



CF Item Barcode Sign

Page

2

Date

1/23/2007

Time

3:53:00 PM

Login Name Thomas Milsom



CF-RAI-USAA-DPP-LIB-2007-00547

Expanded Number **CF-RAI-USAA-DPP-LIB-2007-00547**

External ID **UNICEF-DRC-1985-ANAL-SAN-02**

Title

Analyse de la Situation Sanitaire des Enfants et des Meres en Republique Populaire du Congo. 1985 (Part 2 of 2) for electronic scan. Page 50 - to 102 (of 102 pages)

Date Created / From Date

Date Registered

Date Closed / To Date

1/15/2007 at 11:37 AM

1/15/2007 at 11:37 AM

Primary Contact **Thomas Milsom**

Owner Location **Information Management Unit DPP/SI**

Home Location **CF-RAF-USAA-DB01-2007-00084 (In Container)**

Current Location/Assignee **Information Management Unit DPP/SI since 1/23/2007 at 1:48 PM**

F12: Status Certain? **No**

itm Nu01: Number of Pages **0**

F13: Record Copy? **No**

itm Fd01: In, Out, Internal Rec or Rec Copy

Contained Records

Container **CF-RA-BX-USAA-DB01-2007-0009: UNICEF Publications received in the Information Management Unit, Category Z "Country R**

Date Published

Fd3: Doc Type - Format

Priority

Record Type **A01 DPP-LIB ITEM**

Document Details Record has no document attached.

Print Name of Person Submit Image

Signature of Person Submit

Number of images without cover

A. KOSTA

A. KOSTA

50

la sous-population concernée et témoigne de la quasi inaccessibilité des services médicaux pour ces populations (le traitement par Pénicilline est toujours efficace).

3- Conditions de la surveillance de la santé maternelle et infantile

Au Congo, l'accouchement en maternité est obligatoire et pratiquement effectif, sauf dans les zones rurales trop distantes d'une structure sanitaire. L'accouchement est alors effectué par une matrone du village mais a bien souvent lieu pendant le trajet qui amène la femme à la maternité.

Le tableau suivant montre les distances que doivent parcourir les ruraux pour accéder à certains services.

Type de service	Urbain	Rural	(distance en km)
Service santé de base	0.43	15.2	CIATA 1980
Centre médical hôpital	0.43	50.0	
Accoucheuse	0.43	7.9	
Guérisseur	0.43	0.46	
Dépot médicament	0.43	30.3	
Marché	0.43	10.5	
Boutique	\\	8.0	
Ecole	\\	2.9	
Téléphone	\\	55.0	

La surveillance de la grossesse comprend généralement 3 visites prénatales, effectuées dans les Centes de Santé Maternelle et Infantile (SMI) et au cours desquelles sont effectués les examens cliniques et biologiques.

Ces examens ont pour but d'identifier les grossesses à risque. Mais bien souvent, toutes les informations nécessaires sont recueillies sur la fiche sans qu'aucune attitude thérapeutique ou préventive adaptée soit mise en oeuvre.

En effet, les complications de la grossesse laissent les agents sanitaires désarmés, car la structure hospitalière à laquelle ils devraient adresser ces femmes, n'est pas toujours en mesure de prendre en charge les problèmes posés par ces grossesses à risque (voir mortalité, mortalité maternelle, mortalité périnatale, prématurité, paludisme néonatal).

A l'hôpital même, les femmes accouchent dans des conditions d'hygiène parfois précaires et les césariennes pour dystocie sont souvent réalisées tardivement. Les moyens minimaux de réanimation néonatale sont rarement disponibles (voir mortalité néonatale précoce).

Les femmes restent rarement plus de 72 heures à la maternité et doivent reprendre rapidement leurs activités de ménagères ou d'écolières.

C'est dans le cadre des centres de SMI que s'effectue la surveillance des jeunes enfants.

En théorie, cette surveillance s'effectue mensuellement jusqu'à l'âge de 5 ans et comprend, au cours du 1er mois, l'immunisation par le BCG, aux 4è-5è et 6è mois l'immunisation par le DT-Coq - polio (DTCP-1, 2, 3) et au 9è mois celle contre la rougeole; enfin, à 18 mois, le rappel DT-Coq-Polio.

Dans la réalité, cette surveillance n'est effective que jusqu'à 9 mois. Les enfants plus âgés ne sont vus qu'au cours d'épisodes pathologiques dans le secteur curatif des SMI.

Les taux de couverture vaccinale et notamment les taux de rappel DT-Coq-Polio témoignent de cette désaffection progressive.

1985	BCG	DTCP-1	2	3	rouvax	tous vaccins %
B/ville	94	89	86	80	62	56

Pte-Noire	92	77	75	70	54	50
Moutamba	80	87.5	70	57	59	36.6

Tous les éléments cliniques et biologiques qui permettent de suivre la croissance pondérale et psychomotrice des enfants sont recueillis. Mais là encore, les soignants ont le sentiment qu'ils ont peu de choses à offrir lorsqu'ils constatent les signaux d'appel d'une courbe de croissance qui s'infléchit (voir malnutrition).

Il existe d'ailleurs souvent, dans l'esprit des soignants, une confusion entre les activités de dépistage et celles de prévention.

Mais il faut souligner que les vraies solutions ne sont pas faciles à trouver : il n'existe pas encore de médicament contre la pauvreté (voir le chapitre explosion urbaine).

La voie ouverte par les soins de santé primaire n'est pas facile. Si elle suppose une grande part d'engagement communautaire, elle a besoin d'une aide encore plus massive des pouvoirs publics : mise à disposition des médicaments essentiels, articulation avec un système de santé de seconde ligne de bonne qualité, priorités données aux investissements en matière d'approvisionnement en eau potable, et d'assainissement.

Nous avons la conviction que c'est seulement l'excellente qualité du secteur curatif qui peut permettre l'accumulation du capital de confiance nécessaire à la mise en oeuvre des politiques de prévention.

Aujourd'hui, à côté de cet effort sur le plan curatif, l'action des services de SMI met l'accent sur les vaccinations, la promotion des méthodes de réhydratation par voie orale, la surveillance et l'information en matière de nutrition, la

prophylaxie anti-palustre pendant la grossesse et le traitement présomptif de tous les accès fébriles de l'enfant par des antipalustres et des antipyrétiques (voir couverture vaccinale, maladies diarrhéiques, nutrition, paludisme).

Les moyens mis en oeuvre

Le budget de la santé qui était d'environ 3 Milliards de FCFA en 1974 (7% du budget de l'Etat) est passé à plus de 6 Milliards en 1985 (3.4% du budget de l'Etat, qui a considérablement augmenté).

En 1982 le Ministère de la Santé gérait 9200 agents sanitaires, 246 sages femmes, 1080 infirmiers d'Etat, 1420 infirmiers brevetés, 176 agents de laboratoire.

En 1980-81, on comptait pour tout le pays un médecin pour 7500 habitants mais le ratio était 1 sur 3300 habitants à Brazzaville, et 1 sur 100 000 dans la région des Plateaux.

Au cours des mêmes années, on comptait 3.5 lits d'hôpital pour 1000 habitants avec des taux d'occupation souvent égaux à 1 dans les zones urbaines mais dépassant rarement 50% en zone rurale.

Un dernier chiffre : il existait en 1981, pour tout le pays, une formation sanitaire de base (dispensaire) pour 3400 habitants mais en fait une pour 1310 habitants dans la Sangha et une pour 6000 habitants à Brazzaville. L'étude du Ministère du Plan indiquait cependant que près de 50% des dispensaires ruraux fonctionnaient en réalité comme des postes de secours.

L'apparente discordance de ces chiffres montre qu'ils ne peuvent pas permettre à eux seuls d'évaluer le système de santé. En particulier ils n'autorisent pas à opposer les situations rurales à celles des centres secondaires ou des grandes villes.

Peut-on croire que, dans une ville de 600 000 habitants comme

Brazzaville, tous ont la même facilité d'accès aux structures sanitaires et aux soignants ?

Et lorsque le citoyen quitte le dispensaire ou l'hôpital muni d'une ordonnance dont le coût global représente parfois un tiers ou la moitié de son salaire mensuel, trouve-t-il inmanquablement dans son entourage l'aide financière dont il a besoin ?

Cf. 10-54-86

III- Disponibilités alimentaires, production vivrière, dépendance alimentaire et nutrition

1- Disponibilités alimentaires

Du point de vue des disponibilités alimentaires, le pays peut être schématiquement divisé en 3 zones.

Les régions du nord : Sangha, Likouala, Cuvette et Plateaux, très faiblement peuplées (entre 0.7 et 2.8 hab./km²). La production alimentaire est peu diversifiée (manioc, bananes plantains, noix de palme) mais elle est complétée par les produits de la chasse, de la pêche et de la cueillette.

Le sud rural, beaucoup plus peuplé (5 à 12 hab./km² si les régions administratives sont seules prises en considération). Il dispose de meilleures terres (du moins en théorie car les densités de population peuvent être localement de 100 hab./km² et les terres avoisinantes sont alors surexploitées : jachères raccourcies, pression pour l'occupation du sol provoquant la mise en culture des terres peu favorables. J.Sénéchal). La production est beaucoup plus importante et diversifiée.

