUX	1	1033	1	644	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	157	-	-	-	-	3	1834
HOPITAUX SECONDAIRES	-	-	-	-	1	170	-	-	1	82	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	252 170
CENTRES HOSPITALIERS	4	541	1	94	1	162	-	-	-	-	1	80	-	-	-	-	-	-	-	-	7	877
CENTRES MEDICAUX	3	117	3	67	3	126	2	146	4	324	3	198	4	266	5	295	2	90	2	97	31	1666*
INFIRMERIES	6	53	6	4*	7	66*	7	109	8	75*	42	493*	8	27*	8	90*	4	24*	2	27	98	968*
DISPENSAIRES	12	-	60	-	36	-	24	-	29	-	16	-	70	-	70	-	20	-	23	-	419	-
TOTAL	26	1744	21	805*	22	324*	23	255	21	399*	52	771*	32	333*	34	722*	26	174	27	124	364 370	5597

N.B. : (*) Chiffres à compléter ultérieurement
... Manque d'Information (Pr) Privé

42 481

564 5597

B R A Z Z A V I L L E

HOPITAUX GENERAUX	LITS	HOPITAUX SECONDAIRES	LITS	CENTRES HOSPITALIERS	LITS	CENTRES MEDICAUX	LITS	INFIRMERIES	LITS	DISPENSAIRES
H. GENERAL	1033			<p align="center"><u>COMMUNE DE BRAZZAVILLE</u></p> TALANGAI MAKELEKELE M. BLANCHE GOMES H. MILITAIRE	138 155 118 130	CLINIQUE GALIBA (Pr)		MAISON D'ARRET		- TROIS MARTYRS (Poto-Poto) - ADULTES DE BACONGO - CENTRE MEDICO SOCIAL DES FONCTIONNAIRES - SMI (Pl 15 Ans) - SMI (Ouenze) - JANE VIALLE - EX ADVENTISTE - D. DE KINTSOUNDI - HYGIENE SCOLAIRE - TENRIKYO - CENTRES MEDICO SOCIAUX - S.O. N°1 - SPORTIF - A.T.C - MUNICIPALITE - OFRACON - O.N.P.T - RNEP - SUTEXCO - SNE - SNEE - C.S.C - C.N.P.S (4) <u>D.PRIVES</u> - ARMEE DU SALUT (2) - AIR AFRIQUE (2) - PETITES SOEURS DOMINICAINES - U.C.B - S.C.X.N - CABINET DENTAIRE PL. 15 ANS - POLYCLINIQUES DR. SAMBA D. (2) - KRONENBURG - SAVCONGO - PRIMUS - BCC - HOTEL COSMOS - INTER-ENTR. (2) - EPICENTRE (2) - STAT - C.I.S - C.C.S.C - C.F.A.D

ANNEXE III

M.T.V./

PRESIDENCE DU CONSEIL
DES MINISTRES

SECRETARIAT GENERAL DU
GOUVERNEMENT

REPUBLIQUE POPULAIRE DU CONGO
Travail -- Démocratie -- Paix

DECRET N° 84/151 du 7 /02/84

Portant application de la Loi n° 21/80 du
10 Octobre 1980, relative à l'exécution de
l'article 18 de la Constitution sur la Liber-
té de Conscience de la Religion.

LE PRESIDENT DU COMITE CENTRAL DU PARTI CONGOLAIS
DU TRAVAIL, PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE, CHEF DE
L'ETAT, PRESIDENT DU CONSEIL DES MINISTRES,

(/u la Constitution du 8 Juillet 1979;

(/u la Loi n° 25/80 du 13 Novembre 1980 portant amendement de l'article 47 de la
Constitution ;

(/u la Loi n° 21/80 du 10 Octobre 1980 relative à l'Application de l'Article 18
de la Constitution sur la Liberté de Conscience et de Religion;

(/u le Décret n° 79/154 du 4 Avril 1979 portant nomination du Premier Ministre,
Chef du Gouvernement ;

(/u le Décret n° 80/644 du 28 Décembre 1980 portant nomination des Membres du
Conseil des Ministres;

(/u le Rectificatif n° 81/016 du 26 Janvier 1981 au Décret n° 80/644 du 28 Décem-
bre 1980 portant nomination des Membres du Conseil des Ministres;

(/u le Décret n° 81/017 du 26 Janvier 1981 relatif aux intérim des Membres du
Conseil des Ministres;

(/u le Décret n° 83/320 du 3 Mai 1983 portant nomination d'un Membre du Conseil
des Ministres;

(/u le Décret n° 83/771 du 11 Octobre 1983 portant attributions et réorganisa-
tion du Ministère de l'Intérieur;

(/u le Décret n° 77/548 du 3 Novembre 1977 portant création, attributions et orga-
nisation du Secrétariat Général à l'Administration du Territoire;

Le Conseil des Ministres entendu;

D E C R E T : .

ARTICLE 1ER.— En dehors des Sept (7) Associations Religieuses ci-après :

- 1°)- Eglise Catholique ;
- 2°)- Eglise Evangelique du Congo;
- 3°)- Armée du Salut
- 4°)- Eglise du Christ sur la Terre par Simon KIBANGOU ;
- 5°)- Tenrikyo ;
- 6°)- Comité Islamique du Congo(Musulman) ;
- 7°)- Mission Prophétique LASSY Zéphyrin ;

Reconnues par l'Etat Congolais, toute personne se proposant soit d'établir un
culte d'ouvrir un établissement ou un édifice consacré au culte ou à l'enseignement
Religieux en République Populaire du Congo, est tenue d'en faire une déclaration
adressée au Ministère de l'Intérieur.

Une déclaration préalable et identique sera faite à l'Administration de la Région, du District ou de la Commune de sa Résidence.

Outre les renseignements exigés par l'Article 4 de la Loi n° 21/80 du 10 Octobre 1980, chaque déclaration fera connaître le nom, l'objet et le siège de l'Association ou de la Secte Religieuse. Elle devra être accompagnée de la remise des Statuts en deux(2) exemplaires.

ARTICLE 2.- L'Association ou la Secte Religieuse ne peut exercer son Ministère qu'après réception d'un récipissé dûment signé du Ministère de l'Intérieur.

ARTICLE 3.- Les Associations ou Sectes Religieuses reconnues sont tenues d'informer le Ministère de l'Intérieur de tous les changements survenus dans leur Administration, ainsi que toutes les modifications apportées à leurs statuts.

ARTICLE 4.- Tous groupements de fait, toutes Sectes ou Associations Religieuses exerçant en République Populaire du Congo depuis la promulgation de la Constitution du 8 Juillet 1979, doivent cesser leurs activités sous peine de sanctions prévues à l'Article 8 de la Loi n° 21/80 du 10 Octobre 1980 s'il ne se sont pas conformés aux dispositions du présent Décret deux(2) mois après sa publication.

ARTICLE 5.- Il ne peut être reconnu qu'une seule Secte ou Association Religieuse pour un même prophète.

Les Sectes apparentées ne seront pas reconnues.

ARTICLE 6.- L'utilisation des Activités des Associations et Sectes Religieuses à des fins personnelles est strictement interdite.

ARTICLE 7.- Pourront être dissouts par Décret sans préjudice des poursuites judiciaires de leurs responsables, tous groupements, Associations et Sectes Religieuses reconnus par l'Etat mais dont les buts réels, les activités ou les agissements se seront révélés contraires à l'ordre public ou à la moralité Publique.

ARTICLE 8.- Sera punie de peine prévues à l'Article 8 de la Loi n° 21/80 du 10 Octobre 1980, tout maintien ou toute reconstitution ou toute tentative de maintien ou de reconstitution d'une Secte ou d'une Association Religieuse dissoute.

ARTICLE 9.- Sont abrogées toutes dispositions antérieures contraires au présent Décret, notamment le Décret n° 78/076 du 8 Février 1978.

ARTICLE 10.- Le Ministre de l'Intérieur est chargé de l'exécution du présent Décret qui sera enregistré publié au Journal Officiel et communiqué partout où besoin sera, dans les conditions fixées par l'Article 3, alinéa 2, et par l'Article 4 de la Loi n° 21/80 du 10 Octobre 1980./.-

Fait à Brazzaville, le 7 Février 1984

PAR LE PRESIDENT DU COMITE CENTRAL
DU PARTI CONGOLAIS DU TRAVAIL,
PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE, CHEF
DE L'ETAT, PRESIDENT DU CONSEIL DES
MINISTRES,

Colonel Denis SASSOU-NGUESSO.-

LE PREMIER MINISTRE, CHEF
DU GOUVERNEMENT,

Le Ministre de l'Intérieur,

Colonel Louis Sylvain GOMA.-

Colonel François Xavier KATALI.-

Le Ministre de la Justice,
Garde des Sceaux,

Capitaine Dieudonné KIMBEBE.-

**LISTE DES ASSOCIATIONS ET SECTES RELIGIEUSES AYANT
OBTENU LEUR RECONNAISSANCE OU LA REPRISE DE
LEURS ACTIVITES EN REPUBLIQUE POPULAIRE DU CONGO**

N° D'OR- DRE	DESIGNATION	RESPONSABLE	SIEGE SOCIAL	DATE DE DEPOT	OBSERVATIONS
1	Le Centre Spirituel de Vahili-Congo	MAZIKOU Joseph	Quartier Kinsoundi BP. 3100 B/VILLE	7/05/1980	1
2	Le Trinitisme sur la terre	MBON Henri	Rue Nkombo Chicka n° 41 Mikalou	27/11/80	4
3	Eglise du Saint-Es- prit	Albert NDONGANI	Rue Bonga n° 4 Mou- gali B/VILLE	6/11/80	
4	Communauté des Egli- ses du Saint-Esprit	FOUNDA Bernard	7, Avenue Princi- pale Makélékélé	22/8/80	
5	Eglise du Saint-Es- prit en Afrique	NKETANI Dominique	265, rue Jacques Mayassi Makélékélé	20/10/80	1
6	Union des Eglises Dieudonnistes du Congo	BOURANGON Adolphe	86 rue Balloys Oue- nzé B/VILLE	9/7/80	
7	Mystique Ordre Ndun- dzia Mpungu	BACKWELA-NGOMA	68, rue Mayoma Makélékélé B/VILLE	6/8/80	1
8	Assemblées de Dieu de Pentecôte	ESSAIE DEMBA	BP. 703 B/VILLE	24/9/1979	
9	Eglise de Dieu	Jean-Baptiste BAFOU- GUSSA	BP. 216 B/VILLE	8/7/80	

