



CF Item Barcode Sign

Page 1  
Date 25-Jan-2007  
Time 6:13:37 PM

Login Name Adhiratha Keefe



CF-RAI-USAA-DPP-LIB-2007-00265

Expanded Number **CF-RAI-USAA-DPP-LIB-2007-00265**

External ID **CF-DRC-1992-SIT-ANAL-FEM-ENF-01**

Title

**Analyse de la Situation des Enfants et des Femmes au Congo. 1992. Part 01 of 03 for scanned version Part 01= (p. I-XII, 1-86)**

Date Created / From Date  
15-Jan-1992 at 11:38 AM

Date Registered  
15-Jan-2007 at 11:38 AM

Date Closed / To Date

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 15-Jan-2007 at 11:38 AM**

F12: Status Certain? **No**

Item Nu01: Number of Pages **0**

F13: Record Copy? **No**

Item 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

*Thomas Milsom*

*Thomas Milsom*

17

Blank

REPUBLIQUE DU CONGO

ANALYSE DE LA SITUATION  
DES ENFANTS ET DES  
FEMMES AU CONGO 1992



## AVANT-PROPOS

"L'Analyse de la situation des Enfants et des Femmes au Congo" constitue le premier maillon dans la chaîne d'exercices qui conduira finalement à l'adoption par le Conseil d'Administration de l'Unicef, d'un programme de coopération entre l'Unicef et le Gouvernement de la République du Congo pour la période 1993 à 1997. Son objectif est de mettre en relief les problèmes majeurs affectant la survie, le développement et la protection des enfants et des femmes, ainsi que les causes immédiates, sous-jacentes et structurelles. De la qualité de ce travail dépend la pertinence de l'action du gouvernement appuyé par l'Unicef, en faveur des enfants et des femmes de ce pays.

En plus de servir de base à l'élaboration du programme de coopération entre le Congo et l'Unicef, cette analyse de la situation vise également à établir une banque de données sur la femme et l'enfant au Congo pouvant aider à satisfaire les besoins en informations des services du Gouvernement, des agences de coopération bilatérales et multilatérales et des organisations non gouvernementales, dans le cadre d'une approche participante. Cette banque de données constitue également une base de référence utile pour suivre les indicateurs correspondant aux objectifs adoptés lors du Sommet Mondial pour les enfants ainsi que l'application de la Convention sur les Droits de l'Enfant. Enfin, les lacunes notées sur la disponibilité en données récentes et fiables dans certains domaines précis (par exemple la mortalité maternelle) devraient permettre de mettre en place un processus visant le renforcement des capacités de collecte et d'analyse à tous les niveaux.

"L'Analyse de la situation de la femme et de l'enfant" a été rédigée sous la direction des autorités congolaises et du bureau de l'Unicef à Brazzaville, en particulier la section des programmes composée de Madame Catherine Mbengue, du Docteur Pascal Villeneuve et de Monsieur Anatole Bansimba. Des experts ont participé à la collecte des données et à la réflexion ayant abouti au présent document. Ce sont Mesdames et Messieurs Biampandou Mampouya, Boungou Gaspard, Goma Isabelle, Liman Tinguiri, Mabilia-Ngoulou Ange, Maboundou Rigobert, Makonda Antoine, Massamba Bernard, Massamba Jean-Pierre, Mouyokani Jérémie, Poaty Jean-Pierre, Ried Georges Jacques, Tchibindat Félicité, Tobi N'Dzaba, Yambo Paulette, Kouvididila Hyacinthe Wenceslas, Kamba Paul et Toto Jean Paul.

La rédaction finale et la production ont été confiées à Monsieur Jean-Michel Delmotte.

Nous voudrions tout spécialement remercier:

- Le Fonds des Nations Unies en Matière de Population (FNUAP) pour son apport technique et financier, en particulier dans le cadre de l'analyse du secteur de la mobilisation sociale;
- Le Ministère du Plan;
- Madame Philomène Fouty-Soungou, alors Directrice Générale des Affaires sociales pour ses encouragements et sa disponibilité sans faille lors de la tenue des diverses réunions de programmation;
- Les collègues du siège et du bureau régional pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre qui, par leurs commentaires, ont permis d'amener des améliorations notables;
- Enfin, tous ceux qui ont contribué, de près ou de loin, à ce que ce travail devienne réalité.

A tous, nous souhaitons bonne lecture.

Mukalay Mwilambwe  
Représentant

## NOTE METHODOLOGIQUE.

"L'analyse de la situation de la femme et de l'enfant" fait partie du processus de programmation de la coopération entre le Congo et l'Unicef. Elle permet d'identifier les problèmes prioritaires et de les placer dans un contexte général, à la fois celui qui les a vu naître et celui dans lequel ils chercheront leur solution.

Des groupes d'experts ont travaillé pour réunir des banques de données et analyser les informations disponibles sur la situation des mères et des enfants au Congo. Six recherches thématiques ont ainsi été menées. Elles concernent:

- la santé;
- la nutrition;
- l'éducation de base;
- les statuts et les rôles de la femmes;
- la protection et les droits de l'enfant; le cas des enfants de la rue;
- la mobilisation sociale.

Une description physique et institutionnelle, ainsi qu'une approche socio-économique du pays ont dessiné le cadre général et servi d'arrière plan à ces recherches. La présente analyse vous est donc proposée en 9 parties: le pays, son profil socio-économique, la santé, la nutrition, l'éducation de base, les statuts et rôles de la femme congolaise, la protection et les droits de l'enfant, la mobilisation sociale et une conclusion volontariste proposant des perspectives d'action.

Nous avons opté pour cette présentation thématique. Nous pensons qu'elle a le mérite de proposer une lecture verticale, plus en profondeur, des sujets qui sont les nôtres. Chaque Partie thématique s'ouvre sur un résumé et quelques indicateurs de base, facilement identifiables. Ils brossent, pour le lecteur pressé, un tableau de la situation. Vient ensuite l'analyse proprement dite:

- la situation du secteur, en quantité et en qualité;
- les causalités et les conséquences;
- les réponses institutionnelles, volontaires ou de coopération;
- les défis majeurs;
- les perspectives d'intervention.

Cette présentation verticale n'empêche nullement une lecture horizontale et transversale à travers plusieurs thèmes. Par exemple, le lecteur qui souhaite connaître l'ensemble des politiques nationales intéressant la femme où l'enfant se reportera à la table des matières pour identifier dans chacune des Parties, les aspects liés à cette problématique.

- Pour la femme: morbidité, mortalité, problèmes de santé prioritaires, malnutrition et habitudes alimentaires, statuts et rôles, contraintes et atouts sociaux, sujet et acteur de la mobilisation sociale.
- Pour l'enfant: morbidité, mortalité, problèmes de santé, retard de croissance et autres manifestations de la malnutrition, couverture éducative selon l'âge.

Le lecteur pourra, à tout instant, s'inventer une lecture personnelle de la présente analyse en consultant la table des matières.

Cette analyse est avant tout un outil susceptible d'aider l'action. Nous souhaitons que vous en usiez en ce sens. Elle n'a pas la prétention d'être exhaustive. Elle omet certainement des sources d'information et des domaines d'investigation. Elle est au centre d'un processus, forcément dynamique. Au cours des prochaines années, l'Unicef entamera des recherches et des enquêtes qui viendront apporter un éclairage complémentaire sur l'un ou l'autre des aspects de cette Analyse. Nous apprécierions toutes suggestions, informations et analyses que vous estimeriez utiles de nous soumettre.

#### NOTE.

Tous les chiffres entre parenthèses renvoient aux bibliographies thématiques situées à la fin de chacune des Parties.