Enfin les grandes villes et centres secondaires du Sud (un million d'habitants). Elles doivent recevoir l'essentiel de leur alimentation des 450 000 ruraux des 5 régions méridionales.

Cf. 39-56-62-77

2- Production vivrière : un travail où les femmes jouent un rôle encore prépondérant

Selon les études SATEC, du ministère du Plan et de la FAO, la situation de l'agriculture et de la production vivrière peut être caractérisée ainsi :

Le secteur de production paysan, qui cultive près de 70 % des terres, fournit l'essentiel des produits vivriers mais ne profite que de 10 % des investissements de l'état dans l'agriculture.

Aujourd'hui, le monde paysan est incapable d'assurer l'autosuffisance alimentaire du pays.

La population des actifs agricoles ne cesse de diminuer. Les jeunes scolarisés partent pour les villes; les autres vieillissent.

Les projections du Ministère du Plan font apparaître qu'en 1996, dans une perspective d'autosuffisance alimentaire, un actif devrait nourrir 10 personnes.

Les méthodes culturales anciennes restent peu changées : cultures itinérantes, associant souvent plusieurs produits, dispersées, avec des outils aussi peu perfectionnés que la houe et la machette, à base de travail manuel encore souvent réservé aux femmes (en réalité la culture du paddy est un travail masculin et le défrichage, extrêmement dur en zone forestière, représente plusieurs semaines d'un travail indispensable à l'agriculture et, lui aussi, réservé aux hommes),

Les techniques demeurent celles du temps révolu de l'autosubsistance.

Le sous peuplement, le vieillissement et le dépeuplement des villages explique l'immensité du bassin vivrier des deux métropoles, Brazzaville et Pointe-Noire : il s'étend jusqu'à la frontière camerounaise pour le poisson fumé, ou au delà de la frontière du Zaïre pour le manioc, jusqu'au Mayombe pour la banane, jusqu'à l'océan pour le poisson de mer qui est de plus en plus consommé à Brazzaville. L'insuffisance de l'offre de vivres

par les paysans entraîne une âpre compétition pour la nourriture entre Brazzaville, Pointe-Noire et Kinshasa, la métropole zaïroise d'environ 4 millions d'habitants, située de l'autre côté du Stanley-Pool, en face de Brazzaville.

L'un des facteurs de blocage qui apparaît aujourd'hui prépondérant est l'impossibilité pour les paysans de commercialiser (directement ou non) leur production. En effet les communications restent extrêmement difficiles et seuls les paysans cultivant le long de la voie ferrée ou des routes goudronnées sont assurés de pouvoir évacuer leurs récoltes.

Les villages ne disposent pas de moyens de stockage, les collectes publiques sont effectuées avec plusieurs mois de retard, dépassant rarement plus de 50% des prévisions. Les pertes à la production sont souvent supérieures à 50%.

Cette défaillance associée à une politique de prix à la production très peu rémunératrice du travail paysan a découragé la production.

Le commerce parallèle et clandestin joue seulement le rôle de soupape de sécurité.

En 1982, la production n'aurait couvert que 85% des besoins en manioc, 80 % des besoins en arachides, 75% pour le maïs, 15 % pour le riz, 70 % pour le haricot, 45% pour la pomme de terre (SATEC).

Au cours de la même année, les importations de produits alimentaires de base se seraient élevées à près de 30 milliards de FCFA dont 13 milliards pour la viande et le poisson et 11 milliards pour la farine, le manioc et le riz (Plan).

En 1984, le Congo aurait importé plus de 68000 tonnes de farine de blé, près de 12000 tonnes de riz, presque autant de sucre et d'huile, 3000 tonnes de viande, 6200 tonnes de poisson salé, et 15200 tonnes de poisson congelé (Ministère du Plan).

Les grandes villes du Congo peuvent se permettre d'importer d'autres vivres : la farine de blé de France, le poisson salé de Norvège, de Belgique et de Chine, la viande d'Europe, l'huile de Côte d'Ivoire et du Sénégal.

En effet, la production de pétrole du Congo représente 0.15 % de la production mondiale. Mais elle assure aux 300 000 ménages congolais, du moins en théorie, l'un des meilleurs niveaux de vie du continent.

Pour l'agriculture nationale, le pétrole est une malédiction : 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.

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. En 1983, C et B Duhem évaluaient à 320 FCFA la rémunération d'une journée de travail pour un producteur de paddy, 550 FCFA celle d'un producteur d'arachide coque, 400 FCFA celle d'un producteur de manioc en pain.

Du point de vue de l'alimentation, les régions Nord du pays semblent les plus défavorisées. Leurs disponibilités se limiteraient à 2200 kcal et 50 g de protéines par habitant et par jour, alors que les moyennes nationales seraient de 2550 kcal et 65 g de protéines.

Pourtant les indicateurs biologiques attesteraient une situation nutritionnelle meilleure à Owando et Makoua (FAO, 1981) que dans le Sud (Kinkala et Madingou) et dans certains quartiers de Brazzaville.

Pour expliquer ce paradoxe, l'hypothèse avancée serait que dans ces zones Sud, reliées aux grands centres urbains, une partie de la production alimentaire qui serait nécessaire pour satisfaire les besoins de la famille du producteur est vendue pour permettre

l'acquisition de biens modernes de consommation et d'équipement. Ainsi, l'accroissement apparent du bien-être dans l'aire d'influence des grandes villes, pourrait dissimuler en fait une détérioration de la situation alimentaire.

Nous retrouvons une situation tout aussi paradoxale en examinant les résultats de l'étude sur l'alimentation et la croissance des enfants réalisée par l'ORSTOM en 1984 à Brazzaville.

Cf. 13-23-58-68-76-78

4- Modèles d'alimentation

L'alimentation de la première enfance

La très grande majorité des mères Congolaises allaitent leurs enfants au sein.

Une récente enquête effectuée dans un Centre de Santé Maternelle et Infantile (SMI) de Brazzaville en 1984 montre que pour 84 % des enfants le sevrage se fait entre 12 et 18 mois.

En milieu rural le sevrage serait légèrement plus tardif, 3 mois plus tard en moyenne (Care, 1981).

Cependant, cela ne veut pas dire que les enfants sont nourris exclusivement au sein pendant toute cette période.

En effet, dès les 1ers mois, des bouillies de maïs, de manioc et accessoirement des bouillies industrielles, sont introduites dans l'alimentation de l'enfant.

A la SMI de Ouenzé, 34% des enfants de 2 mois et 72% des enfants de 3 mois reçoivent une bouillie.

A l'âge de 6 mois, 40 % des enfants prennent également le plat familial, 80 % à 7 mois.

Enfin, si l'alimentation exclusive au biberon reste exceptionnelle, l'allaitement mixte n'est pas rare : à Ouenzé, sa fréquence est maximale à trois mois (27 %).

Ce sont surtout les femmes salariées et les mères élèves qui ont

recours au biberon pour nourrir leur enfant pendant leurs longues périodes d'absence au foyer : journées continues pour les salariées le plus souvent, vagues de demi-journées pour les élèves (le congé légal de maternité prend fin au bout du troisième mois).

Ces données sont retrouvées en milieu rural dans l'enquête de Care où, à 3 mois, 75 % des nourrissons reçoivent des aliments autres que le lait maternel.

Ainsi, l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 4 mois est loin d'être la règle au Congo.

L'usage des bouillies a pour effet paradoxal de masquer les malnutritions débutantes.

A la SMI de Ouenzé, on observe une grande fréquence de "gros enfants qui grandissent mal" entre 3 et 6 mois.

Les conséquences de ces pratiques alimentaires sont mal connues, notamment en milieu urbain, où la situation de la mère salariée n'est en rien comparable à celle de la jeune mère élève.

Le développement de l'allaitement artificiel reste pour l'instant une menace. Il n'est pas possible de l'ignorer et les campagnes de promotion de l'allaitement maternel constituent certainement une priorité de l'éducation nutritionnelle et sanitaire des jeunes mères (voir maladies diarrhéiques).

Cf. 70-63-73-75

Alimentation des jeunes scolarisés

Une étude de l'alimentation des jeunes scolarisés a été réalisée à Brazzaville (ORSTOM, 1984). Elle portait sur 2400 élèves et intéressait tous les quartiers de la ville.

Le modèle d'alimentation diffère peu d'un quartier à l'autre. Le repas principal est à midi; le manioc reste la base de l'apport calorique. Au repas du soir cependant 1 enfant sur 3 prend du pain avec du thé; parfois un peu de lait. La viande et surtout le

poisson entrent toujours dans la composition du plat ou de la sauce qui accompagne le manioc. Des légumes verts ou des arachides -y sont fréquemment associés. Il faut cependant noter que, dans cette étude, 39% des enfants n'ont pas pris de petit déjeuner et si la moitié a acheté en route ou à l'école du pain, un fruit ou une boisson sucrée; un quart des enfants n'a rien pris avant le repas de midi.

Un quart des enfants ne prend qu'un seul vrai repas dans la journée.