ANNEXE IV

10	Mission Américaine du Congo	Jean TCHIALOUNGOU	120, rue Ossio Talangaï B/VILLE	2/1/80	
11	Fraternité de la Sainte Croix	BEMBA-Aaron et DEBOLO Jacques	1572, Av. des Trois Martyrs Quartier Batignoles B/VILLE	10/12/80	4
12	Eglise Sacré-Coeur	PaeW. ICHIKA	Rue Linzolo n° 86 Ouenzé B/VILLE	26/8/80	
13	Eglise Néo-Apostholique	MPAYI-KHAMBA	328, rue Mère Ma- rie Bacongo B/VILL	21/11/80	6
14	MISPROZA	BATIAKA -KIBENGA	BP.5062 Ouenzé B/VILLE	1/10/80	
15	NDUNDZIA - MPUNGU	NTSIABANFOUMOU	Quartier Kinsoundi B/VILLE	29/11/80	
16	Eglise de Réveil	YOMBO Gilbert	N°2 rue Kimbota Moungali B/VILLE	21/11/1980	
17	Mission de Jésus-Christ sur la Terre	MABOULOU -MA-MPANDI Victor	Rue Moukoundzi-Ngo aka -Aaron Makélé- kélé B/VILLE	4/8/80	
18	Eglise des Noirs en Afri- que	BOUZÉKI Michel	58, rue Voula quar- tier Météo B/Ville	5/5/81	
19	EGLISE CONGOLAISE DU Salut	MAYALA -MALONGA	163, rue Mayama Moungali B/VILLE	2/9/80	

10	Lo Message de Dieu révèle pour notre temps	Jacques HILL MATA	246 rue Madzia Plateau des 15	29/09/80
21	Bola Mananga	ZINGA Paul	140, rue Mpassi Masséké ex rue Ber- loiz Bacongo	22/09/80
22	La Resurrection de Jé- sus Christ	MIYOUNA Etienne	92, rue Ngangou- ni B/VILLE	26/11/80
23	Communauté des Eglises du Saint-Esprit	MASSAMBA Daniel	16, rue Kouyous Poto-Poto B/Ville	06/08/80
24	MAHOUILA -MATSCUA	BINGUI Dieudonné	162, rue Makoko Poto-Poto B/Ville	27/12/80
25	L'Eglise des Apôtres par le Saint-Esprit	MALANGA KIYOUNGUILA	1, rue Malonga Etienne Mikalou	12/01/80
26	Légion Spirituelle de la Sainte Lumière	MIAKELANTIMA Joseph	113, rue Monsei- gneur BIECHY Ma- kélékélé B/Ville	3/01/81
27	Secte Thamaricien	MALANDA Eugène Thamard	BP. 7197 M'Filou Ngamaba	24/02/81
28	Mission Prophétique	KINATA Jean - Louis	154, rue N'kouka Loubofo Bacongo	03/03/81
29	Eglise Catholique Li- bérale	M'VCUNZI Louis	Rue Kouma n° 70 Ouenzé B/Ville	18/11/81
30	Respectable Loge Oecu- ménique Congolaise	M.A. BINDIKOU	76, rue Moukoundzi Ngouaka Makélékélé	27/12/80

31	Réligion Traditionnelle Ayelessili	ONARI Sébastien	241 rue Mboko Ouenzé B/Ville	22/12/80
32	Eglise Adventiste du 7 ^o jour	ZEHNACKER	BP. 4053 PTO- Pto.B/Ville	04/07/80
33	Les Temoins de JEHOVAH	GOULOUBI Maurice	1615 Avenue Fulbert Youlou Makélékélé B/Ville	07/01/81
34	Société Théosophique du Congo	N'DILOU-N'DILOU	623, rue Fran- ceville Ouenzé	23/03/81
35	Secte l'Ange de l'Eternel	MOUKENGUE Basile	33, rue Lamy Bacongo	17/12/80
36	L'Eglise des 7 Anges	BAYIDIKA Prosper	Quartier Télé- vision (District Ngenaba	27/05/81
37	Fraternité Mondiale d'En- seignements des Maîtres Cosmiques	MIABILANGANA Ja- cob	284, rue Ba- yonne Bacongo	03/01/81
38	Réligion des Croyants A- fricains au Christianis- me	TCHISSAMBOU Jo- seph	Pointe-Noire	5/03/81
39	Association Rosicrucienne	BAHADILA Gilbert	7, rue Ndouna Makélékélé	09/06/81

40	Fraternité Saint-Michel	Romuald N'TARI	M'Filou B/Ville	16/09/81
41	Lumière du Saint-Esprit	MIKAKEEBI Alphonse	23, rue M'Pila Mi- kalou B/Ville	19/04/81
42	Assemblée Spirituelle Régionale des BAHIE	MBEMBA François	BP. 2094 B/Ville	16/03/81
43	Eglise Catholique Charis- matique du Congo	NKOUAKOUA Narcisse	BP. 3015 59, rue Balmalou Kin- soundi B/ville	24/11/81
44	Association Culturelle Mondiale MAHIKARI Lumiè- re de Vérité	OMBOUETET Domini- que	147, rue Bacongo Ouenzé B/Ville	27/01/82
45	ASSOCIATION NGUNDZIA	Philippe MBEMBA	48, rue Gérard à Loubono	18/01/82
46	DIBUNDU DIA MPEVE YA LON- GO	MCUNDZA Pierre	Kimbédi gare Vi- llage Bikénéné	14/01/81
47	Fédération des Eglises du Saint-Esprit au Con- go	BOUKA Joseph	75, rue Mbétis Poto-Poto B/Vil	05/02/83
48	Eglise Christianisme Prophétique	Albert LASSY	Pointe-Noire BP 380	26/11/81
49	Centre Jessenon	MIETOUKOUENDILA	10, rue Louono Moungali B/Ville	07/04/82
50	Fraternité Blanche Uni- verselle	NTARI Marcel	BP. 28 B/Ville	02/09/82
51	Eglise Evangelique de l'alliance du Congo	KONDE KU	BP. 136 B/Ville	30/12/82

52	Communauté de l'Eglise du Christ au Congo	LOKO Michel	32, rue Abolo Moun- gali B/Ville	20/02/83
53	La Religion Ngoundza Boulanananga	TSCUALA Auguste	Rue Ngoto Tchissambou Bacongo B/Ville	05/08/83
54	Eglise Prophétique du Congo	SOUKISSA-DIBA- WAYA Joachim	BP. 7.088 Q. 15 bis Stade de la Révolu- tion	05/09/83
55	Eglise Evangelique Nouvelle	E. MBAMA	BP. 58 Madingou	18/09/83
56	Eglise Evangelique au Congo	J. MBOUNGOU	BP. 3205 Bacongo	25/08/83
57	Eglise Bodhiste	EYOWA-KAYEMBE KASUMBI	BP.15.982 Zaïre	5/12/83
58	Eglise du Christ Sacré-Coeur	AWOUBA Albert	86 Rue Linzolo ouenzé	20/03/1984
59	L'Ordre Renové du Temple	ELENGA Bernard	20, rue Okoulou Ta- langai B/Ville	20/11/83
60	Association les BAHAI'S	Raphaël MOFAOUE	16, rue des Martyrs	10/02/84
61	Secte Dibundu ya nzambi npu- gu	Eugène Thamar MALANDA	BP.467 Pointe-Noire	11/01/84
62	Ordre Mvulusi Nzambi Bakisi Bansi	MENO Véronique	Centre de Tchinaribi District Hinda	26/12/83
63	Secte Religieuse Ngunza	LIONGOU-NZAOU Laurent	LOUBOMO	21/12/81
64	Eglise Saint-Esprit	GODZIA Adrien	7, rue Mossendjo Mikalou	22/05/84

65	Communauté Evangelique du Saint-Esprit du Zaïre	LUKUTU KAPITA MASSAMBA	Paroisse EBONDA N°18 Localité Inga Zone de Ndjili Kinshasa	20/10/79
66	Eglise du Saint-Esprit	BABAKISSA Elisabeth	52, rue Kongo Cuenzé B/Ville	23/9/84
67	Eglise du Christ du Zaïre ou Communauté du Saint Es- en Afrique	NKENTANI Dominique KIMBADA	KIMBADA KINGOUAGO (Boko-Songho)	20/05/80
68	Eglise Catholique Libérale Sainte Croix	P. Clovis MPASSY	BP. 4072 B/Ville	2/03/84
69	Les Scientistes Chrétiens	BCUCONGOU Guy-Gervais	BP. 1688	23/04/84
70	MVULUSI NZAMBI BAKASI-BAN- SI	MINDOUDI Appolinaire	B.P. 1665 P.Nre	27/06/84

69/80

3.3.

Itinéraire thérapeutique des consultants et
des hospitalisés dans le service de Psychiatrie
de l'Hopital Générales de Brazzaville.

64 patients venant pour la première fois dans le service de psychiatrie (pour consultation ou hospitalisation) ont été interviewés dans le but de mieux apprécier l'itinéraire qui les y a conduits, à l'aide d'un questionnaire préétabli, en 1983.

Cet échantillon restreint s'explique par le fait que cette étude a été accomplie en même temps que le travail quotidien dans ce service. Une fois exclus, les patients déjà venus dans le service, seules des considérations de temps ont pu "sélectionner" les individus de cet échantillon.

Les entretiens réunissaient le patient, les membres de sa famille présents, un infirmier au moins et le médecin ; cette façon de faire est habituelle pour toute consultation médicale au Congo.