#### Abréviations

A.P.D.	Aide Publique au Développement.
B.T.P.	Bâtiments et Travaux Publics.
C.H.U.	Centre Hospitalier Universitaire
F.C.F.A.	Francs CFA (Communauté Financière de l'Afrique).
F.M.I.	Fonds Monétaire International.
I.R.A.	Infections Respiratoires Aiguës.
LAPCO	Laboratoire Pharmaceutique du Congo.
M.P.E.	Malnutrition Protéino-Energétique
M.S.A.S	Ministère de la Santé et des Affaires Sociales.
O.M.S.	Organisation Mondiale de la Santé.
O.N.G	Organisations Non Gouvernementales.
P.A.E.S.	Plan d'Action Economique et Social.
P.A.S.	Programme d'Ajustement Structurel
P.C.T.	Parti Congolais du Travail.
P.E.V.	Programme Elargi de Vaccination.
P.I.B.	Produit Intérieur Brut.
P.N.U.D	Programme des Nations-Unies pour le Développement.
R.V.O.	Réhydratation par Voie Orale.
S.M.I.	Santé Maternelle et Infantile.
SMIG	Salaire Minimum Garanti.
S.S.P.	Soins de Santé Primaire.
T.D.C.I.	Troubles Dus aux Carences en Iode.
T.R.O.	Thérapie par Réhydratation Orale

# TABLE DES MATIERES

<b>NOTE METHODOLOGIQUE</b>	<b>II</b>
<b>TABLE DES MATIERES</b>	<b>IV</b>
<b>INTRODUCTION</b>	<b>XI</b>
<b>PARTIE I. LE PAYS ET LES HOMMES</b>	
<b>Carte</b>	<b>2</b>
<b>Les indicateurs de base</b>	<b>3</b>
<b>Un pays et des hommes</b>	<b>4</b>
<b>1. La Démographie</b>	<b>4</b>
<b>1.1 La population du Congo</b>	<b>4</b>
<b>1.2 Indicateurs démographiques</b>	<b>5</b>
<b>1.3 L'exode rural et l'urbanisation</b>	<b>5</b>
<b>2. Références historiques et histoire récente</b>	<b>6</b>
<b>PARTIE II. ASPECTS SOCIO-ECONOMIQUES DU CONGO EN 1991</b>	
<b>Résumé</b>	<b>10</b>
<b>Principaux indicateurs</b>	<b>12</b>
<b>Données de base et niveau de vie</b>	<b>13</b>
<b>Les structures économiques du pays</b>	<b>16</b>
<b>Les ressources</b>	<b>16</b>
<b>Les structures agricoles</b>	<b>16</b>
<b>Les structures industrielles</b>	<b>16</b>
<b>Les structures de l'économie informelle</b>	<b>17</b>
<b>Les structures sociales</b>	<b>17</b>
<b>Les structures de revenus et de consommation</b>	<b>17</b>
<b>Les revenus</b>	<b>17</b>
<b>Les habitudes de consommation</b>	<b>18</b>
<b>"POUR UN INDICATEUR DE DÉVELOPPEMENT PLUS HUMAIN"</b>	<b>20</b>
<b>La conjoncture économique congolaise : le poids du passé</b>	<b>21</b>
	<b>21</b>
<b>Le pétrole</b>	
<b>L'endettement</b>	<b>22</b>
<b>L'agriculture</b>	<b>22</b>
<b>La forêt</b>	<b>24</b>
<b>Les transports</b>	<b>24</b>
<b>L'industrie</b>	<b>25</b>
<b>L'aide extérieure</b>	<b>25</b>
<b>L'avenir socio-économique</b>	<b>26</b>
<b>Ajustement structurel et couverture sociale</b>	<b>28</b>
<b>"LA MISE EN OEUVRE DE L'AJUSTEMENT STRUCTUREL AU CONGO"</b>	<b>29</b>
<b>1. Les variables d'input</b>	<b>29</b>
<b>1.1. L'évolution du PIB</b>	<b>29</b>
<b>1.2. L'évolution de l'emploi</b>	<b>31</b>
<b>"LE SEUIL DE PAUVRETÉ?"</b>	<b>30</b>
<b>1.3. L'évolution et la répartition des revenus</b>	<b>31</b>
<b>1.4. L'évolution des prix</b>	<b>31</b>
<b>1.5. L'évolution des dépenses sociales</b>	<b>32</b>



<b>"INDICATEURS SOCIAUX"</b>	<b>32</b>
2. <i>Les variables de processus</i>	<b>32</b>
<b>"LA QUADRATURE DU CERCLE"</b>	<b>33</b>
<i>Perspectives d'actions</i>	<b>34</b>
<i>Bibliographie</i>	<b>35</b>
<b>PARTIE III. LA SANTE PUBLIQUE</b>	
<i>Résumé</i>	<b>38</b>
<i>Quelques indicateurs de base</i>	<b>40</b>
<i>Quelques définitions</i>	<b>41</b>
<b>I</b> <i>Situation sanitaire de la mère et de l'enfant</i>	<b>42</b>
1. <i>La mortalité</i>	<b>42</b>
1.1 <i>Les causes de mortalité chez l'enfant</i>	<b>42</b>
1.2 <i>Les principales causes de décès maternel</i>	<b>45</b>
2. <i>La morbidité</i>	<b>45</b>
2.1 <i>Les causes de morbidité chez l'enfant</i>	<b>45</b>
2.1.1 <i>Les maladies cibles du PEV</i>	<b>46</b>
2.1.2 <i>Les maladies transmissibles, infectieuses et parasitaires</i>	<b>47</b>
2.1.3 <i>Les maladies non transmissibles</i>	<b>49</b>
2.2 <i>Les principales causes de morbidité chez la femme</i>	<b>50</b>
<b>II.</b> <i>Perception de la santé et de ses problèmes</i>	<b>52</b>
<b>III.</b> <i>Les réponses institutionnelles et la politique de santé</i>	<b>56</b>
1. <i>Le cadre chargé de la mise en oeuvre de la politique de santé</i>	<b>56</b>
1.1 <i>Le cadre administratif</i>	<b>56</b>
1.2 <i>L'organisation opérationnelle</i>	<b>58</b>
1.2.1 <i>Selon le statut juridique</i>	<b>58</b>
1.2.2 <i>Selon la hiérarchie fonctionnelle</i>	<b>58</b>
2. <i>Les ressources pour la santé de la mère et de l'enfant</i>	<b>58</b>
2.1 <i>Les établissements</i>	<b>58</b>
2.1.1 <i>Type, nombre et répartition</i>	<b>58</b>
2.1.2 <i>L'équipement des établissements</i>	<b>59</b>
2.2 <i>Le problème des médicaments</i>	<b>59</b>
2.3 <i>Le personnel</i>	<b>61</b>
2.4 <i>Les ressources financières affectées à la santé</i>	<b>62</b>
2.5 <i>La gestion et l'information sanitaire</i>	<b>64</b>
3. <i>La couverture sanitaire des enfants et des mères</i>	<b>65</b>
3.1 <i>Considérations générales</i>	<b>65</b>
3.2 <i>Santé maternelle</i>	<b>65</b>
3.2.1 <i>La planification familiale</i>	<b>65</b>
3.2.2 <i>Le suivi prénatal</i>	<b>66</b>
3.2.3 <i>Les accouchements</i>	<b>68</b>
3.3 <i>Santé de l'enfant</i>	<b>68</b>
3.3.1 <i>La prévention des maladies</i>	<b>68</b>
3.3.2 <i>La réhydratation par voie orale</i>	<b>70</b>
3.3.3 <i>La prise en charge thérapeutique des maladies de l'enfant</i>	<b>71</b>
3.4 <i>Promotion de la santé des enfants et des mères</i>	<b>71</b>