Cf. 11-37

4- L'impact nutritionnel

Les enquêtes récentes d'évaluation de la situation nutritionnelle au Congo sont rares. Elles portent souvent sur de faibles effectifs et utilisent des critères anthropométriques et des normes de référence différentes rendant difficiles les comparaisons.

Par ailleurs, à l'instar des autres statistiques sanitaires, l'analyse des données sur la malnutrition se heurte à des problèmes de définitions et de populations de référence.

Un indicateur : le poids à la naissance

Le poids à la naissance est souvent utilisé comme indicateur de l'état nutritionnel des mères. En réalité, il est également très lié à l'occurrence de la prématurité et témoigne des conditions générales du déroulement de la grossesse. La nutrition en est certes un facteur mais aussi la dureté des travaux féminins, l'efficacité de la surveillance prénatale etc..

Certains auteurs ont constaté une insuffisance de prise de poids pendant la grossesse chez beaucoup de femmes congolaises : 6 à 7 kg au lieu de 10-12 kg chez la femme européenne (Slothoubert). Cette faible prise de poids pendant la grossesse est connue comme facteur de risque de petit poids de naissance.

A partir des registres de maternité une étude a été réalisée par la FAO en 1980. Elle montre une nette diminution de la prévalence des poids de naissance inférieurs à 2500 g entre 1975 et 1979-80 (il s'agit des mères de plus de 20 ans; le poids de naissance est généralement faible chez les enfants des jeunes primipares).

Pendant cette période, à Kinkala, centre urbain scolaire du Pool, la fréquence des petits poids (inférieurs à 2500 Gr) se maintient entre 13 et 14 %.

A Owando, centre urbain secondaire du Nord, elle passe de 8 à 4.5 %.

A l'hôpital général de Brazzaville, de 8.2 à 5.5%.

A l'hôpital de Makélékélé à Brazzaville, de 13 à 8.5 %.

A l'hôpital de Talangaï à Brazzaville, de 11.5 à 7.7 %

Au dispensaire SMI de Jeane Vialle à Brazzaville en 1984, ce pourcentage est de 11.5 % (toutes classes d'âge confondues pour les mères).

En 1981, l'étude de Care montre (toutes classes d'âge confondues) une fréquence de : 12.6 % à Brazzaville, 17.1 % à Owando, 19 % à Mossendjo, 25.6 % à Kinkala

Dans l'étude de Guillo du Bodan à Linzolo 20.3 % des poids de naissance sont inférieurs à 2500 g.

D'une façon générale, on constate des poids de naissance en moyenne plus élevés en milieu urbain qu'en milieu rural. Mais

cela ne doit pas masquer les disparités : à Owando ,la situation semble meilleure qu'à Brazzaville et si les poids de naissance à Brazzaville étaient comparés d'un quartier à l'autre d'importantes différences seraient certainement notées (voir étude nutritionnelle de Brazzaville). Toutefois l'apparente baisse de la fréquence des petits poids à Brazzaville pourrait indiquer une amélioration de la situation sanitaire et nutritionnelle des mères au cours des dernières années ainsi qu'une meilleure surveillance de leurs grossesses.

(En France (Roumeau, 1978), environ 5% des nouveaux nés avaient un poids de naissance inférieur à 2500 Gr. Le taux de prématurité était de 7.1% et le pourcentage d'enfants hypotrophiques variait de 1.9 à 3.2 selon le terme.)

Cf. 32-74-5-9-11

Evaluer la malnutrition

L'évaluation de l'état nutritionnel d'une population est malaisée. En effet, mis à part les cas de malnutrition extrême (marasme, kwashiorkor), ce sont des critères anthropométriques qui sont utilisés pour analyser les situations: la taille de l'enfant en fonction de son âge, son poids en fonction de sa taille et de son âge.

Mais à quoi doit on se référer pour dire qu'un enfant est petit pour son âge?

Est ce un handicap d'être en deça de la norme?

Les nutritionnistes débattent de ces problèmes qui sont importants: ils renvoient tous à la question centrale de la définition de la malnutrition.

Au cours des cinq dernières années, un certain nombre d'enquêtes nutritionnelles ont été effectuées au Congo. Toutes indiquent que la malnutrition (ou plutôt le " mal-développement" de l'enfant) est un problème préoccupant. L'utilisation de telle norme plutôt

que telle autre peut être critiquée.

Les populations de référence à partir desquelles elles sont établies ne sont pas des populations idéales. Ces normes ne sont que des outils. Elles permettent seulement de comparer des situations entre elles et de regrouper dans des mêmes échantillons des enfants d'âges différents.

Les formes extrêmes : marasme et Kwashiorkor.

Elles aboutissent bien souvent à l'hospitalisation. Elles représenteraient environ 1% des enfants hospitalisés entre 0 et 1 an, 7% entre 1 et 2 ans, 2 à 4% après 4 ans (EBOULAKEBA, 1978).

Le taux de létalité est très élevé : environ 20 % entre 6 et 12 mois, plus de 50% entre 12 et 24 mois, 20% après 24 mois (soit une létalité globale de 44% alors qu'elle est de 18% pour les maladies infectieuses et parasitaires)

Dans 40% des cas la malnutrition est associée à une diarrhée, 30% à la rougeole, 19% à un parasitisme intestinal, 9 % à une pneumopathie.

Dans l'étude anthropologique qu'il a effectué en 1984 dans le service de pédiatrie de l'Hôpital Général, M.E. Gruenais (ORSTOM) a tenté d'approfondir les causes sociologiques de ces malnutritions.

Il note que les familles apparaissent particulièrement bien intégrées à la vie urbaine et qu'il n'y a pas toujours relation entre précarité du niveau socio-économique des familles et malnutrition grave.

Il constate que la naissance d'enfants hors "mariage", notamment chez les scolarisés, pose le problème de la reconnaissance par les groupes familiaux (lignages) de l'"union de fait" des parents de l'enfant. Ceux-ci sont dans un état de dépendance extrême vis-à-vis de leurs familles et ce peut être justement lorsque

l'enfant "pose des problèmes" que s'installe un processus d'isolement progressif du jeune couple. Cet isolement économique et social peut conduire l'enfant à la mort.

La malnutrition protéino-énergétique modérée : retards de croissance et maigreur.

Elle compte pour moins de 1% dans les statistiques des motifs de consultations fournies par les centres de Santé Maternelle et Infantile de Brazzaville : 0.06 dans un des dispensaires de la ville alors que 16% des enfants de 0 à 13 mois reçus en médecine préventive dans la même période présentaient une malnutrition modérée (statistiques des années 1984-1985).

En réalité ces "malnutritions" se présentent plus comme des retards de croissance que comme des états de maigreur facilement réparables.

Ainsi lorsque l'on rapporte la taille des enfants à leur âge on constate que 36% des enfants de 0 à 1 an présentent un retard de croissance modéré ou grave. Par contre le poids rapporté à la taille diffère peu de la norme (normes de croissance NCHS/OMS; 700 enfants examinés).

Paradoxalement entre 3 et 6 mois on observe un embonpoint relatif sans doute lié à l'introduction de bouillies dans l'alimentation qui peut masquer une malnutrition débutante.

Le retard de croissance s'installe dès le début de la vie passant de 12 à 38% entre 0 et 12 mois pour les formes modérées et de 2 à 15% dans les formes graves. Le poids de naissance a une valeur prédictive : 50% des enfants dont le poids de naissance est inférieur à 2400 grammes présenteront encore un retard de croissance entre 6 et 9 mois, 30.5 % des enfants nés entre 2400 gr et 2700 gr, 14.5% de 2700 à 3250 gr, 8% lorsque le poids de

naissance est supérieur à 3250 gr.

(voir mortalité infantile et poids de naissance)

Dans le district rural de Kibangou sur 1400 enfants examinés, âgés de 0 à 5 ans, 28 % présentent un sévère retard de taille et 19 % ont un très faible poids (-2DS) pour leur taille (Claquin, 1983; GTZ)

D'autres résultats sont fournis par Care en 1981. A Brazzaville 7% des enfants de 0 à 5 ans sont considérés comme sérieusement retardés en taille, 10% à Owando, 15% à Mossendjo, 14% à Kinkala (les seuils utilisés sont légèrement différents de ceux des études précédentes).

Une étude en milieu scolaire a été réalisée par l'ORSTOM à Brazzaville en 1984. Elle avait pour but de mettre à jour les disparités urbaines. 2 400 élèves âgés de 8 à 12 ans ont été interrogés et examinés dans 18 écoles de la ville.

15 % des garçons et 11 % des filles ont une taille inférieure au 3ème percentile des normes NCHS pour leur âge (une taille en deçà du 3ème percentile des normes pour l'âge témoigne d'un retard de croissance sévère).

Dans les écoles qui recrutent leurs élèves dans les couches les plus aisées de la population, les distributions des tailles rapportées à l'âge et des poids rapportés à la taille se superposent à celle des normes NCHS.

Mais la situation se détériore à mesure que l'on progresse vers la périphérie. Dans les écoles du front d'urbanisation, 15 à 22% des enfants ont une taille inférieure au 3ème percentile. Pourtant ces quartiers nouvellement lotis sont habités par des citoyens de longue date qui, pour beaucoup, ont réussi. Ils sont en majorité propriétaires de leur parcelle et viennent de faire construire leur maison. Cet effort financier pour l'habitat se fait-il au dépend des autres postes de dépenses de la famille comme l'alimentation ou la santé ?