Les diagnostics retenus pour ces patients sont très divers (psychiatriques : psychoses délirantes aiguës, épisodes maniaco-dépressifs, délires chroniques..., neurologiques : confusion mentale d'origine organique, trypanosomiase, épilepsie).

SEXE : 31 femmes et 33 hommes

Age : L'âge moyen est de 28 ans $\frac{1}{2}$ (calcul pour lequel ont été exclus 2 enfants de 5 et 12 ans).

La différence d'âge entre les hommes et les femmes n'est pas significative : 1/4 des patients est âgé de plus de 40 ans.

Niveau scolaire : On relève que en dehors des personnes assez âgées qui n'ont jamais été scolarisés, la répartition se fait autour du niveau 3e, ce qui semble refléter le niveau scolaire de la population de cet âge.

Seuls 10 patients ne parlent pas du tout le Français (l'infirmier sert alors d'interprète).

Les origines ethniques et les lieux de naissance sont très divers, avec bien sûr une nette prédominance pour les natifs du Sud (groupe Kongo).
Seuls 14 patients sont nés à Brazzaville.

Lieu d'habitation

- 39 patients habitent habituellement Brazzaville;
- 10 patients habitent habituellement Pointe-Noire.

et 15 viennent d'ailleurs que de ces 2 villes;

- 18 patients sont venus habiter Brazzaville en raison de la maladie;
- 4 ont changé de domicile dans Brazzaville-même en raison de leur maladie (prise en charge par la ligne maternelle).

Professions-Activités :

- 24 sont des Ecoliers - Etudiants
- 12 sont des salariés (dont 2 instituteurs)
- 10 sont des ménagères ou cultivatrices
- 7 occupent des petits métiers ou sont artisans
- 10 sont inactifs (habituellement)
- 1 enfant de 5 ans.

Religions :

- 34 se disent catholiques
- 23 se disent protestants
- 2 se disent pentecôtistes
- 2 se disent kimbanguistes
- 1 se disent matsouanistes.
- 2 se disent sans religion.

La décision de venir consulter en psychiatrie est prise par :

- le patient lui-même : 8 fois
- le père : 15 fois
- un frère : 10 fois
- le mari : 7 fois
- la mère : 5 fois
- un fils : 4 fois
- l'oncle maternel : 4 fois
- une soeur : 2 fois
- autres : dans un cas le grand oncle maternel, le fils de l'oncle maternel, la soeur de la mère, la fille, l'épouse, le mari de la soeur, le mari de la fille, un ami; une seule hospitalisation est une décision de justice.

On remarque la prédominance des hommes parmi ceux qui décident de cette démarche.

Plus de la moitié (37) disent être à la charge de celui qui a pris cette décision. C'est également lui qui est souvent désigné comme ayant le pouvoir de décision dans la famille.

Dans cet échantillon, à prédominance Kongo (système matrilinéaire), le pouvoir de décision ne semble donc pas réservé - en matière de choix de ~~soins~~ - à la lignée maternelle (oncle maternelle, enfants) : on note l'importance de l'avis du père et du mari.

Peut-être observe-t-on, cela doit être vérifié, à un transfert de compétence et d'initiative du recours thérapeutique lorsqu'il est question de médecine occidentale.

Ces notions devront être précisées par comparaison avec les résultats de l'enquête faite dans une secte à vocation thérapeutique étudiée par ailleurs.

Lors de ces entretiens, la décision d'hospitalisation apparaît donc le plus souvent comme celle d'un homme.

Cependant, durant toute l'hospitalisation, chaque patients est accompagné d'une femme de sa famille (la mère ou une soeur le plus souvent). Celle-ci ne se présente pas toujours au médecin lors des entretiens avec le malade, (souvent la mère ne parle pas ou peu le Français), mais il nous semble évident qu'elle a un rôle important, de fait sur la mise en oeuvre du traitement.

Ce rôle n'a pas été suffisamment précisé par cette enquête.

L'itinéraire thérapeutique précédant la consultation ou l'hospitalisation a été explorée à l'aide d'un questionnaire mais nous nous sommes toujours efforcé de rester discret dans une situation qui, avait pour premier objet la demande par le patient ou sa famille d'une aide thérapeutique.

Nous sommes donc bien conscient d'une possible réticence de certains patients ou de leur famille ; notre statut d'étranger n'y est pas sans rapport également.

Néanmoins, nous avons pu constater l'abondance des réponses et sans doute le fait de montrer de l'intérêt pour ces démarches était-il bien ressenti en ce lieu de médecine occidentale qui a pour l'habitude de nier, d'ignorer ou de discréditer celles-ci.

Parmi les 64 patients :

- 7 disent ne pas avoir consulté ailleurs
- 19 disent avoir consulté une fois
- 14 disent avoir consulté deux "soignant" auparavant
- 10 disent avoir consulté trois "soignants" auparavant
- 7 disent avoir consulté quatre "soignants" auparavant
- 7 disent avoir consulté plus de 5 soignants.

Ce qui représente 153 consultations.

Ces 153 consultations s'adressent :

- 59 fois à des prieurs
(sectes, etc...)
- 39 fois à des praticiens "traditionnels"
(herboristes, "féticheurs", voyants...)
- 36 fois à des médecins de formation occidentale ou
chinoise
- 19 fois à des infirmiers ou assistants sanitaires.

Ce résultat confirme bien l'impression d'un développement important des sectes et notamment de leur activité thérapeutique.

Ce travail est encore en cours d'analyse. Il sera enrichi de l'étude de la secte thérapeutique du quartier de Nganguoni et de notre travail sur les psychoses délirantes aiguës achevé en juin 1984.*

* ("les Psychoses délirantes aiguës au Congo, à propos de 111 cas",
Mémoire de médecine tropicale, Aix-Marseille II, 1984)

NOTE SUR LA VALORISATION ET LA DIFFUSION DES TRAVAUX
DU PROGRAMME "SANTÉ ET URBANISATION A BRAZZAVILLE"
(centre ORSTOM de Brazzaville)

L'objectif du programme "Santé et Urbanisation à Brazzaville" est d'aboutir à des propositions concrètes en matière de santé publique. Ces propositions s'adressent en premier lieu aux pouvoirs publics (responsables de la santé, de l'hygiène et de l'assainissement, de l'éducation) *.

Il est important que ces propositions soient entendues par le plus grand nombre. Aussi, la diffusion des travaux du programme devrait concerner non seulement les spécialistes de la communauté scientifique internationale et les responsables de la santé, de l'hygiène et de l'assainissement, et de l'éducation, mais également les personnels et usagers des établissements.

Depuis avril 1983 (date des débuts des travaux du programme) la valorisation et la diffusion de nos recherches ont pris des formes diverses : encadrement d'étudiant, communications à des séminaires, émissions de télévision, montages audio-visuels **.

A l'issue des différents montages audio-visuels, exposés, et émissions de télévision animés par des membres du programme,

* cf. notre document "Programme Santé et Urbanisation à Brazzaville. Objectifs, démarche, opérations de recherche". Brazzaville, septembre 1984, 32 p.

** cf. annexe I.

il est apparu que le support audio-visuel avait un impact - considérable tant sur les décideurs que sur les usagers. Il s'avère nécessaire de poursuivre dans cette voie pour faire connaître à un plus large public nos travaux tant à des fins d'information qu'à des fins éducatives.

A l'avenir nous envisageons de développer l'utilisation du support audio-visuel et notamment de proposer des séances d'animation aux établissements concernés par les objectifs et propositions du programme*.

Pour mener à bien la réalisation des opérations de valorisation et de diffusion de nos recherches, nous y avons consacré une partie modeste de notre budget de fonctionnement et nous nous sommes assuré la collaboration d'un professionnel de l'audio-visuel.

Brassaville
octobre 1984

* cf. annexe II.

ANNEXE I.

1. Encadrement d'étudiants et de stagiaires.

- Jérôme BUYA. Etudiant du département de Géographie de l'université Marien Ngouabi. Réalisation d'une enquête dans le cadre du programme sur l'assainissement des quartiers de l'est de Brazzaville (juin-août 1984). Préparation d'une thèse de 3e cycle sous la direction du Professeur SAUTTER à l'université Paris-I.
- Jacques WAMBA. Etudiant du département de Géographie de l'université Marien Ngouabi. Mémoire de licence sur l'aire d'influence de l'hôpital de Makelakela (septembre 1983).
- Guy Blaise KOUKA. Etudiant du département de Géographie de l'université Marien Ngouabi. Participation à l'étude sur la nutrition en milieu scolaire (mai-juin 1984). Préparation d'un mémoire de maîtrise à l'université Marien Ngouabi sur l'approvisionnement de Brazzaville à partir de villages situés sur la voie du Chemin de Fer Congo-Océan (direction Jacques SENECHAL).
- Ange Célestion GANGA. Etude sur les techniques diagnostiques des parasitoses intestinales. Préparation d'un diplôme de licence d'exercice en pharmacie (sous la direction du Professeur LEGER). Université de Reims.
- Ange MINGUI. Mémoire de maîtrise de Géographie de la Santé : "Paludisme et climat à Brazzaville". Mémoire soutenu en septembre 1984 ; direction du mémoire : Professeur Samba KIMBATA, président du jury : Marc LALLEMANT.