3.4.1	<i>L'approvisionnement en eau</i>	71
<b>L'EAU POTABLE AU CONGO.</b>		
3.4.2	<i>L'élimination des excréta</i>	72
3.4.3	<i>L'évacuation des eaux usées et des déchets solides.</i>	73
3.5	<i>Education pour la santé.</i>	74
<b>IV.</b>	<b><i>Les comportements et recours thérapeutiques</i></b>	<b>75</b>
1.	<i>Les différents modes de recours thérapeutiques</i>	75
2.	<i>Les déterminants du recours thérapeutique</i>	75
2.1	<i>L'objectif du recours</i>	75
2.2	<i>La disponibilité et l'immédiateté des soins</i>	76
2.3	<i>La qualité du traitement</i>	76
2.4	<i>L'accessibilité financière.</i>	76
<b>V.</b>	<b><i>Les problèmes de santé prioritaires</i></b>	<b>79</b>
	<i>Tableau récapitulatif</i>	81
<b>VI.</b>	<b><i>Les perspectives</i></b>	<b>82</b>
	<i>Références bibliographiques</i>	85
<b>PARTIE IV. NUTRITION ET SECURITE ALIMENTAIRE</b>		
	<i>Résumé</i>	88
	<i>Principaux indicateurs</i>	89
<b>I.</b>	<b><i>Situation nutritionnelle de la mère et de l'enfant</i></b>	<b>90</b>
1.	<i>Situation nutritionnelle de l'enfant</i>	90
1.1	<i>Malnutrition protéino-énergétique</i>	90
1.1.1	<i>Faible poids de naissance</i>	90
1.1.2	<i>Retard de croissance, maigre et insuffisance pondérale.</i>	90
1.2	<i>Autres carences nutritionnelles</i>	94
1.2.1	<i>Troubles dus à la carence en iode</i>	94
1.2.2	<i>Carences vitaminiques</i>	95
1.2.3	<i>Carences en fer.</i>	95
2.	<i>Situation nutritionnelle des mères</i>	95
2.1	<i>Malnutrition protéino-énergétique</i>	95
2.2	<i>Autres carences nutritionnelles.</i>	96
3.	<i>Conséquences de la malnutrition chez les enfants et les mères.</i>	96
<b>II.</b>	<b><i>Analyse des déterminants de l'état nutritionnel</i></b>	<b>97</b>
1.	<i>Le cadre conceptuel</i>	97
2.	<i>Etat nutritionnel et infection/hygiène de l'environnement.</i>	98
2.1	<i>Le poids de l'infection sur la malnutrition</i>	98
2.2.1	<i>Paludisme et malnutrition</i>	98
2.2.2	<i>Maladies diarrhéiques et malnutrition</i>	99
2.2.3	<i>Infections respiratoires aiguës et malnutrition</i>	99
2.2.4	<i>Sida et malnutrition</i>	99
2.2.5	<i>Parasitoses et malnutrition</i>	99
2.2.6	<i>Rougeole et malnutrition</i>	100
2.2	<i>L'influence de la malnutrition sur les maladies infectieuses</i>	100
2.3	<i>Hygiène de l'environnement et état nutritionnel.</i>	100

<b>III.</b>	<b>Comportements alimentaires des enfants et des mères</b>	<b>100</b>
	3.1 Allaitement maternel	100
	3.2 Conduite du sevrage	101
	3.3 Alimentation des enfants malades	103
	3.4 Modèles de consommation alimentaire	103
	3.5 Fréquence et distribution des repas	104
	3.6 Les interdits alimentaires	104
<b>IV.</b>	<b>Sécurité alimentaire familiale</b>	<b>105</b>
	4.1 Disponibilité alimentaire eu sein de la société	106
	4.2 Mode d'appropriation alimentaire	108
	4.2.1 Provenance des produits de base	108
	4.2.2 Sécurité alimentaire dans les campagnes	109
	4.2.3 Sécurité alimentaire en milieu urbain	109
<b>V.</b>	<b>Réponses institutionnelles</b>	<b>110</b>
	5.1 Les politiques	110
	5.2 La législation	110
	5.3 L'organisation administrative	110
	5.4 La surveillance de la croissance	111
	5.5 Système d'information et de surveillance nutritionnelle	112
	<b>Perspectives.</b>	<b>113</b>
	<b>Bibliographie</b>	<b>114</b>
 <b>PARTIE V. L'EDUCATION DE BASE</b>		
	<b>Résumé</b>	<b>116</b>
	<b>Principaux indicateurs</b>	<b>118</b>
<b>I.</b>	<b>Le système d'enseignement au Congo</b>	<b>119</b>
<b>II.</b>	<b>La situation de l'Education au Congo.</b>	<b>121</b>
	<b>Pourcentages de réussite aux examens.</b>	<b>123</b>
<b>III.</b>	<b>Analyse des causes</b>	<b>123</b>
	3.1 Les causes endogènes	123
	3.1.1 Des structures d'accueil insuffisantes et inadaptées	123
	3.1.2 Un déficit chronique d'enseignants	124
	3.1.3 Des classes surpeuplées	125
	3.1.4 La pénurie de matériel pédagogique	125
	3.1.5 Un personnel sous-qualifié	126
	3.1.6 La discrimination sexuelle.	126
	3.2 Les causes exogènes	127
	3.2.1 Une politique éducative irréaliste	128
	3.2.2 Une stratégie peu cohérente	128
	3.2.3 Des ressources mal exploitées	129
	3.2.4 Des structures administratives inadaptées	130
	3.2.5 Un environnement défavorable.	130
<b>IV.</b>	<b>Perspectives</b>	<b>132</b>
	4.1 La déclaration mondiale sur l'éducation pour tous	132
	4.2 La déclaration mondiale en faveur de la survie de la protection et du développement de l'enfant	132
	4.3 La politique congolaise en matière d'éducation	133
	4.4 Le projet de plan d'action national d'éducation pour tous	133
	4.5 Champ d'actions spécifiques	133
	a) amélioration et extension de l'éducation préscolaire	134
	b) amélioration de la qualité de l'enseignement primaire	134
	c) favoriser le rôle "éducateur" des parents	135

d) réduire l'analphabétisme	135
e) être présent auprès des adolescents	135
f) renforcer les formations professionnelles	135
g) collecter et traiter l'information	136
<b>Références</b>	<b>137</b>
 <b>PARTIE VI. STATUTS ET ROLES DE LA FEMME</b>	
<b>Résumé</b>	<b>140</b>
<b>I. Introduction</b>	<b>142</b>
<b>II. Portraits et contraintes</b>	<b>143</b>
1. Elles sont mères	143
2. Elles produisent	143
[Qui paie quoi?]	146
3. Elles sont ménagères	143
[La journée de travail d'une cultivatrice]	147
4. Elles ont des loisirs	146
5. Elles vont à l'école	147
6. Elles sont épouses	147
7. Elles sont citoyennes	148
<b>III. Les atouts</b>	<b>149</b>
1. Le mouvement volontaire	149
2. Les réponses institutionnelles	150
<b>IV. Perspectives</b>	<b>152</b>
<b>Références bibliographiques</b>	<b>153</b>
 <b>PARTIE VII. LA PROTECTION ET LES DROITS DES ENFANTS. L'EXEMPLE DES ENFANTS DE LA RUE.</b>	
<b>Résumé</b>	<b>156</b>
<b>I. Les enfants de la rue</b>	<b>157</b>
1. Contexte général	157
2. Analyse de la situation	158
2.1 Caractéristiques individuelles des enfants de la rue	158
2.2 Les intervenants extérieurs	158
2.2.1 La Direction Générale des Affaires Sociales	159
2.2.2 Les Associations de parents d'élèves et des vendeurs du marché	159
2.2.3 Le Centre d'hébergement des mineurs	160
2.2.4 Le tribunal des enfants	160
3. Mécanismes d'évolution du phénomène	161
3.1. Les causes immédiates	161
3.1.1 L'instabilité familiale	161
3.1.2 Les difficultés économiques	161
3.1.3 La crise des valeurs morales	161
3.2. Les causes sous-jacentes	162
3.2.1 L'impact de l'urbanisation	162
3.2.2 L'apparence de gains faciles	162
3.2.3 La circulation des enfants dans la famille	162
4. Conditions de vie des enfants et stratégies de survie	163
4.1. La satisfaction des besoins vitaux	163
4.2. Le poids de la répression	163