Il existe par ailleurs une relation entre ce retard de taille, la performance scolaire, le statut socio-économique des parents, la qualité des infrastructures urbaines dont disposent les quartiers où sont situées ces écoles.

Il est à noter qu'aucune différence n'a été observée en fonction de l'origine ethnique.

A Mindouli, centre urbain secondaire, sur 286 enfants âgés de 8 à 10 ans, 28% présentent un sévère retard de taille (seuil: 3ème percentile. Enquête CPR/ORSTOM, 1984). L'approvisionnement de ce centre urbain est fortement concurrencé par Brazzaville. Il se trouve sur la ligne de chemin de fer et une grande partie de la production vivrière de la campagne environnante est directement expédiée à la capitale.

IV - Education et scolarisation

1- Taux d'inscription scolaire

Avec un taux de 130% en 1982, le Congo aurait le taux d'inscription scolaire le plus élevé au monde (annuaire statistique des Nations Unies).

En réalité ce chiffre montre que l'effectif des élèves inscrits dans les dix classes de l'enseignement obligatoire (Fondamental 1 à 10) est supérieur à l'effectif des classes d'âge correspondantes. Il s'explique par l'effort considérable qui a porté sur la scolarisation des jeunes depuis l'indépendance mais aussi par l'engouement de la population pour l'école, son refus du passé et du statut rural.

En 1965, l'enseignement a été totalement nationalisé et plus tard l'éducation rendue obligatoire de 6 à 16 ans.

Le tableau suivant permet de mesurer l'ampleur de la progression:

	écoles	classes	enseignants	élèves
Fondamental 1				
1965/1983	806/1419	2766/10200	2111/7790	171520/419000
Fondamental 2				
1965/1983	44/180	292/2250	400/11992	11992/165000
Secondaire				
général	3/12	29/609	* /983	696/32500
1965/1983				

En 1982, le budget de fonctionnement de l'éducation nationale était de 33 731 500 000 FCFA soit 15.8 % du budget de fonctionnement de l'état. Le budget d'investissement était de 2 679 000 000 FCFA soit 2.3 % du budget d'investissement de l'Etat.

2-Conditions de la scolarisation

La qualité des enseignants, celle des conditions d'accueil n'a pas suivi la progression du nombre des classes et des élèves. Dans les grandes villes, les effectifs des élèves dépassent souvent 80 par classes.

Le taux de scolarisation pendant les premières années de la scolarisation obligatoire dépasse pratiquement partout 90 % mais il est très probable que ce taux chute progressivement par la suite; notamment en milieu rural. Cette baisse (effective ou par absentéisme scolaire) est compensée par la rétention dans le système scolaire, d'élèves agés (ce qui explique un "taux d'inscriptions" scolaires supérieur à l'unité).

Ainsi, d'après les études socio urbaines du CRETH en 1980, la proportion d'hommes de plus de 15 ans maintenus dans le système scolaire était d'environ 40 % à Brazzaville et à Pointe-Noire, 37 % dans les centres secondaires !

Malgré une progression également très nette, l'enseignement technique et professionnel reste très en retrait : en 1983, on comptait 9845 élèves dans les collèges d'enseignement technique (CET), 5420 dans les centres de métiers, 4685 dans le secondaire technique et 1600 dans le secondaire professionnel.

Si, pour la majorité des parents d'élèves, l'école apparaît comme le seul moyen pour leur enfant de "s'en sortir", le succès scolaire est loin de garantir un emploi; et si la scolarité

confère un statut aux plus âgés, elle ne fait dans bien des cas que masquer leur situation de chômeurs (comme dans bien d'autres pays).

L'absence de débouchés de l'enseignement général rend encore plus critique le déséquilibre des effectifs avec l'enseignement technique et professionnel (l'enseignement professionnel est particulièrement coûteux pour les parents. Mais d'une façon générale bien que l'enseignement soit gratuit, le budget "scolarité" des familles est important : tenues scolaires, fournitures, livres, cotisations diverses).

Les taux de redoublement par classe sont très élevés et les pourcentages d'admission en 1983 étaient respectivement de 78% pour le CEPE (Certificat d'Etudes Primaires Elémentaires), 22.2% pour le BEMG (Brevet d'Etudes Moyennes Générales) et 20.4 % pour le BAC (Statistiques du Ministère de l'Education Nationale).

3- L'analphabétisme

Le taux d'analphabétisme au Congo était, selon le Ministère de l'éducation Nationale, de l'ordre de 18 % en 1982, pour une population adulte d'environ 500 000 personnes.

L'opposition est nette entre zones rurales et centres urbains; elle est également notable entre hommes et femmes: l'analphabétisme touche environ deux femmes pour un homme.

Cette disparité se retrouve dans l'enseignement secondaire et supérieur.

Si au début des 10 années d'enseignement obligatoire (Fondamental 1 et 2) le rapport des sexes est de un garçon pour 1 fille, en Terminale (Secondaire 3ème année) il est de 4 garçons pour 1 fille.

4- Grossesse, avortement et contraception en milieu scolaire

La maternité ne semble pas étrangère à cette situation de déséquilibre entre le degré de scolarisation des filles et celui des garçons.

Dans son étude portant sur la population de Brazzaville, Duboz montre que la plupart des jeunes filles ont eu leur premier enfant avant 20 ans et la moitié d'entre elles ont déjà eu leur second enfant à cet âge.

Dans une étude effectuée par l'ORSTOM en 1983 au Lycée de la Révolution, 37 % de l'échantillon des filles interrogées, âgées en moyenne de 22 ans, avaient eu au moins un enfant. Si toutes les filles de leur génération avaient poursuivi leur scolarité, ce pourcentage aurait dû être supérieur à 70 %.

Les grossesses qui autrefois amenaient l'exclusion pure et simple des jeunes élèves du système scolaire, sont maintenant tolérées. Pour ces écolières dont beaucoup ont migré à Brazzaville pour suivre leur scolarité, la grossesse apparaît comme un handicap majeur. Ces jeunes filles enceintes sont souvent confrontées d'emblée à un environnement familial hostile et à d'importantes difficultés économiques.

Dans la moitié des cas, le père de l'enfant est lui-même élève. Cette grossesse aboutit, lorsqu'elle ne donne pas lieu à un avortement clandestin, à une maternité où sont accumulés une majorité de risques de fausse-couches précoces, de mortalité maternelle ou infantile : mauvaise acceptation d'une grossesse source de conflits, absence de surveillance pré et post-natale, primiparité et jeune âge, grande fréquence des maladies sexuellement transmissibles.

A ces problèmes liés au contexte de la grossesse, s'ajoutent ceux d'un sevrage très précoce pour cette jeune mère qui aura quitté la maternité pour retrouver au plus tôt les bancs de l'école.

(voir le paragraphe malnutrition)

Un dernier aspect doit être souligné : d'après l'étude effectuée

en 1984 par l'ORSTOM, il s'est avéré que parmi les enfants de ces "mères élèves", 22 % étaient déjà eux-mêmes scolarisés!

Si toutes les méthodes contraceptives sont connues des élèves (Enquête ORSTOM 1984), les seules qui leur sont accessibles effectivement sont les moins efficaces, à savoir, les méthodes dites naturelles. L'avortement apparaît alors souvent comme la seule issue : un tiers des grossesses des élèves interrogées aurait été volontairement interrompues.

Ces avortements illicites sont souvent effectués dans les pires conditions : manœuvres abortives uniquement destinées à provoquer l'hémorragie initiale; le curetage définitif est alors réalisé à l'hôpital, souvent trop tard, aboutissant trop souvent à une stérilité définitive ou au décès de la jeune femme (voir Mortalité maternelle).

La très forte demande d'aide et d'informations en matière de Planning Familial qu'expriment les élèves tant en direction de leur entourage, que du système socio-sanitaire n'est pas perçue. L'attitude de beaucoup d'adultes à l'égard de leurs enfants est de préférer des menaces d'exclusion de la famille et de s'en remettre au cours de sciences naturelles pour ce qui est des aspects pratiques.

CCf. 26-57-66-67-10-53-85

5- L' école, élément du système de Santé

En ce qui concerne le dispositif de santé scolaire, la disproportion des hommes et des moyens est flagrante:

Comment 300 agents de la Santé Scolaire peuvent-ils mettre en oeuvre efficacement des opérations de dépistage, de surveillance de la croissance, de vaccinations, de contrôle des conditions sanitaires (eau courante, latrines) , d'accueil des élèves dans les écoles , d'éducation pour la santé , lorsqu'ils se trouvent en face de plusieurs centaines de milliers d'élèves?

Le projet pourrait sembler irréalisable.

Mais nous pensons que la situation est très différente si l'on mobilise les principaux acteurs (élèves, parents et enseignants) pour la réalisation de ces objectifs.

Ce sont eux qui forment la "communauté de base" au sens où est employée cette expression lorsqu'il s'agit de Soins de Santé Primaire.

Ce concept n'est pas transposable tel quel dans les écoles, mais il peut constituer une ligne directrice quant à la démarche à suivre.