2. Communications, audio-visuels et participation à des rencontres scientifiques.

- "Programme Santé et Urbanisation : une recherche pluridisciplinaire". Communication de Marc LALLEMANT et Bruno CALLU. Premières journées géographiques du Congo (Brazzaville, avril 1983).
- "Les maladies de l'environnement à Brazzaville". Communication de Jannick LANCIEN et Marc LALLEMANT ; audio-visuel réalisé par Michel MASSAL et Jannick LANCIEN. Séminaire sur l'environnement à Brazzaville (Brazzaville, septembre 1983).
- "L'approvisionnement alimentaire et la distribution des vivres : le cas de Brazzaville". Communication de Marc LALLEMANT et Jacques SENECHAL. Séminaire de toxicologie alimentaire de l'AUFELF (Brazzaville, 1984).
- "Géographie et Santé". Communication de Marc LALLEMANT et Jacques SENECHAL. Conférence dans le cadre de l'Union des Géographes congolais (Brazzaville, juin 1984).
- "Urbanisation et problèmes socio-sanitaires à Brazzaville". Audio-visuel réalisé dans le cadre de l'Association des Géographes Congolais et projeté pendant 15 jours au Centre Culturel Français de Brazzaville. Texte : Marc LALLEMANT, Jacques SENECHAL et Michel MASSAL ; réalisation : Michel MASSAL et Jacques SENECHAL (juin 1984).
- Présentation du programme "Santé et Urbanisation à Brazzaville" (posters) aux journées scientifiques du Congo (juin 1984).
- Participation à la consultation O.M.S. sur la place de la médecine traditionnelle dans le système de santé. Document d'information de Marc LALLEMANT (Brazzaville, juin 1984).
- Audio-visuel d'illustration de la conférence du médecin responsable des soins de santé primaires au bureau régional de l'O.M.S. sur l'éducation pour la santé communautaire. Texte et réalisation : Marc LALLEMANT et Jannick LANCIEN (mai 1984).

* Participation à des émissions télévisées de vulgarisation scientifique :

- Trois émissions sur la drépanocytose. Emissions "Microscope" de Télé-Congo (1983-1984).

- Trois émissions sur le paludisme et sa prévention. Emissions "Microscope" de Télé-Congo (1984).

- Emission sur le phénomène rubain et ses problèmes dans le cas de Brazzaville. Emission "Un certain regard sur..." de Télé-Congo. Participation de Jacques SENECHAL, Antoine MAPANGUI, Michel MASSAL (1984).

ANNEXE II

En préparation :

- Audio-visuel de présentation des objectifs et opérations de recherche du programme Santé et Urbanisation à Brazzaville pour les journées scientifiques du C.R.E.T.H. (novembre 1984).
- Texte et réalisation : Marc LALLEMANT, Marc-Eric GRUENAIIS et Michel MASSAL.
- Montage audio-visuel sur le groupe religieux thérapeutique de Makélékélé. Séquences vidéo et photographies réalisées par Gonzague JOURDAIN, Marc LALLEMANT et Jannick LANCIEN. Collaboration du laboratoire audio-visuel de l'ORSTOM Paris et de Antenne 2.

Projets :

- Réalisation d'un document sur l'accès à l'eau, l'hygiène, l'assainissement et la santé à Brazzaville (en collaboration avec les services de l'hygiène et de l'assainissement de Brazzaville).
- Document sur les problèmes de grossesse en milieu scolaire, les maladies sexuellement transmissibles, l'avortement et le planning familial.
- Constitution d'une photothèque sur les problèmes socio-sanitaires liés à l'urbanisation.

Résumé scientifique

PRISE EN CHARGE ET ITINERAIRES THERAPEUTIQUES, LA LOGIQUE DES CHOIX

Si l'Afrique Noire est encore un continent rural, l'urbanisation y a pris depuis trente ans l'allure d'une véritable explosion.

Ce phénomène urbain pose-t-il en matière de santé des problèmes nouveaux, spécifiques? Comment dans ce nouveau milieu, caractérisé notamment par la multitude des recours thérapeutiques possibles, se fait l'articulation : offre, demande et besoins en matière de santé?

C'est dans ce cadre de réflexion très général que s'inscrit la recherche proposée.

Lors d'une enquête antérieure, nous avons observé que les patients, au cours d'itinéraires thérapeutiques complexes, qu'ils élaborent eux-mêmes ou avec leur groupe social, s'adressent successivement ou simultanément à des structures de soins souvent très différentes notamment en ce qui concerne leurs affirmations sur la maladie mentale et leurs approches thérapeutiques. Nous nous proposons comme terrain d'enquête privilégié trois de ces structures : le service de Psychiatrie (structure typiquement occidentale), une secte prophétique (d'inspiration kimbanguiste) et une secte religieuse pentecotiste (réputée à Brazzaville pour prendre en charge les problèmes de maladie mentale).

Il ne nous semble pas que l'utilisation de ces structures très différentes soit complémentaire (au sens où il est couramment admis en France, par exemple, que la psychothérapie pourrait être complémentaire de la chimiothérapie).

Notre hypothèse est que ces démarches apparemment contradictoires, participent des mêmes présupposés de la part des utilisateurs ou encore de conflits inconscients d'une même nature.

Cette hypothèse d'unicité pourrait donc être aussi bien testée par des méthodes cliniques que des méthodes propres à l'anthropologie:

- tentative d'approche clinique de problématiques individuelles auxquelles répondraient le groupe "thérapeutique" ("fausses guérisons"?);

- mise en évidence d'éventuels présupposés à propos des structures de soins et de leurs représentants, replacés dans leur contexte culturel (accumulation de "force vitale", etc.).

Cette recherche, bien que menée dans un pays étranger, devrait permettre l'élaboration d'outils (ou tout au moins de concepts intermédiaires) de portée plus générale, permettant d'analyser d'une part le réseau de prise en charge des problèmes de Santé mentale (réseau qui comprend des points forts : des structures, des thérapeutes plus isolés, mais aussi des groupes sociaux dont les objectifs premiers n'ont pas forcément de rapport avec la Santé mentale), d'autre part d'analyser l'ajustement de ce réseau tant à la demande individuelle qu'à une demande envisagée en termes de Santé publique.

Les rapports entre les besoins, les demandes et les réponses en matière de Santé ont été d'abord étudiés à partir des itinéraires thérapeutiques de deux groupes de malades

- d'abord les enfants atteints de rougeole, hospitalisés à l'Hôpital général et à l'Hôpital de Makélékélé.

- ensuite les patients s'adressant pour la première fois au Service de Psychiatrie de l'hôpital général de Brazzaville.

L'idée de départ était que la rougeole, connue de toutes les mères de famille sous le nom de "kintuntu", donnerait lieu à des itinéraires et des recours thérapeutiques relativement stéréotypés. A l'inverse, on pouvait penser que la "maladie mentale" permettrait d'observer tout l'éventail des possibles.

L'analyse de ces deux enquêtes a montré que, pour la rougeole, le recours de première intention était le dispensaire le plus proche et que l'hospitalisation intervenait pratiquement de façon systématique à la moindre complication. C'est à la survenue de ces complications qu'un recours aux thérapeutes "traditionnels" est envisagé par la famille. (Nous parlons bien ici des recours et non de l'explication de la maladie qui, de toute façon, est donnée dans son cadre culturel. Il n'y a pas exclusion de ces recours bien que ceux-ci puissent entraîner, à nos yeux, une incohérence dans le suivi thérapeutique de l'enfant.

Pour les malades s'adressant au service de Psychiatrie, le recours à la médecine occidentale en première intention reste l'exception, et ce type de recours reste certainement minoritaire. Il n'y a pas ici non plus, exclusion des recours, tout au moins pour les patients qui à un moment de leur histoire s'adressent au service de Psychiatrie.

C'est dans ce service que l'un d'entre nous (G. Jourdain) a travaillé pendant un an, au titre de la Coopération technique française, en tant que médecin psychiatre adjoint au chef de service, le Dr Bilongo-Manéné. Il s'agit d'une structure hospitalière publique conçue sur le modèle occidental.

D'origine culturelle différente, ne connaissant pas les langues locales, il lui était paradoxalement demandé d'y assurer des soins psychiatriques.

En raison d'un travail antérieur sur une structure de soins unique en France, s'occupant du traitement de malades alcooliques, un certain nombre de questions avaient déjà été abordées :

- l'itinéraire thérapeutique de ces patients à travers les structures existantes en France;

- le mode de prise en charge spécifique de cette institution :

1) médicalisation et utilisation du discours médical et de ses effets idéologiques;

2) sociothérapie : c'est à ce niveau qu'un "modèle anthropologique" a été utilisé, permettant de repérer les différentes étapes du processus de la cure :

.. sevrage (sevrage des boissons alcoolisées, avec prévention médicale du risque de delirium tremens : perfusions, vitaminothérapie,...)

.. initiation et ses rapports à la mort ("épreuve" de la réaction antabuse *, réalisée en groupe, sous surveillance médicale)

... accès à la culture et appartenance au groupe (cours d'information sur les effets de l'alcool, sur son utilisation dans la société française, introduction à la notion de vie saine par l'abstinence).

C'est ainsi que toute la question de l'identité avait été posée à travers les effets du groupe et d'un discours spécifique conduisant au paradoxe suivant:

Objectif de la cure : "je suis un alcoolique ... appartenant à un groupe d'anciens buveurs".

Dans ce contexte, nous avons été confronté directement à la question de l'identification dans son rapport à la culture, au savoir, aux discours dominants et au fonctionnement de groupe :

"On peut dire que la névrose exerce sur la foule une action désagrégeante, exactement comme l'état amoureux... Il n'est pas non plus difficile de reconnaître dans tous les liens aux sectes et communautés mystico-religieuses ou philosophico-mystiques l'expression de la fausse guérison de névroses diverses". (S.Freud.- Essais de Psychanalyse; Psychologie des foules et analyse du moi)

Cet écrit de 1921 pose le problème, mais le débat n'est manifestement pas clos aujourd'hui.

Extérieurs à l'institution, nous avons pu réaliser des enregistrements et un montage vidéo présentant sa structure et son projet thérapeutique.

Européen en Afrique, dans une structure de soins occidentale, notre première question a porté sur la demande de soins psychiatriques par des patients qui "disaient" leur souffrance psychologique. Souffrance

psychologique dont on pouvait penser qu'elle puisse être en rapport avec la migration urbaine, ses effets d'acculturation et de désocialisation (ce changement de milieu produit de fait des ruptures qui supposent un réaménagement de ses relations au sein du groupe).

Une première analyse de l'itinéraire thérapeutique des patients s'adressant pour la première fois au service de Psychiatrie a été réalisée (Rapport d'activité ORSTOM 1984). Il en ressort notamment que la grande majorité des patients ne s'adressent pas en priorité à l'hôpital mais à d'autres structures de soins ignorées du système officiel de Santé. Parmi ces structures, apparaissent avec une singulière régularité des groupements d'inspiration religieuse, dans la tradition chrétienne, mais néanmoins ancrées dans la tradition ; tradition ici infléchie et travestie ainsi que le montre F. Hagenbucher, anthropologue qui étudie plus particulièrement ce phénomène au Congo, à propos du mouvement Mvouloussi, à Pointe-Noire.