5. Perspectives et stratégies pour l'avenir	163
5.1. Communications - Information - Sensibilisation	164
5.2. Adaptations des supports à l'évolution du phénomène	164
5.3. Renforcement des capacités locales d'intervention	165
<b>II. Les droits de l'enfant au Congo</b>	<b>166</b>
[Aspects juridiques des droits de l'enfant]	167
[Enfants des rues et code pénal]	168
<b>III. Bibliographie</b>	<b>169</b>
<b>PARTIE VIII. LA MOBILISATION SOCIALE</b>	
<b>Résumé</b>	<b>172</b>
<b>I. Introduction</b>	<b>173</b>
<b>II. Structures et potentiel de mobilisation sociale au Congo</b>	<b>174</b>
<b>Inventaire du potentiel</b>	<b>174</b>
1. Le niveau individuel	174
2. Le niveau communautaire	175
2.1 Le conseil des sages	176
2.2 Le comité de quartier	176
2.3 Les marchés	176
2.4 Les mbongui	176
2.5 La famille	177
2.6 Les nganga	177
2.7 Les associations	177
2.8 Les organisations non gouvernementales	177
2.9 Les confessions religieuses	178
3. Le pays et l'Etat	178
3.1 Les organisations de masse	178
3.2 Le ministère de l'information	179
3.2.1 La Radio	179
3.2.2 La Télévision	180
3.2.3 La presse écrite	180
3.3 Le ministère du développement rural	180
3.4 Cinéma/vidéo-club	181
3.5 Théâtre	181
3.6 Le ministère de la santé	181
4. Autres relais	181
4.1 L'Alliance des Artistes	181
4.2 Le syndicat	182
4.3 L'Agence de publicité	182
4.4 Les organisations de développement	182
<b>III. Les domaines d'intervention et les perspectives</b>	<b>183</b>
1. Les domaines d'intervention	183
2. Des perspectives	183
2.2 Les lignes directrices de la mobilisation	184
2.3 La communication individuelle	185
2.4 La communication de masse	185
2.5 La communication de groupe	186
2.6 La revalorisation des circuits traditionnels	186
<b>Bibliographie.</b>	<b>187</b>

## **PARTIE IX: PERSPECTIVES GENERALES.**

<b>1. Les priorités par thème</b>	<b>191</b>
1.1 L'environnement socio-économique	191
1.2 La santé	191
1.3 La nutrition et la sécurité alimentaire	191
1.4 L'éducation de base	191
1.5 Le rôle de la femme	191
1.6 La protection et les droits de l'enfant	192
1.7 La mobilisation sociale	192
1.8 Une mauvaise connaissance des situations et des phénomènes	192
<b>2. Les perspectives d'action par thème.</b>	<b>193</b>
2.1 L'environnement socio-économique	193
2.2 La santé	193
2.3 La nutrition et la sécurité alimentaire	193
2.4 L'éducation de base	193
2.5 Le rôle de la femme	193
2.6 La protection et les droits de l'enfant	194
2.7 La mobilisation sociale	194
2.8 Le cadre d'appui général	194
<b>3. Agir dans une perspective de développement</b>	<b>195</b>

## INTRODUCTION.

Au Congo, les problèmes de la mère et de l'enfant vont s'aggraver dans les prochaines années. Le niveau de vie va baisser, celui des familles comme celui de l'Etat. En effet, celui-ci va voir les moyens de ses politiques se rétrécir considérablement, surtout dans les domaines sociaux. Ses recettes, essentiellement pétrolières, sont grevées par le service de la dette. Depuis 1987, le pays est suivi par les instances financières internationales qui l'accompagnent dans un lent et difficile processus d'ajustement structurel. Mais celui-ci, pour indispensable qu'il soit, risque d'induire une paupérisation des groupes vulnérables (ruraux, chômeurs, acteurs du secteur informel, ménages à un seul revenu, mères-célibataires, etc). Tous les processus d'ajustement aboutissent à ce résultat et les indicateurs recueillis au Congo confirment cette tendance. Cet appauvrissement des familles joint aux coupes sombres dans le budget de l'Etat, aura des effets sur la couverture socio-sanitaire et nutritionnelle des Congolais.

Parallèlement à ces mutations économiques, le Congo a abandonné le système de parti unique pour s'engager dans un processus de démocratisation de la vie politique. Une Conférence nationale, clôturée le 10 juin 1991, a longuement débattu de l'avenir du pays. Mais entre-temps, les ajustements structurels et toute la vie socio-économique s'étaient mis en veilleuse. Le gouvernement de transition (1991-1992) devra agir rapidement pour relancer le pays et entamer des réformes profondes.

Les secteurs sociaux, comme l'éducation et la santé, ont besoin de rationalisation et de redynamisation. Bâties sur les idées généreuses de l'accès pour tous et de la gratuité, ils se sont enfermés dans des fonctionnements bureaucratiques coupés des besoins réels des citoyens et des exigences du monde moderne. Dans l'enseignement, à peine un pour-cent du budget est consacré à l'équipement et au matériel pédagogique. En matière de santé, les centres périphériques qui devraient assurer 90% des soins disposent de 10% du budget.

Au-delà de ces nécessités de restructuration, l'état sanitaire et nutritionnel des populations, surtout des femmes et des enfants, présente des lacunes. La plupart des indicateurs sont même inquiétants: certes, selon les Nations Unies, le Congo est un pays "à revenu intermédiaire", mais, si l'on considère les taux de mortalité et de morbidité, il se situe parmi les pays les moins avancés. Les enfants meurent de paludisme, de maladies diarrhéiques, d'infections respiratoires aiguës, de sida et tuberculose. Seules exceptions: la rougeole recule et la poliomyélite disparaît grâce au Programme Elargi de Vaccination.

La mortalité maternelle est liée aux avortements (toujours interdits), aux complications des maternités, des césariennes et des accouchements. Plus de la moitié des maladies des femmes sont liées à des maternités et à une sexualité mal vécues ou mal suivies. Outre ses conséquences sur la santé, le sida pourrait, dans les prochaines années, poser des problèmes de reproduction et de cohésion sociales.

La promotion de la santé passe par l'assainissement du milieu et un accès garanti à une eau potable. Or, le Congo possède le ratio PNB par habitant/taux de couverture en eau des populations rurales le plus défavorable de la planète.

La confiance des individus dans leur médecine officielle diminue au profit d'une médecine informelle qui peut être dangereuse quand elle n'est pas pratiquée par de vrais praticiens.

La malnutrition protéino-énergétique existe: plus de 20% des enfants de moins de cinq ans subissent un retard de croissance et, dans certaines régions isolées, plus de 40% des enfants son atteints. Leurs mères ne sont pas épargnées: elles souffrent aussi de malnutrition, exprimée par la maigreur. La malnutrition est un indicateur crédible du niveau de développement (ou de mal-développement) d'un pays. Un enfant sur cinq est mal nutri et en portera longtemps les séquelles, en terme d'apprentissage et de productivité.

La scolarisation des enfants est une des plus élevées au monde mais près d'un citoyen sur deux ne

sait ni lire ni écrire. Les salles de classe sont surpeuplées et les horaires réduits, le matériel pédagogique trop rare et le niveau des maîtres souvent insuffisant. Les taux d'échec et de redoublement sont parmi les plus élevés du continent. Dans ce tableau, les jeunes filles sont les plus mal loties car aux contraintes déjà citées s'ajoutent des problèmes affectifs, liés à leur sexualité ou au poids des traditions.

La femme congolaise, comme la jeune fille, est encore enfermée dans un carcan de préjugés. Ses nombreux rôles et statuts pèsent sur sa santé et son équilibre. Elle travaille (63% de l'agriculture vivrière et 69% du commerce informel urbain sont assurés par des femmes) pour nourrir sa famille et participer à l'approvisionnement alimentaire du pays (d'année en année le Congo accroît sa dépendance vis-à-vis de l'extérieur). Elles sont mères (cinq fois en moyenne), assurent l'essentiel des tâches ménagères et prennent en charge l'éducation et la santé des enfants. Les droits et statuts de la femme congolaise ne sont pas protégés par la société, même si certaines lois établissent une égalité entre les sexes. Les hommes ont un rôle à jouer pour partager les responsabilités et décharger leurs compagnes de certaines tâches qui les distraient de missions plus essentielles, éducatrice par exemple.