Dans l'enchaînement des causes et des effets, l'école n'apparaît que comme le lieu d'émergence de problèmes qui, bien que liés au système scolaire, lui sont extérieurs.

Mais pourtant, nous avons la conviction que l'école est un lieu (ou plutôt un milieu) stratégique pour l'action de santé publique.

Dans le cadre des études que nous avons menées dans les écoles, nous avons utilisé avec des collègues de l'INRAP, de la Santé Scolaire, des Affaires Sociales et de la SMI, des méthodes d'animation de groupes sur des thèmes directement liés à la "Santé maternelle et infantile".

Cette expérience nous a persuadé du formidable effet démultiplicateur que représentait la pédagogie de groupe dans un dispositif comme celui de l'école (J.Tchikaya, M.Lallemant; ORSTOM 1984).

Cf. 27-35-38-42-81

V. L'explosion urbaine : quelles conséquences du point de vue de la Santé Publique ?

1- Le phénomène urbain au Congo

Si dans la plus grande partie de l'Afrique noire, le phénomène urbain a moins d'un siècle, il a pris depuis trente ans l'allure d'une véritable explosion.

Avec des taux d'accroissement respectifs de 6.4 % et 6.9 %, les populations de Brazzaville et de Pointe-Noire doublent en près de dix ans.

Au Congo, la scolarisation a sans doute été le principal moteur de l'urbanisation. L'accroissement de Brazzaville et de Pointe-Noire est resté modeste pendant la période coloniale. Ces deux villes étaient les "têtes de pont" situées de part et d'autre de la ligne Congo-Océan de façon à drainer vers la métropole les produits de l'intérieur du pays. Une fois le marché de l'emploi satisfait pour les besoins de l'administration centrale et des activités portuaires, ces villes étaient peu attractives.

L'exode rural et l'urbanisation rapide inquiétaient déjà les pouvoirs publics avant l'indépendance. Mais celle-ci a donné une formidable poussée au mouvement de polarisation de l'espace par et entre les deux métropoles. Pendant 20 ans toutes les filières éducatives aboutissaient inévitablement à l'une d'entre elles. La migration scolaire s'est faite vers et à travers l'école; de l'école du village à celle d'un Poste Administratif (PCA) ou d'un centre secondaire, puis au lycée d'une grande ville.

Les jeunes ne retournent pas à la campagne: L'école les engage vers une toute autre voie que celle de l'agriculture (psychologiquement et pratiquement : le "calendrier scolaire "

ne coïncide pas avec celui des travaux agricoles).

L' "idée reçue" de la ville, attachée à l'histoire urbaine du 19ème siècle européen est, celle d'une "ville-monstre" qui attirerait inexorablement les ruraux ignorants pour les envoyer croupir dans les bidonvilles insalubres de ses périphéries.

Au Congo, comme dans bien d'autres pays en développement, le "drame urbain" est en réalité précédé d'un autre drame : celui d'un paysannat que la terre ne fait plus vivre ou qui a pris conscience de sa misère; qui sait qu'en ville on peut vivre autrement.

En partant vers la ville il se dirige vers le lieu où de toute façon se prépare son avenir; le seul où il a une chance de trouver un revenu monétaire, une chance de s'instruire, de pouvoir exprimer une revendication : le seul espoir de changement. La question qui se pose alors est de savoir le prix à payer pour cette chance.

Du point de vue de la santé, dans la plupart des études, quelles soient globales ou restreintes à un problème particulier, la ville n'est considérée que comme un cadre géographique. Le phénomène urbain n'est qu'exceptionnellement pris en compte comme facteur explicatif dans l'analyse des faits observés sur le plan sanitaire (mis à part les habituels clichés sur la clochardisation des quartiers irréguliers).

A l'inverse lorsque l'urbaniste aborde les questions d'assainissement ou d'habitat, la référence à la santé est extrêmement imprécise. Pourtant lorsque les conditions économiques dictent des choix, il importe aux pouvoirs publics de connaître les avantages respectifs qu'il y aurait, par exemple, à développer une politique d'adduction d'eau potable ou bien à rénover le réseau d'assainissement d'une ville.

Les statistiques émanant des formations sanitaires ne sont pas

^Établies dans un but de recherche, ou de surveillance épidémiologique. Ce sont des statistiques d'activité qui doivent renseigner sur la demande future en fonctionnement et en investissement. Le motif de la consultation et le diagnostic finalement retenu y sont souvent confondus.

Ensuite le dénominateur, à savoir la population à laquelle se rapportent les faits de santé, est mal connu.

Ainsi dans une étude effectuée dans un quartier de l'Est de Brazzaville nous avons pu observer que si la moitié de la population enfantine était suivie à titre préventif dans certaines structures, ces mêmes structures ne recevaient que 5% de la population du même quartier à titre curatif. Ainsi la couverture d'une structure peut être très différente selon les branches de son activité.

Enfin toutes ces statistiques ignorent systématiquement l'itinéraire de l'individu à travers l'ensemble du système d'offre de soins qu'il soit de type "traditionnel" ou de type "moderne".

Cette multiplicité de l'offre de soins est caractéristique des situations urbaines. Elle ne signifie en aucun cas une plus grande proximité ou accessibilité des structures de soins, -parfois même elle indique le contraire- malgré des ratios de médecin par habitant, ou de lits d'hôpital par habitant toujours favorables aux citadins.

En ville les échanges sont essentiellement monétaires, la division sociale du travail très forte, autrement dit les situations urbaines sont très hétérogènes.

Les citadins sont constitués en familles, en communautés de travail, de quartiers, d'entraide.

Les questions qui se posent sont les suivantes :

Quelles maladies rencontre-t-on selon les quartiers, les couches sociales, les modalités d'insertion urbaine ?

Quelles relations existent entre ces pathologies et l'environnement proche des citadins (habitat, assainissement, hygiène) ou des variables plus lointaines (démographiques, sociales ou culturelles) ?

Peut-on hiérarchiser ces problèmes et définir des populations à risque pour lesquelles des actions spécifiques pourraient être envisagées ?

Aujourd'hui il est difficile de répondre à ces questions.

Paradoxalement le milieu rural est mieux connu. Les unités de peuplement sont mieux localisées. Les études monographiques abondent. Les projets de développement intègrent bien souvent les aspects économiques, socio-sanitaires, écologiques et humains.

Nous ne pouvons évoquer que quelques aspects de l'urbanisation au Congo (esquisse démographique, évolution récente de l'emploi et des revenus, l'habitat au sens large, c'est à dire l'espace dans lequel évoluent les citadins : la maison, mais aussi l'approvisionnement en eau, l'assainissement, l'évacuation des eaux vannes, la voirie...).

Ce sont autant de pistes de travail, de recherches ultérieures qui seules permettront de fonder une action en faveur des citadins les plus pauvres. Les importantes disparités de l'état nutritionnel des enfants à Brazzaville, d'un quartier à l'autre permettent d'affirmer qu'il existe une pauvreté spécifiquement urbaine.

Cf. 18-61

2- L'armature urbaine

A côté de Brazzaville (600 000 habitants) et de Pointe-Noire (300 000 habitants), le Congo comprend 12 villes de plus de 10 000 habitants, 10 villes entre 10 000 et 5 000 habitants, 30 bourgs entre 5 000 et 2 000 habitants, 49 entre 2 000 et 1 000 habitants (CNSEE, 1985).

Le diagnostic porté en 1980 par le CRETH reste sans doute vrai aujourd'hui :

Sur le plan migratoire, les pôles d'attraction sont Brazzaville, Pointe-Noire et Loubomo, avec une faible taux d'emploi, des revenus par actif relativement élevés (sex ratio entre 15 et 60 ans avoisinant 110).

NKayi et Mossendjo sont dans une situation moyenne. Les migrations se sont ralenties et de ce fait les taux d'emplois sont assez élevés.

Les autres villes stagnent ou regressent. Elles sont marquées par un départ massif des hommes actifs (sex ratio 15-60 ans inférieur à 80), l'arrivée de migrants ruraux, un faible niveau des revenus.

Cf. 51

3- La pauvreté urbaine

L'étude socio urbaine CRETH/URBANOR fournit un indice de pauvreté à partir du pourcentage de ménages sans actifs et le pourcentage de ménages recevant un revenu inférieur à 20 000 FCFA par mois. Dans cette étude les individus ayant un emploi rémunéré sont seuls considérés comme actifs. Le tableau suivant ignore donc les revenus du secteur dit "informel".

Les pourcentages de ménages disposant de ressources monétaires régulières inférieures à 20 000 FCFA se distribuent ainsi dans les quatorze principaux centres urbains du pays :

Brazzaville	34.4	Pointe-Noire	29.2	CRETH/URBANOR
Loubomo	64.9	Ouessou	34.6	1980
Kinkala	68.3	Owando	55.6	
Impfondo	55.6	Mossendjo	67.4	
Madingou	58.8	Makoua	64.4	
Sibiti	62.0	Nkaï	57.6	
Djambala	65.7	Gamboma	72.6	

Ces chiffres illustrent bien la "ruralité" des centres secondaires du Congo (B.Mengho)

Le taux d'activité des hommes de 15 à 19 ans est partout très faibles. Entre 20 et 25 ans il était, en 1980, de 36 % à Brazzaville et de 73 % à Pointe-Noire; entre 25 et 44 ans, proche de 90 % dans les deux villes.