En marge de ce travail sur les itinéraires thérapeutiques, s'était engagée, avec Abel Kouvouama, philosophe-anthropologue, une réflexion sur les messianismes d'Afrique Centrale et sur leur efflorescence au Congo.

Le Kimbanguisme naît pendant la période coloniale. D'inspiration chrétienne, il marque l'appropriation par les Congolais de la religion importée et a été interprété comme une forme de lutte contre le pouvoir colonial sur son propre terrain.

Kimbangu annonce un monde meilleur, d'égalité, et dès son origine est crédité du pouvoir de guérir.

Ces préoccupations nous avaient amené à explorer l'univers de ces "sectes" (ce terme est utilisé au Congo. Lorsque nous l'utiliserons, il n'aura jamais la connotation négative qui lui est donnée actuellement en France).

Nous avons alors pris contact avec de nombreux groupes thérapeutiques et praticiens traditionnels, notamment à Brazzaville :

1- visite à des praticiens se réclamant de la tradition, qui ont des interventions thérapeutiques diverses :

- . utilisation de plantes médicinales, et de potions dont le mode d'action fait référence à la fois à des connaissances empiriques d'herboristerie et à leur symbolique dans l'univers traditionnel ;

- . interventions dans la résolution des conflits sociaux et familiaux.

Ces deux modes d'intervention sont souvent étroitement mêlés (la visite du Centre expérimental de l'Union des

TradiPraticiens Congolais fait apparaître clairement le recours à des pratiques magico-religieuses recouvertes par un discours de type médical, et/ou d'inspiration marxiste, l'efficacité restant la justification ultime...)

2- prise de contact avec des communautés religieuses : parmi celles-ci, se distingue une secte pentecotiste, dont le recrutement est considérable et qui réalise une véritable structure hospitalière dans la mesure où elle héberge plus de 1000 malades. Elle est très connue des Brazzavillois. De nombreux patients du Service de Psychiatrie y ont recours. Notre attention est attirée par ce qu'en disent les malades : rigidité de la prise en charge, malades enchaînés et maltraités, fatigués, perturbation des rythmes de veille et de sommeil avec obligation de prières jours et nuits, difficultés pour sortir de la structure contre la volonté de son dirigeant.

C'est lors des enquêtes dans les quartiers, enquêtes visant à explorer les rapports entre morbidité et environnement urbain (habitat, famille, modalité d'insertion urbaine, moyens d'existence, assainissement individuel, environnement immédiat) que nous avons découvert une secte à vocation thérapeutique dont l'emplacement était dans l'aire géographique étudiée. Son rôle, parmi les recours thérapeutiques du quartier présentait, a priori, un intérêt immédiat.

Après une période d'observation de plusieurs mois, il était évident que :

- cette secte avait un recrutement réel, important et non épisodique, datant de plus de dix ans ;
- ses membres étaient acceptés et reconnus dans le quartier par la population ainsi que par l'association congolaise des praticiens traditionnels ;
- enfin, cette secte nous semblait assurer une prise en charge thérapeutique des patients, notamment dans le réel.

La doctrine de cette secte s'inscrit historiquement dans le grand mouvement messianique d'Afrique Centrale et son existence semble liée à la migration urbaine (son recrutement se fait en grande majorité dans le groupe Bembé et plus précisément parmi les originaires de la région de Mouyoumzi).

Le projet d'une étude plus détaillée de cette secte a été alors formulé ; il comprenait plusieurs volets :

- 1) étude démographique et géographique des consultants (origine ethnique, religion, âge, sexe, situation de famille, activités, etc.) ;
- 2) itinéraire des patients, dans les autres structures de soins, avant leur prise en charge dans cette secte ; motivations exprimées de leur choix ; rôle de leur entourage dans la prise en charge ;
- 3) étude du fonctionnement de la secte : modalités de soins (procédés psycho-thérapeutiques dans la mesure où bon nombre des patients sont apparus, selon nos propres critères ainsi que de l'avis des thérapeutes de la secte, présenter des troubles relevant de la maladie mentale) et aspects, à proprement parler, religieux ;
- 4) histoire et avenir de cette secte ;
- 5) place de cette secte dans l'ensemble des recours thérapeutiques du quartier ;
- 6) situation de cette secte parmi les autres mouvements messianiques ou prophétiques.

Les moyens utilisés :

Deux enquêteurs, parfaitement acceptés par la secte, ont enregistré systématiquement tous les événements survenus quotidiennement, pendant un mois. Ils ont réalisé également une série d'entretiens dirigés (plus de trois cents dossiers de nouveaux malades, plus de cent-cinquante dossiers d'anciens malades considérés comme guéris). Tout nous a été donné à voir : la vie quotidienne de la secte, des soignants comme celle des malades hospitalisés, les rituels thérapeutiques, les cérémonies religieuses pluri-hebdomadaires, accueil des malades et de leur famille, les séances de "voyance", quelques rites exceptionnels (baptême, fêtes chrétiennes...), réconciliations familiales, etc.

Deux points méritent d'être soulignés : jamais nous n'avons été "accompagnés" au cours de nos entretiens avec les malades, et l'ensemble des manifestations que nous avons observées prétaient très peu à spectacle. Des entretiens enregistrés sur bande magnétique ont été réalisés avec des malades et les animateurs de la secte.

Notre objectif qui était de décrire avec précision un recours thérapeutique original a été réalisé.

Il n'a jamais été question de mettre en relation notre propre nosographie (elle-même objet d'importantes remises en cause dans son propre cadre) avec les classifications proposées par les thérapeutes de la secte ; pour des raisons encore plus évidentes, nous n'avons pas davantage abordé la question de l'efficacité thérapeutique : nous nous sommes limités à l'écoute des discours des malades et des thérapeutes.

La recherche que nous avons effectuée nous a immédiatement amenés à reposer les questions suivantes :

- pourquoi, malgré les discours péjoratifs qui nous étaient tenus à propos de la secte pentecotiste dont nous avons parlé plus haut (nos propres constatations rejoignent ces discours), cette secte a-t-elle un recrutement si important ?

- pourquoi des patients viennent-ils se faire hospitaliser de leur plein gré dans ce service de Psychiatrie (la loi de 1838 fait partie de l'héritage colonial dans la législation congolaise, mais n'est pas appliquée), ce service apparaissant comme une structure occidentale plaquée en Afrique, et ceci à tous égards : organisation spatiale, fonctionnement, discours, connaissance, pratiques, même si l'on ne peut nier une certaine réappropriation de cette structure par les utilisateurs ?

Nous ne pensons pas que la réponse à ces questions réside dans la multiplication des études monographiques.

Les itinéraires des patients nous amènent à penser que c'est dans l'élucidation des réseaux thérapeutiques qu'ils se construisent eux-mêmes que peut apparaître la logique de leur demande.

L'ensemble de ces réseaux qui constituent, probablement par un abus de langage de notre part, le système de prise en charge des problèmes de Santé mentale ne peut être étudié.

Nous pensons que, si logique il y a, elle ne peut se manifester que dans la rencontre avec les structures traversées. Elle devrait être d'autant plus évidente que ces structures sont diverses et contradictoires.

Ces considérations sur la logique de l'utilisation de ce système nous amène à formuler deux hypothèses :

- sous un angle psychanalytique, se pose la question de l'idéal du moi et de l'identification (et de son ambivalence), et ses effets quant au choix d'un mode de soins et aux satisfactions qui y sont liées; qu'en est-il du Sujet ?

- d'un point de vue plus anthropologique, et dans un contexte de domination, la question de la recherche d'un thérapeute "puissant" qui accumule la "force" qu'elle soit sociale, politique, économique, familiale, etc.);

En effet, nous sommes alors frappés par certains faits :

- dans le service de Psychiatrie, un médecin-chef réputé (il "passe" à la télévision), de formation occidentale, entouré d'un adjoint Blanc et de plusieurs membres du personnel paramédical formés aussi en Europe, et leurs instruments de pouvoir (examens de laboratoire avec "prises" de sang, électro-encéphalogramme, radiographie,...);

- dans la secte pentecotiste, un dirigeant corpulent, ancien sous-officier de l'Armée française, dont l'histoire est le point de départ de tout un mythe, s'entourant de multiples bibles, d'une rigidité et d'un autoritarisme redoutables....;

- dans la secte d'inspiration kimbanguiste, appelée "mission", un "prophète" dont l'habit sacerdotal, la coiffure, l'ascétisme, les conduites ne peuvent pas ne pas évoquer une image de sainteté bien occidentale. Sur un tout autre plan, l'évolution historique des messianismes (considérés comme s'opposant au pouvoir colonial) vers des prophétismes (pouvant s'allier au pouvoir, comme c'est le cas du Kimbanguisme au Zaïre) est peut-être à rapprocher de l'antinomie classique agression/identification.

Pour saisir cette logique, et par là-même forger des concepts d'analyse du système de prise en charge de la Santé mentale, et de son utilisation, il sera probablement suffisant de focaliser l'étude sur les patients (et leur entourage) qui traversent ces structures si différentes au premier abord, mais pour lesquelles il existe peut-être des dénominateurs communs.

La méthode s'appuiera sur l'étude de cas clinique et l'étude du discours sur les structures utilisées : nous nous attacherons à y relever l'histoire de l'itinéraire thérapeutique (en quoi le patient choisit-il celui-ci ? les responsables désignés des initiatives prises : rôle de la famille et de l'entourage, négociations familiales auxquelles elles donnent lieu), les modifications du discours sur les structures de soins au cours et au décours de la cure, les éléments d'appréciation donnés sur l'ajustement de leurs demandes/attentes, et les répercussions familiales induites par l'évolution de la maladie. De même, il nous semble indispensable de repérer dans le discours des utilisateurs et dans celui des animateurs les distorsions avec les réalités que nous pouvons appréhender.