Ces changements ne sont possibles que grâce à la mobilisation sociale, ce complément culturel et communicationnel de tout programme d'intervention en faveur de la femme et de l'enfant. Il importe d'expliquer le pourquoi et le comment de la vaccination, de la prévention du sida, de l'assainissement du milieu naturel ou de la préparation d'une bouillie de sevrage. La mobilisation sociale, est, et sera, un des domaines d'intervention de l'Unicef. Il en est d'autres, plus techniques ou plus institutionnels comme de:

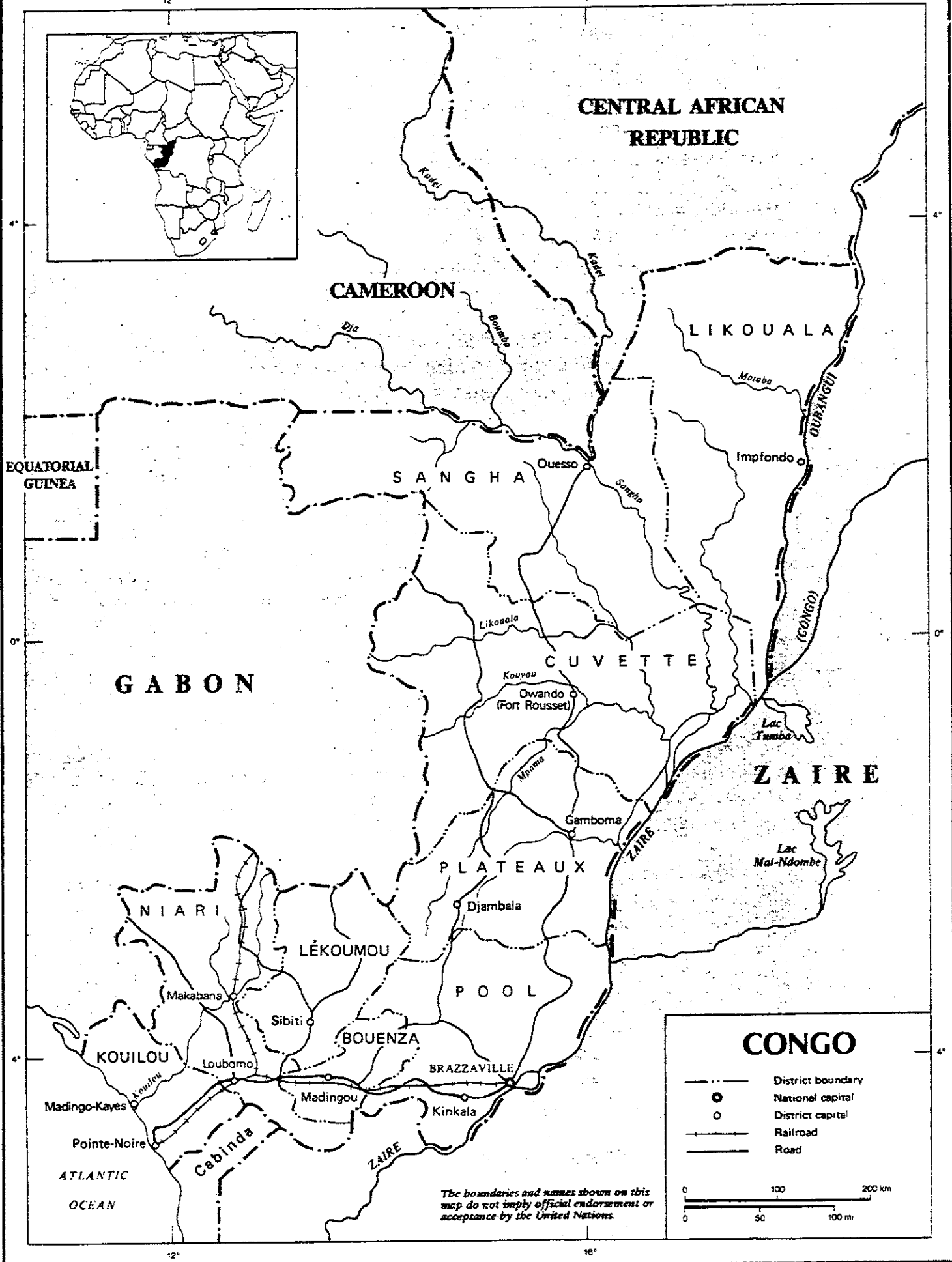
- proposer des créneaux d'activités rémunératrices pour les femmes;
- promouvoir un sevrage adéquat dans le temps, en quantité et en qualité;
- favoriser les actions des différents intervenants nationaux et internationaux dans des domaines comme l'éducation de base, la mobilisation, la santé et la sécurité alimentaire;
- promouvoir un système de santé "à responsabilités partagées" entre l'Etat et les communautés de base;
- mettre en place des outils et des indicateurs permettant de mesurer l'impact des politiques sur le bien-être des populations, notamment en matière de santé et de nutrition;
  
- penser le développement de façon intégrée: la sécurité alimentaire n'est possible que si la production vivrière est encouragée et ses fruits acheminés vers les marchés urbains; la promotion de la santé sera plus aisée quand chacun pourra accéder à une eau potable et à une éducation de base.

\*\*\*\*\*



# I. Le pays et ses populations





**CENTRAL AFRICAN  
REPUBLIC**

**CAMEROON**

**LIKOUALA**

**EQUATORIAL  
GUINEA**

**SANGHA**

**GABON**

**CUVETTE**

**ZAIRE**

**PLATEAUX**

**NIARI**

**LÉKOUMOU**

**POOL**

**BOUENZA**

**KOUILOU**

**Cabinda**

**BRAZZAVILLE**

**Pointe-Noire**

**ATLANTIC  
OCEAN**

**CONGO**

- District boundary
- National capital
- District capital
- Railroad
- Road

0 100 200 km  
0 50 100 mi

*The boundaries and names shown on this map do not imply official endorsement or acceptance by the United Nations.*

### QUELQUES INDICATEURS DE BASE

Superficie	342 000 Km <sup>2</sup> (55 % forêt)
Population	2 200 000 habitants <sup>1</sup>
Densité	6 habitants au Km <sup>2</sup>
Principales villes	Brazzaville : 760 000 habitants Pointe-Noire : 387 000 habitants Loubomo : 62 000 habitants N'Kayi : 40 000 habitants
Croissance démographique	+ 3,5 %
Taux d'urbanisation	60 % (le plus élevé du continent)
Population masculine	48 %
Population féminine	52 %
Répartition ethnique	Kongo : 45 % Téké : 20 % Mbochi : 16 % Echira : 16 %
Taux de natalité /000	42,2 (43,7 en ville, 40,1 à la campagne)
Taux de mortalité infantile /000	124 (104,3 en ville, 145 à la campagne)
Espérance de vie	49 ans (52,4 en ville, 46 à la campagne)
Population par médecin	5 510 habitants
% des terres cultivées	2 %

Références: Banque Mondiale, FMI, PNUD, UNICEF

<sup>1</sup> En juillet 1991, les services congolais de l'immigration estimaient que depuis le début de l'année, un million de Zaïrois s'étaient installés dans le pays... dont la population résidente s'élèverait donc à plus de 3 millions de personnes.

La République du Congo (RC) s'étend sur 342.000 km<sup>2</sup> (soit une superficie supérieure à l'Italie). Ces frontières, héritées de la colonisation, correspondent aux limites fixées par les Conventions et Traités signés entre les puissances de l'époque: La France, la Belgique et le Portugal. Le Congo est un pays nettement sous-peuplé, même à l'échelle du continent.