D'une façon générale, l'emploi féminin salarié représente 25 à 30 % de l'emploi masculin.

Les salaires médians se répartissent comme suit (FCFA) :

	Brazzaville	Pointe-Noire	C.Secondaires
Ménages	33 000	37 000	20 000
Salariés	43 000	42 000	29 500
Actifs	31 000	34 000	20 500
Non salariés	14 000	11 000	12 000
Agriculteurs	-	-	9 500

CRETH/URBANOR 1980

Nb. Les différents critères utilisés dans ce tableau : revenus des ménages, des actifs, des salariés ne sont pas opposables entre eux.

(se reporter à la fiche statistique récapitulative pour la distribution des salaires dans les différents centres urbains).

Le secteur public et para public assure presque 70 % des emplois salariés urbains et 45 % de la totalité des emplois au Congo.

Les liens des nouveaux citadins avec le monde rural se distendent à mesure que s'opère leur insertion urbaine. Ce sont leurs revenus monétaires qui déterminent leurs conditions de vie en ville : statut d'hébergé, de locataire, accès à la propriété du logement; qualité de l'habitat; quartier de résidence.

Les quartiers les plus périphériques restent enclavés, pratiquement inaccessibles pour les transports en commun pendant la saison des pluies. La pression urbaine a nécessité le lotissement de sites extrêmement fragiles du fait de la nature du sol et des pentes. Ces sites ne sont pas protégés contre l'érosion. Les eaux pluviales, non canalisées, creusent des ravins et provoquent en contrebas des inondations.

Dans certains quartiers centraux de Brazzaville, on peut apprécier la fréquence et l'intensité des inondations par les dispositifs inventés par les citadins pour se protéger : surélévation des latrines, fermeture du bas des portes des maisons par un ou deux rangs de briques. Le réseau d'assainissement des quartiers n'existe pratiquement que dans l'ancienne ville coloniale, mais il est le plus souvent hors d'état.

Un fait est remarquable, à Pointe-Noire plus qu'à Brazzaville : les quartiers périphériques sont occupés de façon préférentielle par des citadins de longue date. Beaucoup sont propriétaires de leurs parcelles. Ainsi à Brazzaville il n'existe pas, du moins à première vue, (voir analyse de l'état nutritionnel) de ségrégation spatiales des groupes sociaux. Le "quartier d'arrivée" de la majorité des migrants est - Poto-Poto/Ouenzé/Moungali - . Il est proche des centres d'activités,

donc des lieux d'emploi. Ce n'est qu'après quelques années, que les migrants rejoignent des quartiers plus périphériques, seuls disponibles pour accéder à la propriété, en fonction de leurs affinités familiales et ethniques.

En fait il est difficile de faire une typologie des quartiers en fonction des logements comme dans certaines autres villes. Les vrais disparités tiennent à l'accès aux infrastructures urbaines. Ainsi selon l'étude socio-urbaine du CRETH, un tiers des ménages de Brazzaville, Pointe-Noire et Loubomo bénéficient de l'eau courante; 4 % dans les autres centres urbains.

La sous location des branchements et la vente au détail sont généralisées. Le prix de l'eau du réseau peut être multiplié par 10. Cette location concerne 56 % des ménages de Brazzaville, 44 % de ceux de Pointe-Noire. L'eau du fleuve et des puits est utilisée par près de 10 % des ménages à Brazzaville et 23% à Pointe-Noire. Mais d'un quartier à l'autre les disparités sont grandes.

A titre d'exemple, dans l'Est de Brazzaville l'approvisionnement en eau dans 3 quartiers contigus était la suivante :

(ORSTOM, 1984)

branchement/ maison	/parcelle	location	v.détail	puits
- 1%	15%	16%	67%	- 1%
2.2 %	45%	37%	16%	1%
1.6 %	9.7%	11%	64%	10%

V : vente

Dans certains quartiers (Talangai, Kinsoundi, Ngamaba) il n'y a pas d'autres choix que l'eau parfois polluée des puits et marigots.

Le fait d'avoir un branchement ne garantit pas l'arrivée de l'eau dans la parcelle : dans certaines zones la pression n'est suffisante parfois qu'à deux heures du matin.

Lorsque l'on progresse de la périphérie vers le centre, l'habitat se fait plus dense, "l'urbanisation" augmente tant du point de vue des infrastructures urbaines (eau courante, électricité, voirie, ramassage des ordures ménagères) que de celui de l'habitat (pourcentage des logements ayant un sol cimenté, disposant d'un W.C dans la parcelle).

Si l'on prend comme indicateur la présence ou l'absence d'installations sanitaires, on remarque que pour le front d'urbanisation, 14.3% des parcelles n'en disposent pas. Ce pourcentage décroît progressivement pour n'être que de 2.3% dans les quartiers les plus anciens.

Mais si de nombreux brazzavillois vivent dans des conditions de logement difficiles (taille des logements de 3 à 4 pièces pour des ménages en moyenne de 6 personnes) il n'existe pas à proprement parler de bidonvilles.

La situation semble différente à Pointe-Noire où en dehors des quartiers les plus anciens on peut rencontrer jusqu'à 60 % de logements faits de planches ou de matériaux de récupération. Les ménages qui les occupent disposent de revenus comparables ou supérieurs à ceux de Brazzaville mais ils semblent avoir d'autres priorités (Il faut noter qu'à Pointe-Noire le bois est beaucoup moins cher qu'à Brazzaville).

Nous connaissons encore mal les relations entre les conditions de vie urbaine et la santé des citadins, notamment celle des femmes et des enfants particulièrement sensibles à leur environnement pendant la grossesse et les premières années de la vie.

Nous savons cependant que ces relations existent : la situation nutritionnelle des jeunes écoliers de Brazzaville le démontre. Les enfants les plus retardés en taille sont aussi ceux dont les parents ont le statut socio-économique le plus bas, qui ont la plus grande probabilité d'échecs scolaires et qui habitent dans les quartiers les moins bien équipés (il s'agit évidemment de

relations statistiques). Leur situation n'est pas meilleure que celle des ruraux.

Cf. 3-4-12-29-37-44-64-80

Il convient d'aller plus loin dans la recherche épidémiologique mais aussi dans l'action. Notamment en établissant dans la concertation avec chaque communauté, ses propres priorités. Elles sont nécessairement différentes d'un quartier à l'autre.

Nous pensons que dans une très large mesure, l'aménagement urbain fait partie du "système de santé".

Aussi instaurer le dialogue avec les citoyens en matière d'urbanisme c'est appliquer à la ville les premiers principes de la santé communautaire.

CONCLUSION

Les indicateurs de santé (mortalité, morbidité) révèlent une situation qui aujourd'hui préoccupe les responsables de Santé Publique. Si, globalement, depuis dix ans, la mortalité infantile a diminué et l'état nutritionnel de la population s'est amélioré, en revanche persistent des disparités importantes entre les régions et les quartiers des villes. Des mesures de Santé Publique spécifiques, prenant en compte ces disparités, sont nécessaires pour faire face aux problèmes les plus urgents.

L'approche proprement médicale ne peut ignorer la situation générale du pays. C'est pourquoi une très large place a été faite à la remise en "contexte" des données sanitaires.

Le Congo, du fait de la récession mondiale et en particulier en raison de la baisse des cours du pétrole, entre aujourd'hui dans une phase de difficultés économiques.

Les conséquences intéresseront en premier lieu la santé. C'est pourquoi la malnutrition et ses effets sur le développement de l'enfant a été traitée en même temps que les questions de production vivrière, de disponibilités et de dépendance alimentaires.

Nous nous sommes attachés à montrer les contraintes du développement d'un pays sous-peuplé et dont 60 % de la population est concentré dans les villes. Cette urbanisation exceptionnelle constitue peut-être une image du futur pour l'Afrique Noire. Ses conséquences sur la situation sanitaire sont encore mal

connues. Mais les résultats dont nous disposons aujourd'hui sur l'état nutritionnel des citadins démontrent la spécificité des problèmes socio-sanitaires en ville. Les recherches en Santé Publique en milieu urbain apparaissent ainsi de plus en plus indispensables.

Une attention particulière a été portée à la scolarisation. Un problème spécifique se pose : celui de la grossesse des jeunes filles scolarisées. Mais aussi, étant donné le taux de scolarisation très élevé au Congo, l'école doit être considérée comme un lieu d'intervention privilégié pour la santé des enfants et des adolescents.

A côté du programme national de vaccinations, de la promotion des méthodes de lutte contre les maladies diarrhéiques et de réhabilitation nutritionnelle, l'accent doit être mis sur la mise en place d'un dispositif de Soins de Santé Primaire effectif, à savoir un dispositif qui engage à part égale les pouvoirs publics et les communautés de base autant dans les prises de décision que dans la mise en oeuvre des moyens.

BIBLIOGRAPHIE

1. BITEMO M., KIMPOUNI D., MVILA G.

T : Enquête sur la mortalité infantile et juvénile à Brazzaville.