Cette recherche nous semble se rattacher à des éléments de la problématique actuelle de la prise en charge de la maladie mentale, et notamment en France.

- Parce que l'objectif de Santé publique est l'élaboration d'outils (ou tout au moins de concepts intermédiaires) permettant :

- d'analyser d'une part le réseau de prise en charge des problèmes de santé mentale : ce réseau comprend, entre autres, des points forts tels que des structures et des thérapeutes plus isolés, mais aussi un certain nombre de groupes sociaux dont les objectifs premiers n'ont pas forcément de rapport avec la Santé (et, en particulier la Santé mentale). Ce réseau n'est pas suspendu dans le vide, mais bien ancré dans les réalités sociales et culturelles.

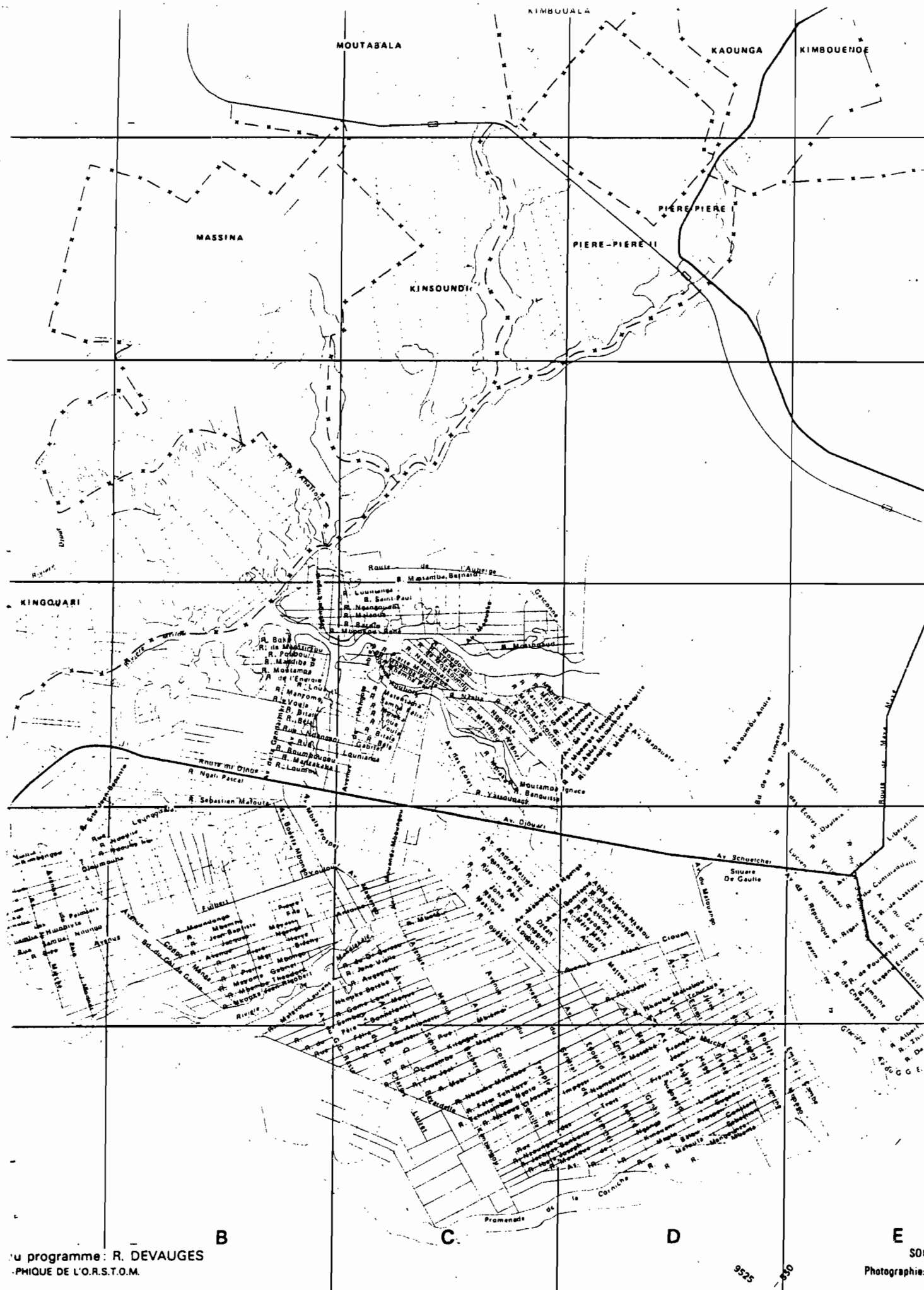
- d'analyser l'ajustement de ce réseau tant à la demande individuelle (multiplicité des prises en charge, souvent simultanées, pour un même individu, et donc production par lui-même d'un réseau à son échelle) qu'à une demande telle quelle peut être envisagée en termes de Santé publique dans ce domaine. Encore une fois, lorsque nous parlons de Santé mentale, nous n'éludons pas l'un des problèmes centraux de la Psychiatrie qui est de définir son propre champ et de prendre position par rapport aux demandes dont elle fait l'objet.

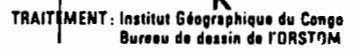
- Cette recherche pose aussi le problème éthique des rapports entre prise en charge "thérapeutique" et idéologie ("l'objet (le meneur) est mis à la place de l'idéal du moi" - S.Freud). Là se pose toute la question de l'identification dans le groupe).

- La société française est une société multi-culturelle. La pratique quotidienne de l'un d'entre nous dans un grand hôpital psychiatrique montre que ce fait laisse encore souvent les thérapeutes dans l'impossibilité de comprendre. Il ne sera, en aucun cas, apporté de modèles de prise en charge transposables. Des travaux antérieurs sur ce sujet - la maladie mentale dans d'autres cultures et sa cure - ont clairement posé des problèmes théoriques et sensibilisé les professionnels de la santé mentale au fait culturel. Notre ambition est de rappeler que "ailleurs, on fait autrement" et, notamment, que les patients qui sont en face de nous poursuivent leur itinéraire thérapeutique.

ANNEXE B

QUESTIONNAIRES D'ENQUETE





PLAN DU QUESTIONNAIRE HABITAT UTILISE DANS LE
QUARTIER NGANGOUONI

I- DESCRIPTION DE LA PARCELLE

- Localisation : adresse, quartier, repere
- Identification : site, surface
- Nombre de bâti à usage domestique ou professionnel
- Equipement : Electricité, eau, sanitaire
- Description de l'utilisation de l'espace par les cultures, arbres fruitiers, plantes.
- Plan situant les principales informations antérieures.

II- DESCRIPTION DU BATI

- Usage de l'unité décrite : habitation, atelier etc....
- Dates de construction : début, achèvement.
- Description du toit : nombre de pentes, matériaux utilisés, plafonnage, étanchéité.
- Description des murs et du sol : matériaux
- Nombre de pièces, nombre de chambres, nombre de personnes occupant régulièrement la maison (adultes, enfants).

III- DESCRIPTION DE LA FAMILLE

- Nombre de familles vivant sur la parcelle, nombre de personnes de votre famille
- Date d'arrivée du Chef de famille, provenance.
- Statut d'occupation, Nombre de pièces occupées par la famille dans chaque unité de bâti.
- Provenance de l'eau pour boire, se laver.
- Equipement de la maison occupée par la famille.
- Description des liens de parenté entre les divers membres de la famille.

A) Adresse : N° Rue :
Quartier : Arr/Dist :
Repère

CP : __: __:
D E M O

N° E.Q. : __: __: __: __:
Date : __: __: __: __: __: __:

Questionnaire concernant toute femme enceinte : __:
et/ou ayant des enfants : __:

g : __:
e : __:

Nom : __: __: __: __: Prénoms : __: __: __: __:

Date de N : __: __: __: __: __: __: Age : __: __:

Niveau d'étude : Atteint à quel âge :

District d'origine : Langue parlée :

Élevée dans quelle religion : Pratique :

Modifications ultérieures : nature, date

: __: __: __: __:
: __: __: __: __:
: __: __: __: __:
: __: __: __: __:

B) Situation matrimoniale actuelle

Mariée : __: (offic : __: ; Relig : __: ; tradit : __: ; total : __:)

Polygamie : __: (même toit : __: ; même parcelle : __: ; parcel. diff. : __:)

Union libre : __: ; Séparée : __: ; Divorcée : __: ; Célibataire : __:

Depuis quand ? : __: __: __: __: Nombre d'unions contractées : __:

Modifications ultérieures : nature, date

: __: __: __: __: __: __:
: __: __: __: __: __: __:
: __: __: __: __: __: __:
: __: __: __: __: __: __:

C) Activités : Salariée : __: ; Scolaire : __: ; Location de biens : __:

"petit commerce au marché" : __: ; Petit commerce à domicile : __:

Transport et services : __: ; Agriculture : __:

Préciser :

Modifications ultérieures : nature, date

: __: __: __: __:
: __: __: __: __:
: __: __: __: __: \emptyset : __: __:
1 : __: __: 2 : __: __: 3 : __: __:
4 : __: __: __: __:

D) Qui est actuellement le chef de famille (C.F.)

Qui soutient financièrement la mère :

Mère à charge :__ : Partiellement :__ : totalement indépendante :__ :

Activité principale du C.F.

» *secondaire :*

Modifications ultérieures : nature, date

$$\begin{array}{ccc} \bullet & \bullet & \bullet \\ \bullet & \bullet & \bullet \end{array}$$

1 : __ : 2 : __ : 3 : __ :

4 : :

E) Enfants vivants, descendance totale vivant dans ou hors de la parcelle : : : (Fiche 1)

Enfants DCD : : : (Fiche 3)

Fausse couches spontanées : ; mois : :

mois : :

mois : :

Avortements provoqués : __:

Actuellement enceinte Non : : Oui : : Mois : :

Enfants n'étant pas de la mère mais vivant sur la parcelle sous sa responsabilité : : (Fiche 2)

Contraception connue :

Contraception utilisée :

Modifications ultérieures : nature, date

• • •

• • •

• • •

•

$$\begin{array}{cc} \bullet & \bullet \\ \bullet & \bullet \end{array} \quad \begin{array}{cc} \bullet & \bullet \\ \bullet & \bullet \end{array}$$

• •

• •

F) Adresse précise en :

1960

1970.