Il s'étend de part et d'autre de l'Equateur, il s'agit donc d'un pays chaud et humide. Les écarts de température sont assez faibles entre le jour et la nuit. L'air reste toujours très humide, même pendant les saisons sèches. Ce n'est pas un pays de montagnes. Ses plus hauts sommets dépassent à peine 1.000 mètres. C'est un ensemble de plateaux (Mayombe et massif du Chaillu) et de plaines (la Cuvette Congolaise et la Vallée du Niari) aux formes douces et aux lignes calmes.

Deux paysages dominent: la forêt et la savane, qui se partagent le territoire, avec environ 20 millions d'hectares de forêt (les 3/5 du territoire). Le reste du pays est occupé par des formations herbeuses de la savane souvent parsemée d'arbustes.

Aujourd'hui, le pays est largement urbanisé. Il est même le pays le plus urbanisé du continent. Le reste de la population se concentre essentiellement le long de l'axe qui va de Pointe-Noire à Brazzaville. Cette population est jeune et largement scolarisée, même si la qualité de l'enseignement laisse à désirer.

La République du Congo dispose d'un réseau hydrographique important, constitué par de nombreuses rivières qui s'organisent essentiellement autour des fleuves Congo et Kouilou. Ils forment les deux bassins principaux entre lesquels se répartissent les cours d'eau du pays. Avec 40.000 m<sup>3</sup>/seconde, le Congo est le fleuve le plus puissant du monde par son débit, après l'Amazone en Amérique du Sud.

Les groupes ethniques gardent encore une grande importance, surtout dans la vie rurale traditionnelle ainsi que dans les relations de solidarité familiale en ville. En dehors des Pygmées, d'origine plus ancienne et que l'on trouve surtout en forêt, la population congolaise fait partie de l'ensemble Bantou.

## 1. LA DEMOGRAPHIE

### 1.1 La population du Congo.

Lors du dernier recensement, en 1984, la population du pays était de 1.912.429 habitants. Selon une estimation plus récente, le Congo compterait, en 1991, plus de 2 millions d'habitants. Au rythme d'accroissement actuel (3,5% l'an), le pays comptera 3,2 millions d'habitants en l'an 2.000.

La densité est d'environ 6 hab./km<sup>2</sup>. Mais cette moyenne cache des disparités régionales puisque plus de la moitié de la population se trouve au sud du pays, le long d'une bande de 10 à 20 kilomètres de large qui va de Pointe-Noire à Brazzaville.

La population congolaise est jeune: les moins de 20 ans représentent 1.075.720 habitants (recensement de 1984) et constituent 56 % de la population totale du pays (voir la pyramide des âges, ci-dessous). L'ORSTOM<sup>2</sup>, lors d'une enquête menée en 1986 et 1988 pour le projet "Normes démographiques et nouvelles dimensions familiales au Congo" a calculé que *"l'âge moyen de la population varie de 23 à 26 ans selon le milieu, urbain ou rural. La proportion de personnes âgées est plus importante en zone rurale"*. Conséquence: l'agriculture perd des bras par l'exode rural et le

---

<sup>2</sup> Disponible auprès du centre ORSTOM de Brazzaville; "Les nouvelles dimensions de la famille congolaise" par Boungou et Miazenza. 1991.

vieillesse des actifs.

Les femmes constituent également un groupe majoritaire de la population congolaise: elles sont 1,049 million sur 2,044 millions, soit 52%. Pour leur part, les femmes en âge de procréer (de 15 ans à 44 ans) représentent 20,2% de la population.

### 1.2 Indicateurs démographiques<sup>3</sup>

Le Taux de natalité est de 42,2 pour 1.000 (43,7 pour 1.000 en milieu urbain et 40,1 pour 1.000 en milieu rural).

Le Taux de mortalité général est de 14,63 pour 1.000 (10,9 pour 1.000 en milieu urbain et 18,79 en milieu rural)

Le Taux de mortalité infantile est de 124 pour 1.000 naissances (104,3 en milieu urbain et 145 en milieu rural).

Le Taux d'accroissement de la population est de 3,47% (5,5% en milieu urbain et 1,7% en milieu rural)

L'Espérance de vie est de 49 ans (52,4 en milieu urbain et 46 en milieu rural)

### 1.3 L'exode rural et l'urbanisation

Plus de 60% de la population congolaise vit en ville et, les quatre grandes métropoles-Brazzaville, Pointe-Noire, Loubomo et Nkayi - représentent 52,22% de la population totale du pays (31,71 % pour la seule commune de Brazzaville). Cette situation résulte de l'exode rural, qui entraîne également le vieillissement des populations rurales et hypothèque les chances de développement du secteur agricole.

Le pays compte 7 grands groupes ethniques subdivisés en une trentaine de sous-groupe. Chaque ethnie a sa langue maternelle mais deux langues vernaculaires sont reconnues comme langues nationales: le lingala - la langue du fleuve - surtout parlée dans le nord du pays, et le Munukutuba (dérivé du Kicongo) - la langue de l'ancien royaume du Kongo - parlée dans le sud du pays. La langue officielle, pour l'administration et l'enseignement, est le français.

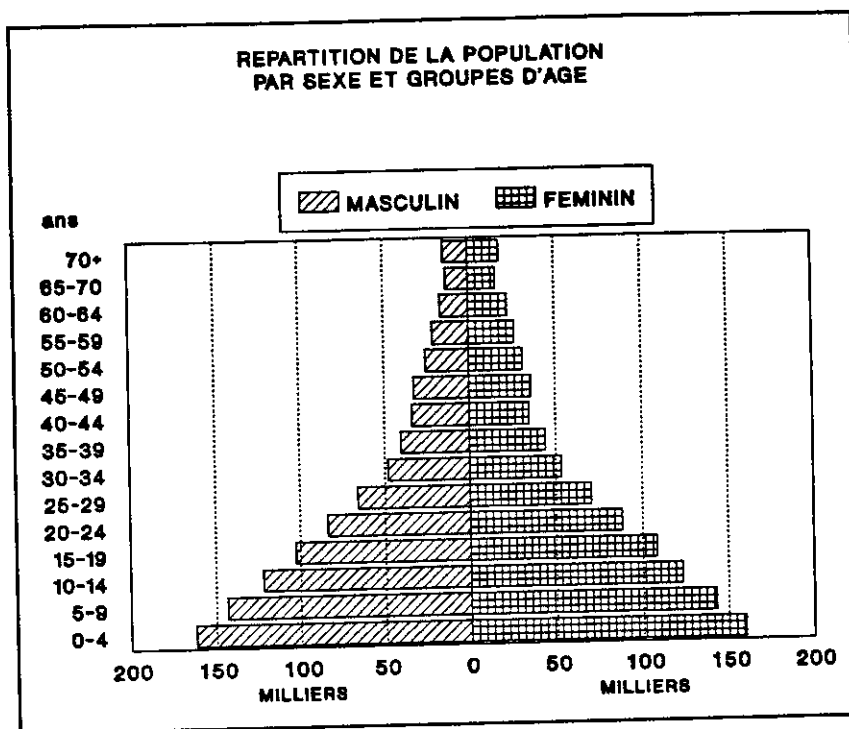


Figure 1

<sup>3</sup> Sur base du Recensement Général de la Population de 1984.

**Tableau 1 : Répartition de la population par groupe d'âge, sexe, dans les régions et les communes (1987):**

Communes	Masculin	Féminin	Total
Brazzaville	310 477	337 762	648 239
Pointe-Noire	159 317	167 999	327 316
Loubomo	25 472	28 440	53 912
NKayi	17 787	20 155	37 942
Ouessou	6 268	6 731	12 999
Mossendjo	6 757	8 246	15 003
<b>Total communes</b>	<b>526 078</b>	<b>569 333</b>	<b>1 095 411</b>

Régions	Masculin	Féminin	Total
Kouilou	36 905	41 792	78 697
Niari	92 755	18 536	111 291
Lékoumou	31 102	39 066	70 168
Bouenza	69 768	88 502	158 270
Pool	83 550	104 269	187 819
Plateaux	50 369	62 369	112 738
Cuvette	62 575	77 981	140 556
Sangha	16 147	18 610	34 757
Likouala	25 287	29 055	54 342
<b>Total Régions</b>	<b>468 458</b>	<b>480 180</b>	<b>948 738</b>
<b>Total pays</b>	<b>994 536</b>	<b>1 049 513</b>	<b>2 044 049</b>

Source : CNSEE

## 2. REFERENCES HISTORIQUES... ET HISTOIRE RECENTE.

L'organisation administrative et politique trouve ses origines aux environs du 10e siècle, avec l'émergence du Royaume Kongo, l'un des plus grands de l'histoire africaine pré-coloniale. L'histoire nous enseigne que ce grand Etat disparaît au 19e siècle, à la suite de la guerre d'Ambouila qui oppose le Kongo aux esclavagistes portugais.