Volume 1 à 7

P/année 1982 - 1984

CIF - Direction des statistiques démographiques et sociales.

2. BOUNGOU G., GRUENAIIS M.E., GUILLAUME A., LACOMBE B.

Données statistiques sur la famille au Congo.

Rapport final du projet DGRS Congo et ORSTOM Brazzaville sur les normes démographiques et les nouvelles dimensions familiales au Congo.

P/année 46 p. 1984

CIF - Direction Générale de la Recherche Scientifique R.P. Congo
- ORSTOM

3. BUYA J.

T : La politique urbaine de l'eau - Cas de Brazzaville

P/année 124 p. 1980

CIF - Université Marien Ngouabi

4. BUYA J.

T : Rapport préliminaire, sur les quartiers Est de Brazzaville

P/année 20 p. 1985

CIF - ORSTOM

5. CARE Congo

T : Rapport final de l'enquête sur les habitudes nutritionnelles.

P/année 72 p. 1982

CIF - USAID

6. CARME PR.A.

T : Premiers résultats de l'étude de la chimio sensibilité à la chloroquine des souches congolaises de Plasmodium.

P/année 3 p. 1985

CIF - INSAA

7. CARNEVALE P., LALLEMANT M., MOLINER M., MOUCHET J., COZ J

T : L'évaluation des seuils critiques de transmission de paludisme en zone d'endémie stable.

P/année 70 p. 1982.

CIF - Revue d'épidémiologie et de Santé Publique

8. CCCD

T : La lutte contre les maladies transmissibles de l'enfance.

P/année 12 p. 1985

CIF - Direction de la Médecine Préventive

9. CLAQUIN P.

T : Projet de Soins de santé primaire dans la région du Niari en République Populaire du Congo.

P/année 65 p. 1983-1984

CIF - GTZ

10. CNSEE

T : Annuaire statistique 1982.

P/année 25 p. 1982

CIF - Ministère du Plan

11. CRESTA M.

T : Séminaire régional sur l'alimentation et la malnutrition - La consommation alimentaire en milieu rural - Résultats des enquêtes dans les districts d'Ewo et de Kindamba. Evolution du modèle de consommation alimentaire à Brazzaville.

P/année 19 p. 1981-1983.

CIF - FAO

12. CRETH/URBANOR

T : Schéma directeur de Brazzaville. Etude socio-urbaines: Brazzaville, Pointe-Noire, Centres secondaires.

P/année 3 Vol. 1980

CIF - Ministère des T. P. et de la Construction

13. DE MONGOLFIER M.

T : Dossier sur la commercialisation des denrées vivrières en R.P. du CONGO

P/année 36 p. 1984

CIF - non publié

14. DINGA S., Mme BEMBA, DINGA J. Mme OMBAKA, LOUNANA J.

T : Rapport d'activités.

P/année 105 p. 1982.

CIF - Laboratoire National

15. DIRECTION DE LA MEDECINE PREVENTIVE.

T : Rapport d'activités 1985

P/année 30 p. 1985

CIF - Ministère de la Santé et des Affaires Sociales.

16. DIRECTION DE LA STATISTIQUE ET DES ETUDES DEMOGRAPHIQUES..

T : Enquêtes statistiques sur la santé maternelle infantile et juvénile à Brazzaville.

P/année 39 p. 1983

CIF - Ministère du Plan

17. DIRECTION DU DEVELOPPEMENT RURAL

T : Plan quinquennal de développement économique et social en République Populaire du Congo.

P/année 346 p. 1982-1986

CIF - Ministère du Plan

18. DORIER E.

T : Contribution à la géographie de la Santé. Le cas de Brazzaville.

P/année 70 p. 1985

CIF - Mémoire DEA . Paris X / ORSTOM

19. DUBOZ P.

T : Etude démographique de la ville de Brazzaville.

P/année 268 p. 1979

CIF - ORSTOM

20. DUBOZ P.

T : Aspects démographiques de la région de la Lékoumou (R.P. du Congo)

P/année 29 p. 1975

CIF - ORSTOM

21. DUBOZ P.

T : Mortalité infantile et juvénile en R.P. du Congo.

P/année 33 p. 1983

CIF - ORSTOM

22. DUBOZ P.

T : L'homme et la trypanosomiase en R.P. du Congo.

P/année : 11 p. 1984

CIF - ORSTOM.

23. DUHEM B. et C.

T : Rapport sur la commercialisation des denrées vivrières.

P/année 181 p. 1983

CIF - OCV

24. FREZIL J.

T : La Trypanosomiase en R.P. du CONGO.

Thèse d'état.

CIF - ORSTOM.

25. FREZIL J.L., LANCIEN J., YEBAKIMA A., EOUZAN J.P., GINOUX P.Y., MALONGA J.R.

T : Epidémiologie de la trypanosomiase humaine en R.P. du Congo.

III Foyer de MBomo

CIF - Cahiers ORSTOM, Sér. Ent. Méd. et Parasitol. Vol.XIX, n 3

P/année 12 p. 1981

26. GALESSAMY-IBOMBOT

T : Rapport de la Direction de la Santé Scolaire Universitaire et de la Médecine du Sport

P/année 166 p. 1985.

CIF -

27. GAUTHIER NYELLELE P.

T : Les comités de santé à l'école : un échec ou une réussite

P/année : 4 p.

CIF - non publié

28. GINOUX P.Y. et Al.

T : Accidents observés lors du traitement de la trypanosomiase au Congo.

P/année 351 p. 1984.

CIF - Médecine tropicale.Vol.44 - N 4

29. GOMA LOUSSAKOU F.

T : Essai d'étude urbaine et sanitaire. Infrastructures d'assainissement et problème de protection sanitaire dans la collectivité de Brazzaville.

Thèse 3 cycle EHSS, Paris 1979.

P/année 1979.

CIF -

30. GUILLO DU BODAN H.

T : Contribution à l'étude de la morbidité et la mortalité chez l'enfant de moins de 5 ans en milieu tropical - A propos d'une étude effectuée dans un secteur rural de la région de Brazzaville République Populaire du Congo.

P/année 1982.

CIF - Thèse de Doctorat en Médecine. Université de Paris.

31. GUILLO DU BODAN et Al.

T : Etude retrospective sur la mortalité de l'enfant de moins de 5 ans dans une zone rurale de la région de Brazzaville R.P. du Congo.

P/année 104. 1984.

CIF -

32. GRUENAIIS M.E.

T : Une approche sociologique des malnutritions graves à Brazzaville.

CIF : ORSTOM.

33. JOHNSON E.A.

T : Mortalités maternelle et périnatale en R.P. DU Congo.

P/année 50 p.1983

CIF - INSSA

34. KEUZETA J.J., MERLIN M., KOUKA-BEMBA, SENTILLES L.

T : Quelques aspects de la mortalité dans quelques villes des Etats membres de l'OCEAC à partir des enquêtes de mortalité par maladies diarrhéiques chez des enfants de moins de cinq ans.

P/année 11 p. 1984.

CIF - OCEAC

35. LALLEMANT M.

T : Santé maternelle et infantile en milieu scolaire à Brazzaville

P/année 231 p 1985.

CIF - ORSTOM

36. LALLEMANT M.

T : Problèmes posés par les principaux paramètres épidémiologiques du paludisme.

P/année 9 p. 1981

CIF - ORSTOM

37. LALLEMANT M.

T : Malnutrition et problématique urbaine.

P/année 6 p. 1985

CIF - ORSTOM

38. LALLEMANT M., JOURDAIN G.

T : La grossesse impossible chez les jeunes filles scolarisées à Brazzaville.

P/année 15 p. 1985

CIF - sous presse dans les Cahiers ORSTOM Sciences Humaines

39. LALLEMANT M., SENECHAL J.

T : Malnutrition, Santé et approvisionnement vivrier à Brazzaville

P/année 15 p. 1985

CIF - Seminaire GRET/ ALTERSIAL/ ORSTOM

40. LALLEMANT M., TRAPE J.F., BRANDICOURT O., CARNEVALE P., MOLEZ J.F., BOSSENO. M.F., M. LALLEMANT LE COEUR S., RICHARD A. ZOULANI A.

T : Epidémiologie et clinique du paludisme en zone forestière.
XIV^e Conférence Technique OCEAC Yaoundé 1982.

P/année 1982

CIF - OCEAC

41. LANCIEN J., EOUZAN J.P., FREZIL J.L., MOUCHET J.

T : Elimination des glossines par piégeage dans deux foyers de trypanosomiasés en R.P. du Congo.

Cah.ORSTOM, sér. Ent. Méd. et Parasitol., Vol.XIX, n 4, 1981, 239-247

P/année 9 p. 1981.

CIF - ORSTOM

42. LOLO J.

T : Education sexuelle et prévention des avortements en milieu scolaire congolais.

P/année 110 p. 1982.

CIF - Université Nationale du Benin - OMS

43. MASSAMBA P.

T : Mise au point sur les maladies diarrhéiques chez les enfants de moins de cinq ans en Afrique Centrale.

P/année 858 p. 1975

CIF - OCEAC

44. MAYITSAT-MAHOUNGOU F.

T : Programme d'activité

P/année 5 p.