1980

• • •

FICHE I ENFANTS VIVANTS

TOTAL VERIFIE (voir page 1) :__:

D E M O

CP :

Nom :__ : Prénom :__ : Sexe : M :__ : F :__ :

Date de naissance :__ :__ :__ : Age :__ :__ : Vit sur la parcelle

Oui :__ : Non :__ :

Si non, Où ? :__ : Avec qui ? :__ : Pourquoi ? :__ :

Activité/Classe :__ : Sit. matrimoniale :__ : Enfants :__ :

Nom de son père :__ : Sit./mère :__ : A reconnu l'enfant :__ :

Enfant indépendant :__ : ; partiellement à charge :__ : ; totalement à charge :__ :

De qui ? :__ :

District de naissance :__ :__ :

N° :__ : S :__ : A :__ :

D :__ :__ :__ :__ :__ :

:__ :

:__ :__ :__ :__ :

:__ :__ :

:__ :__ :__ :

:__ :__ :

Nom :__ : Prénom :__ : Sexe : M :__ : F :__ :

Date de naissance :__ :__ :__ : Age :__ :__ : Vit sur la parcelle

Oui :__ : Non :__ :

Si non, Où ? :__ : Avec qui ? :__ : Pourquoi ? :__ :

Activité/Classe :__ : Sit. matrimoniale :__ : Enfants :__ :

Nom de son père :__ : Sit./mère :__ : A reconnu l'enfant :__ :

Enfant indépendant :__ : ; partiellement à charge :__ : ; totalement à charge :__ :

De qui ? :__ :

District de naissance :__ :__ :

N° :__ : S :__ : A :__ :

D :__ :__ :__ :__ :__ :

:__ :

:__ :__ :__ :__ :

:__ :__ :

:__ :__ :__ :

:__ :__ :

Nom :__ : Prénom :__ : Sexe : M :__ : F :__ :

Date de naissance :__ :__ :__ : Age :__ :__ : Vit sur la parcelle

Oui :__ : Non :__ :

Si non, Où ? :__ : Avec qui ? :__ : Pourquoi ? :__ :

Activité/Classe :__ : Sit. matrimoniale :__ : Enfants :__ :

Nom de son père :__ : Sit./mère :__ : A reconnu l'enfant :__ :

Enfant indépendant :__ : ; partiellement à charge :__ : ; totalement à charge :__ :

De qui ? :__ :

District de naissance :__ :__ :

N° :__ : S :__ : A :__ :

D :__ :__ :__ :__ :__ :

:__ :

:__ :__ :__ :__ :

:__ :__ :

:__ :__ :__ :

:__ :__ :

FICHE II ENFANTS A CHARGE (HEBERGES)

TOTAL Vérifié :__:

D E M O

CP :__:

Nom :__: Prénom :__: Sexe : M :__: F :__:
Date de naissance :__:__:__:__:__:__:__: Age :__:__:
District de naissance :__:__:
Lien de parenté avec la famille qui l'héberge :__:__:
Contre partie pour l'hébergement : financière :__: en nature :__:
Activité/Classe :__: Situat. matrimoniale :__: Enfants :__:
Enfant indépendant :__: ; partiellement à charge :__: ; totalement à charge :__:
De qui ?

N° :__: S :__:
D :__:__:__:__:__:__:__:
A :__:__: Dt :__:__:
:__: :__:
:__:__: :__: :__:
:__: :__: :__:

Nom :__: Prénom :__: Sexe : M :__: F :__:
Date de naissance :__:__:__:__:__:__:__: Age :__:__:
District de naissance :__:__:
Lien de parenté avec la famille qui l'héberge :__:__:
Contre partie pour l'hébergement : financière :__: en nature :__:
Activité/Classe :__: Sit. matrimoniale :__: Enfants :__:
Enfant indépendant :__: ; partiellement à charge :__: ; totalement à charge :__:
De qui ?

N° :__: S :__:
D :__:__:__:__:__:__:__:
A :__:__: Dt :__:__:
:__: :__:
:__:__: :__: :__:
:__: :__: :__:

Nom :__: Prénom :__: Sexe : M :__: F :__:
Date de naissance :__:__:__:__:__:__:__: Age :__:__:
District de naissance :__:__:
Lien de parenté avec la famille qui l'héberge :__:__:
Contre partie pour l'hébergement : financière :__: en nature :__:
Activité/Classe :__: Sit. matrimoniale :__: Enfants :__:
Enfant indépendant :__: ; partiellement à charge :__: ; totalement à charge :__:
De qui ?

N° :__: S :__:
D :__:__:__:__:__:__:__:
A :__:__: Dt :__:__:
:__: :__:
:__:__: :__: :__:
:__: :__: :__:

FICHE III ENFANTS DECEDES

TOTAL Vérifié :__:

D E M O

CP :__:

Nom :__: Prénoms :__: Sexe : M :__: ; F :__:

Date de naissance :__:__:__:__:__:__: District de naissance :__:__:

Cause du décès :__:__:__:__:__:__:

Date du décès :__:__:__:__:__:__: Enfant décédé à quel âge :__:__:

Nom du père :__:__:__:__:__:__: Situation/mère :

Avait reconnu l'enfant ? :__:__:__:__:__:__:

N° :__: S :__:

D :__:__:__:__:__:__:

Dt :__:__:

D :__:__:__:__:__:__:

A :__:__:__:

:__:

Nom :__: Prénoms :__: Sexe : M :__: ; F :__:

Date de naissance :__:__:__:__:__:__: District de naissance :__:__:

Cause du décès :__:__:__:__:__:__:

Date du décès :__:__:__:__:__:__: Enfant décédé à quel âge :__:__:

Nom du père :__:__:__:__:__:__: Situation/mère

Avait reconnu l'enfant ? :__:__:__:__:__:__:

N° :__: S :__:

D :__:__:__:__:__:__:

Dt :__:__:

D :__:__:__:__:__:__:

A :__:__:__:

:__:

Nom :__: Prénoms :__: Sexe : M :__: ; F :__:

Date de naissance :__:__:__:__:__:__: District de naissance :__:__:

Cause du décès :__:__:__:__:__:__:

Date du décès :__:__:__:__:__:__: Enfant décédé à quel âge :__:__:

Nom du père :__:__:__:__:__:__: Situation/mère :

Avait reconnu l'enfant ? :__:__:__:__:__:__:

N° :__: S :__:

D :__:__:__:__:__:__:

Dt :__:__:

D :__:__:__:__:__:__:

A :__:__:__:

:__:

1) NOM :

PRENOMS :

Adresse : N° :

Rue :

Quartier :

District/arrond. :

Repère :

Date de naissance de la maman :__:__: :__:__: :__:__:

Activités : Scolaire :__: Si Oui quelle classe :__: ;

Salariée :__: ; petit métier :__: ; Rien :__:

2) Date de naissance du dernier enfant :__:__: :__:__: :__:__:
(ou avortement tardif)

3) La grossesse s'est-elle bien passée ?

S'il y a eu des difficultés, lesquelles ?

Fatigue excessive :__: ?

Fièvre infection :__: ?

Hémorragies :__: à combien de mois :__: ?

Menace d'accouchement prématuré :__: mois :__: ?

Gonflement des pieds ou forte prise de poids :__: ?

Hypertension ou albumine :__: ?

Convulsions :__: ?

Combien de consultations prénatales suivies :__: Où ?

4) La rupture de la poche des eaux a eu lieu combien de temps
avant l'accouchement :__:__:

5) L'accouchement s'est-il bien passé ?

Naissance : céphalique :__: ; siège (MOUSOUNDA) :__: ;

L'enfant était à terme :__: Prématuré :__:

6) Combien de temps êtes vous restée à la maternité :__:

7) . Au départ : sein exclusif :__: ; Sein + Biberon :__: ;

Biberon exclusif :__:

. A partir de quel âge avez-vous introduit un autre aliment que
le lait :__: Quoi ?

. A partir de quel âge avez-vous cessé de donner le sein :__:

8) Remarques sur la santé de l'enfant

9) La mère a-t-elle dû être aidée pour l'accouchement ?

- . expression
- . incision (épisiotomie)
- . autre

10) Pour quel(s) enfant(s) l'accouchement a-t-il été difficile ?

Expliquez chaque cas (césarienne, Mousounda, travail trop long, mauvaise présentation de l'enfant).

11) Avez vous souffert d'une période de stérilité passagère (ou actuelle) ? :__:

De quelle époque à quelle époque : _____

Expliquez en détail les symptômes et les traitements entrepris.

Fiche de renseignements
sur la Santé des enfants

Etude ORSTOM
Ministère de la Santé
PROGRAMME SANTE/URBANISATION

Date du jour _____

1- NOM : _____ : Date de naissance : ____/____/____

PRENOMS : _____ : Sexe M : ____ F : ____

Adresse : N° : ____ Rue : _____

Arrondissement/District : _____

Quartier/village : _____ Repère : _____

Langue parlée par le père : _____ Mère : _____

2- Fiche de pesée Oui : ____ Non : ____

Carnets de Santé Oui : ____ Combien de carnets : ____

Non : ____ Pourquoi : _____

3- Quel a été le problème de Santé le plus grave pour cet enfant :

A quel âge ? : ____ Quo? : _____

4- Date de début des trois derniers épisodes pathologiques inscrits
dans les carnets :

Le plus récent 1) : ____/____/____

2) : ____/____/____

Le plus ancien 3) : ____/____/____

5- L'enfant a été consulté pour la dernière maladie il y a combien de
jours : ____/____/____ Quelle maladie ? : _____

6- Pour quelle maladie avez-vous soigné l'enfant simplement à la
maison pour la dernière fois : _____

Il y a combien de temps (jours) : _____

7- Vaccinations :

- BCG Oui : ____ Non : ____

- Tétracoq Oui : ____ Non : ____ Combien de doses : ____

- Contre la Rougeole (ROUEGE) Oui : ____ Non : ____

8- A-t-il eu la rougeole Oui : ____ Non : ____ A quel âge : ____/____/____

Etait-il vacciné à l'époque Oui : ____ Non : ____

La rougeole a été traitée en externe Oui : ____ Non : ____

L'enfant a-t-il été hospitalisé Oui : ____ Non : ____

Complications ? : _____

9- L'enfant a-t-il été hospitalisé pour d'autres causes ?