Avec l'arrivée de l'explorateur Savorgnan de Brazza, le Congo devient une colonie française. Sous la seconde guerre mondiale, Brazzaville devient le haut lieu de la résistance française et de la décolonisation, la capitale de la France-Libre.

Depuis cette époque, Brazzaville et le Congo sont le théâtre d'une action administrative et politique très riche en péripéties. Cette action est synthétisée par les grandes dates suivantes:

- 26 Août 1940 : Brazzaville, capitale de la France Libre.
- 30 Juin 1944 : Conférence de Brazzaville, prélude à la libération de l'empire colonial Français.
- 28 Septembre 1958 : Referendum; le Congo devient Etat autonome dans la Communauté Française.
- 15 Août 1960 : Indépendance du Congo.
- 30 Avril 1961 : Abbé Fulbert YOULOU, premier Président de la République.
- 13, 14, 15 Aout 1963 : Révolution Congolaise (les Trois Glorieuses). Le pays devient marxiste-léniniste
- 19 Décembre 1963 : Alphonse MASSAMBA DEBAT, deuxième Président de la République.
- 31 Décembre 1969 : Marien NGOUABI, troisième Président de la République.
- 18 Mars 1977 : Assassinat du Président Marien NGOUABI.
- 3 Avril 1977 : Joachin YHOMBI OPANGO, quatrième Président de la République.
- 31 Mars 1979 : Denis SASSOU-NGUESSO, cinquième Président de la République. Le Congo est alors une République Populaire et un Etat laïc. Sa constitution adopte les principes de la constitution française de 1958.
- Septembre 1990 : Instauration du multipartisme.

- février 1991: ouverture de la Conférence Nationale qui doit décider du visage et de l'organisation du Congo de demain. La Conférence, qui regroupe toutes les forces vives de la nation, est souveraine pour toutes questions juridiques, économiques et sociales.

- 10 juin 1991: clôture de la Conférence nationale qui aura coûté 3,5 milliards de francs CFA à l'Etat congolais. Le pays entame une phase transitoire d'un an: la Chef de l'Etat, Denis Sassou-Nguesso, n'a plus qu'un pouvoir symbolique et Monsieur André Milongo, premier ministre désigné a la tâche d'appliquer les décisions de la Conférence nationale. Certaines sont d'ores et déjà inapplicables comme l'augmentation des salaires des fonctionnaires ou l'octroi de bourses d'étude à tous les étudiants pour un montant de 190 milliards de francs CFA alors que le budget n'a prévu qu'une enveloppe de 95 milliards de francs. Il s'agit également pour ce gouvernement de transition de rétablir les liens avec les institutions internationales et de négocier, en douceur, l'inévitable ajustement structurel.

En attendant, les élections libres, un "Conseil supérieur de la République" sert d'institution de contrôle du pouvoir exécutif. Il est en quelque sorte l'embryon du futur parlement congolais.

1991... une ère de transition.

Ce qu'est le Congo en ce premier semestre de 1991, est largement le fruit de ses institutions et de sa politique durant les dernières décennies. Le parti unique (successivement le Mouvement National de la Révolution, le Conseil National de la Révolution et enfin, le Parti Congolais du Travail) " *en tant que forme suprême d'organisation politique de la Société* " régissait la vie nationale à travers des organisations de masses. Les jeunes, le Syndicat des Travailleurs, les Femmes, les Artistes et les Paysans étaient encadrés et organisés.

Puis le vent de la Perestroika a balayé le continent africain. Le Congo n'y a pas échappé en instaurant, en septembre 1990, la démocratie pluraliste. A la fin du mois de janvier 1991, 74 partis s'étaient fait enregistrer auprès du Ministère de l'Intérieur.

Les étapes récentes au processus en cours ont été:

- ☛ La nomination, en janvier 1991, d'un Premier Ministre, Chef du Gouvernement.
- ☛ L'organisation, du 28 janvier au 1 février 1991, d'une réunion de concertation Gouvernement-Partis Politiques-Associations. Elle a débouché sur la mise en place d'une Commission Préparatoire dont les tâches ont été de préparer la tenue de la Conférence nationale.
- ☛ L'ouverture, le 25 février 1991, de la Conférence Nationale qui accueille toutes les opinions de la société politique et de la société civile sur les modes de traitement de la crise politique, économique et sociale qui frappe le Congo.





## II. Aspects sociaux économiques du Congo



## RESUME

Le Congo est un pays en développement potentiellement riche. Son milieu écologique, son sous-sol et surtout, ses femmes et ses hommes lui offrent tous les atouts d'un développement auto-centré et durable. Le pays se situe parmi les pays "à revenus intermédiaires" devançant par son PNB nombre de pays voisins. Mais les indicateurs généraux ne disent pas tout. Ils ne tiennent pas compte de la répartition équitable des richesses, de la liberté d'expression, du respect des droits fondamentaux ou de la productivité. Or, les fruits de la rente pétrolière (80% des recettes d'exportation) sont mal redistribués et ont été investis dans des secteurs peu productifs. L'agriculture industrielle produit mal et la petite exploitation familiale ne cultive guère plus que pour son autarcie. Les campagnes congolaises ne nourrissent pas les villes qui dépendent de plus en plus de l'étranger pour leur approvisionnement.

La forêt, qui couvre 55% du territoire, pourrait être exploitée en respectant les équilibres écologiques mais les conditions de communication et de transport ne le permettent pas. Il n'y a pas, à proprement parler, de secteur touristique. Le pétrole, exploité par les filiales locales de sociétés multinationales, subventionne l'économie nationale plus qu'elle aide à la bâtir. Durant les années fastes (1970-1985), l'or noir suffisait à tout, il payait tout. Les secteurs public et parapublic prospéraient: chaque diplômé se voyait automatiquement proposer un emploi. Les services, la commercialisation des biens, la distribution, les transports et la production sont organisés par l'Etat.

Cette étatisation, voulue par le régime marxiste à parti unique porta des fruits: le taux de scolarisation du pays est un des plus élevé du continent. Mais, quand en 1985, le flux des recettes pétrolières commence à se tarir, cet édifice, largement artificiel, se lézarde. Pour soutenir le niveau de vie et la paix sociale, le pays fait, davantage que par le passé, appel à l'emprunt, intérieur et extérieur. Résultat: aujourd'hui, le Congo est le pays le plus endetté du monde par habitant. Chacun de ses habitants "doit" 910.000 francs CFA (3.250 US\$).

En 1987, l'Etat demande un moratoire sur ces dettes. Les institutions de Bretton Woods le lui accordent mais exigent des ajustements structurels. Un premier plan est engagé qui prévoit la libéralisation de l'économie. Mais ce plan n'a pas produit les résultats escomptés et un deuxième plan est négocié en 1990. Au programme: l'assainissement des finances de l'Etat, la liquidation pure et simple de 10 entreprises publiques et la privatisation de 20 autres, des investissements productifs dans l'agriculture, les transports et l'encouragement de l'initiative privée. Mais la "perestroïka" atteint le Congo et met l'économie en veilleuse. Le pays décide de s'engager dans un processus démocratique et invente ses nouvelles institutions. Un gouvernement transitoire (en attendant les élections prévues en 1992) désigné par la Conférence nationale préside aux destinées du pays depuis le mois de juin 1991. Il a pour mission d'appliquer les résolutions - certaines difficiles - de la Conférence et de renouer les négociations avec les institutions internationales dans le but de réactiver l'ajustement structurel. La marge de manoeuvre du gouvernement de Monsieur André Milongo est étroite.