CIF - Direction de l'hygiène et de l'assainissement

45. MENEZ, B.

T : Les principales causes de cécité chez l'enfant en R.P. du Congo, vol. 41, n 5, 1985.

P/année 527 p. 1981.

CIF - Médecine tropicale

46. MERLIN M. et al.

T : Les maladies diarrhéiques infantiles - Priorité en santé publique pour la population d'Afrique Centrale.

P/année 37 p. 1985.

CIF - OCEAC.

47. MERLIN M.

T : Enquête de morbidité - Mortalité par maladies diarrhéiques chez les enfants de moins de 5 ans à Pointe-Noire en R.P. du Congo.

P/année 15 p. 1985.

CIF - OCEAC

48. MERLIN M.

T : Enquêtes d'évaluation de la couverture vaccinale par le PEV effectuées à Pointe-Noire en R.P. du Congo.

P/année 13 p. 1985

CIF - OCEAC

49. MERLIN M. et RICHARD J.

T : Rapport de synthèse des enquêtes concernant la prévalence des marqueurs de la fièvre jaune dans la population et la répartition des vecteurs potentiels du virus amaril à Pointe-Noire en R.P. du Congo.

P/année 5 p. 1985.

CIF - OCEAC - ORSTOM

50. MINISTERE DU PLAN

T : Résultats provisoires. Recensement National. Population des districts et arrondissements.

P/année 32 p. 1985.

CIF CNSEE

51. MINISTERE DU PLAN

T : Esquisse d'aménagement du territoire

P/année 101 p. 1985

CIF -

52. MINISTERE DU PLAN

T : Annuaire statistique

P/année 279 p. 1982.

CIF - CNSEE

53. MINISTERE DE LA SANTE ET DES AFFAIRES SOCIALES

T : Point sur la situation des garderies d'enfants au Congo.

P/année 5 p. 1985.

CIF - Direction de l'enfance.

54. MINISTERE DE LA SANTE ET DES AFFAIRES SOCIALES

T : Point sur l'exécution physique et financière du budget d'investissement de la Direction Centrale de la Santé Publique, exercice 1984.

P/année 12 p. 1985.

CIF - Direction de la Prévision et du Contrôle.

55. MINISTERE DE LA SANTE ET DES AFFAIRES SOCIALES

T : Rapport des activités du 2ème trimestre 1985.

P/année 12 p. 1985.

CIF - Direction de la Médecine Préventive.

56. MINISTERE DES FINANCES - MINISTERE DU PLAN ET DU BUDGET

T : Agriculture vivrière et Industrie Agro-Alimentaire. Vol.III

Analyse par produits

P/année 181 p. 1985

CIF - Programme d'Assistance BIRD - Réalisation CITERCO.

57. MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE.

T : La Révolution congolaise et l'éducation 1963-1983

P/année 103 p. 1983.

CIF - Ministère de l'Education Nationale

58. MOUAMBENGA M.

T : Agriculture congolaise : faits et chiffres

P/année : 722 p. 1982

CIF - Direction des Etudes de la Planification.

59. MOUAYA J.

T : Place des Soins de santé primaire dans la rougeole en R.P. du Congo

P/année 93 p. 1984.

CIF - INSSSA.

60. MOUDZE H., MBOTA G., MINDOULI S., MADZOU G.

T : Enquête des connaissances d'attitudes pratiques (C.A.P.) sur le paludisme à Brazzaville

P/année 28 p. 1985.

CIF - Direction de la Médecine Préventive .Projet LMTE

61. MOUTSARA A.

T : Exposé sur l'urbanisme et les problèmes d'habitat au Congo

P/année 19 p. 1985.

CIF

62. NGATSE J.M.

T : Séminaire de planification alimentaire. Situation agricole en milieu rural. Résultats des enquêtes à Ewo et Kindamba.

P/année 15 p. 1983

CIF - DEP

63. OKO A.

T : Alimentation de l'enfant congolais de 0-12 mois en milieu urbain.

P/année 114 p. 1981-1982

CIF - Institut Supérieur des Sciences de la Santé (INSSA)

64. P.C.T. Département du Plan et de l'Economie

T : Coût de la vie et pouvoir d'achat à Brazzaville

P/année 17 p. 1983.

CIF -

65. PEELMAN P.H., BRANDICOURT O., MOLEZ J.F., CARNEVALE P.

T : Immunologie appliquée au paludisme: Dynamique de l'acquisition de la prémunition en zone rurale autour de Brazzaville.

P/année 1982.

CIF - OCEAC

66. POATY J.P.

T : Enquête sur les modes de garde des jeunes enfants au Congo.

P/année 112 p. 1983.

CIF - UNICEF - Ministère du Plan - Ministère de l'Education Nationale

67. POATY J;P.

T : Etude sur les conditions de vie de l'enfant au Congo.

P/année 133 p.

CIF - UNICEF

68. POATY J.P.

T : Enquête sur les principaux problèmes ressentis par la femme au Congo.

P/année 169 p. 1984.

CIF - UNICEF et MINISTERE DU PLAN

69. RICHARD A.

T : Epidémiologie du Paludisme dans une Zone forestière du Mayombe.

P/année 60 p. 1983.

CIF - Thèse de Doctorat en Médecine..

70. SABOUKOULOU K.C.

T : Séminaire régional sur l'alimentation

P/année 85 p. 1983.

CIF - Direction du Développement Rural.

71. SAMBA LEFEBVRE M.C.

T : Utilisation de la rehydratation par voie orale en milieu hospitalier.

P/année 3 p. 1984

CIF - OCEAC

72. SCHMIDT-EHRY G.

T : Plan préopérationnel pour la dernière phase du projet

P/année 70 p. 1984

CIF - Projet de lutte contre la schistosomiase dans le Niari au Congo.

73. SENGA P.

T : Alimentation de l'enfant de moins d'un an en milieu tropical urbain - A propos de 306 Cas

P/année 557 p. 1983

CIF - AFRIQUE MEDICALE

74. SENGA P. et PAMBOU J.L.

T : Malnutrition proteino-calorique de l'enfant en milieu urbain
P/année 554 p. 1981.

CIF - Afrique Médicale.

75. SLOTHOUBER A.

T : Pratiques sur l'alimentation du nourrisson en R.P. du Congo.
P/année 117 p. 1982;

CIF - Fonds des Nations-Unies pour l'Enfance.

76. SOUSBIE.

T : Etude de la problématique de l'autosuffisance alimentaire
(rapport de mission)

P/année 42 p. 1982.

CIF - Programme des Nations-Unies pour le Développement

Organisation des Nations-Unies pour l'Alimentation et
l'Agriculture.

77. SOUSBIE

T : Deuxième partie : Etudes sectorielles

P/année 140 p. 1980.

CIF - Ministère du Plan

78. SUDRIE O.

T : Dépendance internationale des modes de consommation urbains
et développement auto centré

P/année 56 p. 1980

CIF - Université Marien NGOUABI

79. TAYLOR W., DABIS F.

T : Rapport de mission .

La situation de la rougeole à Brazzaville

P/année 2 p.1985.

CIF - CDC

80. TCHIBINDA F., APPRIL C.

T : La ligne de pauvreté

P/année 4 p. 1985

CIF - ORSTOM

81. TCHIKAYA J., LALLEMANT M.

T : L'école , milieu privilégié pour l'intervention en Santé Publique.

P/année 8 p. 1984

CIF - ORSTOM

82. TRAPPE J.F.

T : Paludisme et urbanisation en Afrique Centrale - L'exemple de Brazzaville.

Enquêtes parasitologiques en zone suburbaines et zone rurale environnantes.

P/année 22 p. 1985.

C.I.F. - ORSTOM à paraître.

83. TRAPPE J.F., QUINET M.C., CARME B., NZINGOULA S., SENGA P., CANDITO D., ZOULANI A.

T : Paludisme et Urbanisation en Afrique Centrale - L'exemple de Brazzaville. Accès pernicious et mortalité.

P/année 26 p. 1985.

CIF - ORSTOM à paraître

84. VENNETIER P., LACLAVERE G.

T : Atlas de la République Populaire du Congo.

P/année 64 p. 1977.

CIF - Editions : JEUNE AFRIQUE

85. VILLOD M.T.

T : Rapport de mission à l'UNICEF/Brazzaville

P/année 32 p. 1983

CIF - Département des Enseignements - Centre International de l'Enfance.

86. YALA F. et CHOISY C.

T : Contribution aux enquêtes sur la sérologie toxoplasmique en Afrique Centrale - Première approche chez la femme enceinte.

P/année 207 p. 1983

CIF - AFRIQUE MEDICALE

87. YALA F. et Al.

T : Enquête sérologique sur l'incidence de la syphilis et première utilisation de la réaction d'hémagglutination - passive (IPHA) à Brazzaville.

P/année 259 p. 1983.

CIF - AFRIQUE MEDICALE

END

U10 Lallemand, Marc -
CON Analyse de la -
1985 situation sanitaire
des enfants et des
34001744aeres en Republique

DATE LOANED	BORROWER'S NAME	DATE RETURNED
4/1/87	KRASKEY	