A quel âge ? : _____ : Cause : _____

A quel âge ? : _____ : Cause : _____

A quel âge ? : _____ : Cause : _____

10- Date du dernier traitement contre le paludisme

Il y a combien de temps : _____ : Quel traitement : _____

11- Date du dernier traitement contre les vers

Il y a combien de temps : _____ : Quel traitement : _____

12- Si l'enfant est une fille (à partir de 10 ans)

A-t-elle déjà ses règles Non : _____ : Oui : _____

Si oui à quel âge : _____

13- Pour les enfants suffisamment âgés :

A-t-il eu des enfants Non : _____ : Oui : _____ : Combien : _____

Si c'est une fille : grossesse Non : _____ : Oui : _____ : Combien : _____

Fausse couche Non : _____ : Oui : _____ : Combien : _____

Avortement Non : _____ : Oui : _____ : Combien : _____

24 AVRIL 1984 0221

S/URB SMI 1984 | Mode fiche SMI 140-173 Nom du chef de famille Di. Ravelon. N. nom d
Nom de la mère : Maharakana N. Année de naissance/mère 19.62....Age..22...s
Adresse complète .9.6. Rue. K. m. g. g. M. g. l. s. . Locataire Oui (Non) O.
Situation matrimoniale/mère: Célib. 1; Union libre 2; Fiancée 3; Marié.trad. 4; Marié.off. 5; Divors. 6
Nombre d'enfants vivants 21...; Enfants décédés : 00...; Fausses couches ou avortements 01...
Comment la mère gagne t elle sa vie ? Salarisée 1; Petit commerce 2; Agriculture/Jardin. 3; Ecolière 4
Préciser: . . . Elève . . . C.E.T. . . de l'a. v. . . 2^e A. . . C.F.T. . . l'a.
Qui soutient la mère: le M. m.
Comment cette personne gagne t elle sa vie : Enseignant
Nom et prénoms de l'enfant: Di. Ravelon. P. l'a. Sexe (M) ou F 1
Date de naiss./enfant : 21.12.1983: Age en mois : 4. Poids/naiss.: 4.8.12. V. g
Vaccinations : BCG : X: DTC001 : X: DTC002 : X: DTC003 : X: ROUVAX : X: DTC00.RAP. : 0:
L'enfant a t il eu la rougeole : 00...: à quel age/sois ou date : 00...: Hospitalisé ? 0.
L'enfant a t il été hospitalisé pour une autre cause ? la quelle..... 0.....
Alimentation actuelle : Sein (1) Mixte 2; Sibernon 3; Bouillie 4; Plat familial 5; Autre.....
Si l'enfant ne prend plus le sein, depuis quand/age : 00...: Taille 61.73 cm
Poids 10.18 Kg 44.10 Gr ; Tour du bras gauche 11.41.57 cm ; Plis tricipital gauche 1.1.1 mm

Questionnaire de l'étude pilote réalisée à la smi de QUENZE dont l'objectif est de mieux connaître

L'aire d'influence du dispensaire, la population servie et pour cette population disposer de données démographiques, anthropométriques, et disposer également de données sur la morbidité, la couverture vaccinale et le mode d'alimentation des enfants.

Guide d'entretien sur les diarrhées.

- * *age de la mère, celui de l'enfant, ethnie.*
- * *Motif de la consultation en SMI.*
- * *L'enfant a t il déjà eu la diarrhée ?*
- * *A quel age pour la première fois ?*
- * *Comment sont alors les selles de l'enfant ?*
- * *Combien de fois l'enfant a il de selles dans la journée quand il .à la diarrhée ?*
- * *l'enfant souffre il quand il a la diarrhée ?*
- * *A quoi est due la diarrhée ?*
- * *Y a t il différentes sortes de diarrhée ?*
- * *Quelles sont les différentes causes de ces diarrhées ?*
- * *Que faites vous quand l'enfant a la diarrhée ?*
- * *Quels sont les aliments bons pour la diarrhée ?*
- * *Quels sont les aliments mauvais en cas diarrhée ?*
- * *Y a t il des feuilles bonnes en cas de diarrhée ?*
- * *y a t il des soins particuliers pour l'enfant souffrant de diarrhée?*
- * *Y a t il un régime special*
- * *Doit on arreter le lait maternel en cas de diarrhée ? Pourquoi ? .définitivement ou de façon temporaire ?*
- * *est que le lait maternel peut être mauvais pour l'enfant qui a la .diarrhée ? Pourquoi ? Peut il être responsable de la diarrhée ?*
- * *Peut il être responsable d'autres maladies ?*
- * *Qu'est qui fait que le lait puisse être mauvais ?*
- * *Si l'enfant est sevré : pourquoi, comment, quand ?*
- * *Sinon quand envisagez vous de le sevrer et comment ?*
- * *Si l'enfant ne mange pas, que faites vous ?*
- * *Faut il donner moins ou plus d'eau à l'enfant a la diarrhée ?*
- * *La diarrhée peut elle être due à la jalousie ?*
- * *Que peut on faire pour cela ?*
- * *Aller au dispensaire est il suffisant ?*

Entretiens réalisés en LARI ou LINGALA par des enquêteurs/interprètes.

S/URB DIARRHEE Soignant : Nom et prénom du malade :

Date de naissance : _ : _ : 19 _ : _ : Age en mois Sexe M F

Adresse : N° Rue Quartier N° de fiche : _ : _ : _ : _ :

Depuis combien de jours dure cette diarrhée : _ : _ : jours . Combien de selles cette nuit ? : _ : _ : Ce matin ? : _ : _ :

Température : Poids Taille Perte de poids : Dernière pesée il y a : _ : _ : jours.

Selles ? Liquides : _ : Pateuses : _ : Sang : _ : Glaires : _ : Pus : _ : Autre Vomissements : _ :

Signes de deshydratation ? Plis cutané : _ : Fontanelle : _ : Yeux : _ : Bouche : _ : Autre

signes associés (Cardio vasculaires / Respiratoires / Digestifs / Cutanés / Bucco dentaires / O.R.L / Urinaires)

.

Traitement :

Antecedents (Carnet) verso

Alimentation de la veille.

"" du matin.

"" habituelle

Cause déclenchante de la diarrhée.

Qui donne à manger à l'enfant

Avec qui mange t il

Autres diarrhées dans la maison

Aliments bons pour la diarrhée (eau/lait maternel/lait arti f.).

Aliments mauvais (id).

Questionnaire DIARRHEE utilisé pour l'étude en SMI.

Vague Matin|_|,Apres midi|_| ; Classe F____Ecole : _____ Sexe G|_| F|_| :Date _____

Habite chez papa et maman|_|,papa seulement|_|,maman seulement|_| autre|_| _____

Qu'a tu mangé ce matin au petit déjeuner ? _____

Qu'a tu acheté pour manger à la récréation ou sur le chemin de l'école ? _____

Maman ou la femme qui prépare cultive t elle ? parcelle|1| jardin|2| champ|3|:Quoi 1/2/3 ? _____

Est qu'elle vent ? sur la parcelle|_| au marché|_| Quoi _____

Qu'a tu mangé a midi hier|_|((Vague du matin) ou aujourd'hui|_|((Vague apres midi)

RIEN|_| PAIN|_| MANIOC|_| FOUFOU|_| RIZ|_| BANANE PLANTIN|_| PATATE/IGNAME/POMME DE TERRE|_| SPAGHETTI|_|.

VIANDE DE BOEUF|_| POULET|_| PORC|_| VIANDE DE CHASSE|_| OEUF|_| AUTRE VIANDE|_|.....

POISSON SALE|_| POISSON FUME|_| POISSON DE MER|_| POISSON DU FLEUVE|_| SARDINE/PILCHARD|_| PUERCO/CORN.BIF|_|

LAIT|_| HARICOTS|_| ARACHIDES|_| LEGUME|_| AVOCAT|_| MANGUE|_| SAFOU|_| ORANGE|_| BANANE SUCREE|_| AUTRE|_|...

AVEZ VOUS MANGE AUTRE CHOSE ?(SAKASAKA,MFOUMBOU..). |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Qu'a tu mangé le soir d'hier ?

RIEN|_| PAIN|_| MANIOC|_| FOUFOU|_| RIZ|_| BANANE PLANTIN|_| PATATE/IGNAME/POMME DE TERRE|_| SPAGHETTI|_|.

VIANDE DE BOEUF|_| POULET|_| PORC|_| VIANDE DE CHASSE|_| OEUF|_| AUTRE VIANDE|_|.....

POISSON SALE|_| POISSON FUME|_| POISSON DE MER|_| POISSON DU FLEUVE|_| SARDINE/PILCHARD|_| PUERCO/CORN.BIF|_|

LAIT|_| HARICOTS|_| ARACHIDES|_| LEGUME|_| AVOCAT|_| MANGUE|_| SAFOU|_| ORANGE|_| BANANE SUCREE|_| AUTRE|_|...

AVEZ VOUS MANGE AUTRE CHOSE ?(SAKASAKA,MFOUMBOU..). |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

TAILLE EN CM |_|_|_|| ////POIDS EN GR |_|_|_|_|| //// DATE DE NAISSANCE |_|_| |_|_| 19|_|_|

ECOLE _____ CLASSE _____ NOM|PRENOM _____||Madame, monsieur pourriez vous nous indiquer
la date de naissance précise de l'enfant |_|_| |_|_| 198|_| et votre adresse _____

Questionnaire utilisé pour l'aspect anthropométrique de l'enquete scolaire.

Santé et urbanisation

Paris : ORSTOM, 1985, 204 p. multigr.