Dans cette économie, forcée à la refonte, des personnes souffriront. Tous les programmes d'ajustement structurel induisent des coupes dans les budgets sociaux, une augmentation du chômage et une baisse des salaires. Déjà, le niveau de vie moyen des Congolais n'était pas très élevé et tous s'efforçaient d'éviter la détresse matérielle grâce aux réseaux de solidarité familiale et aux petits métiers trouvés dans le secteur informel (où s'emploie plus de 68% de la population active). Mais demain? Les solidarités africaines et l'économie informelle ne pourront plus pallier les déficiences du système. Les premières par manque de moyens, la seconde par contraction de la demande et diminution des salaires. Alors, c'est toute une frange de la population, essentiellement urbaine, qui passera de la précarité à la pauvreté. Si rien n'est fait pour la leur éviter. Il est en effet

possible de prendre des mesures de compensation (réallocation des dépenses publiques) qui pallieront les effets sociaux des politiques d'ajustement structurel.

Des perspectives d'action sont possibles en direction des femmes et des enfants impliqués dans le secteur informel. Des études permettraient d'appréhender les phénomènes nouveaux qui ne manqueront pas de modifier le système et les structures socio-économiques du pays: l'importance de l'informel, les stratégies de survie des ménages victimes de "compression", les ressources des mères isolées, les indicateurs d'identification des groupes vulnérables, etc.

## QUELQUES INDICATEURS DE BASE.

Produit National Brut par habitant: 252.000 francs CFA ( $\pm$  900\$)  
Produit Intérieur Brut: 394 milliards de francs CFA ( $\pm$  1,4 milliards de \$)  
■ dont pétrole: 84 milliards de francs CFA ( $\pm$  300 millions de \$)  
Variation du PIB (1988-1989): + 0,3

Proportion de la population active employée dans les secteurs informels: 68%.  
Dette extérieure: 5,3 milliards de dollars.  
Ratio (en %) de la dette sur le PNB: 238%  
Ratio (en %) de la dette sur les exportations: 495%.  
Ratio (en %) des intérêts de la dette sur les exportations: 19%

Salaire Minimum Garanti: 23.500 frs CFA par mois.  
Coût du panier de la ménagère pour une famille moyenne: 60.000 frs CFA par mois.  
Coût moyen des dépenses de santé pour une famille: 8.500 frs CFA par mois

Part de la population ayant accès à l'eau potable: 21%.  
Taux de croissance de la production agricole: 3%  
Taux d'accroissement de la population: 3,5% l'an.

## DONNEES DE BASE ET NIVEAU DE VIE

	1985	1986	1987	1988	1989	1990
PNB (10.9 FCFA)	537	507	530	546	720	-
PNB/hab. (.000 FCFA)	285	260	260	260	260	252
PIB (10.9 FCFA) dont pétrole	417 62	388 67	391 77	393 81	394 84	- -
Taux annuel de variation du PIB (%)	-	-6,8	0,7	0,6	0,3	-
Dettes extérieures (10.9 FCFA)	-	1090	1148	1260	-	1440
Taux d'inflation	-	2,6	2,5	2,7	-	-

Sources : Banque mondiale, FMI

Le PNB (Produit National Brut) est la somme des valeurs ajoutées créées par tous les actifs congolais, qu'ils résident ou non dans le pays. Ce PNB est un critère de ressources et de production plus que de niveau de vie. En effet, le PNB ne tient pas compte du travail de la mère au foyer, de l'entraide villageoise, de la pêche individuelle, du bois mort, de la cueillette ou de la chaleur du soleil. Le PNB ne mesure équitablement que les biens ayant une valeur internationale (comme le pétrole dont la valeur est déterminée par le prix du baril). Il mesure de manière inégale les biens n'ayant pas de valeur internationale. Par exemple, un oeuf n'a pas la même valeur à Brazza et à Tokyo où, coûtant plus cher, il génère un PNB supérieur. Or le niveau de vie induit par la consommation de cet oeuf est identique partout dans le monde. Conséquence le PNB du Congo surestime son niveau de vie.

Le PIB, par contre, ne tient compte que de la somme des valeurs ajoutées produites à l'intérieur des frontières du Congo, quelle que soit la nationalité des travailleurs. Le PIB à prix constant ne tient pas compte de l'inflation. En ce sens, il est un meilleur indicateur que le PIB à prix courants.

(Voir le détail dans le Tableau 1 à la page suivante).

Tableau 1 : PIB par secteur à prix constants (1985-1989)

MILLIARDS DE FCFA					
	85	86	87	88	89
Agricult. élevage pêche	34,7	35,7	38,3	37,5	38,5
Bois	6,6	8,0	7,5	9,5	10,6
Secteur pétrolier	61,8	66,9	77,3	81,3	34,1
Industrie et mines	42,2	39,6	41,8	39,7	39,6
Electricité, gaz, eau	10,7	8,1	10,2	8,5	8,8
B.T.P.	34,6	21,8	11,3	8,5	7,6
Commerce, hôtels	54,1	52,6	50,6	56,3	56,0
Transport, communication	42,9	39,9	37,3	35,1	33,6
Administration publique	66,9	68,4	67,5	67,1	66,4
Autres services	33,4	25,6	30,4	27,3	26,5
Taxes à l'importation	28,8	21,4	18,3	22,3	22,5
PIB TOTAL	416,7	388,2	390,9	393,1	394,3
POURCENTAGE DU PIB					
Agricult. élevage pêche	8,3	9,2	9,3	9,3	9,3
Bois	1,6	2,1	1,9	2,4	2,7
Secteur pétrolier	14,6	17,2	19,3	20,7	21,3
Industrie et mines	10,1	10,2	10,7	10,1	10,0
Electricité, gaz, eau	2,1	2,1	2,6	2,2	2,2
B.T.P.	8,3	5,6	2,9	2,2	1,9
Commerce, hôtels	13,0	13,5	12,9	14,3	14,2
Transport, communication	10,3	10,3	9,5	8,9	8,5
Administration publique	16,1	17,6	17,3	17,1	16,3
Autres services	8,0	6,6	7,8	6,9	6,7
Taxes à l'importation	6,9	5,5	4,8	5,7	5,7
PIB TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
VARIATION ANNUELLE (%)					
Agricul. élev. pêche	0,9	2,9	7,2	-2,0	3,0
Bois	-	21,2	-5,6	25,9	11,6
Secteur pétrolier	-2,2	8,3	15,5	5,2	3,4
Industrie et mines	9,7	-6,2	5,5	-5,0	-0,3
Elec, gaz, eau	10,7	-24	-25,6	-16,4	3,5
B.T.P.	-24,0	-37	-47,9	-25,1	-10,6
Commerce, hôtels	-0,4	-3,8	-3,8	11,3	-0,3
Transport, commun.	1,2	-6,6	-6,6	-5,3	-4,3
Administ. publique	4,7	-1,4	-1,4	-0,5	-1,0
Autres services	7,1	-23	17,7	-0,1	-2,9
Taxes importation	-10,0	-26	-12,1	18,6	0,3
PIB TOTAL	-1,2	-6,8	-6,8	0,6	0,3

Source : FMI

Si l'on examine la part des différents secteurs économiques dans le Produit Intérieur du Congo pour l'année 1989, on constate que le secteur pétrolier vient en tête avec 21,3% (à peine 14,8% en 1985) suivi de l'administration publique avec 16,3% (inchangé depuis 1985), le commerce avec 14,2% et l'agriculture-élevage-pêche avec seulement 9,3%. Le secteur Bâtiments et Travaux Publics (BTP) qui représentait 8,3% du PIB en 1985, la dernière année faste de la manne pétrolière, est tombé en 1989 à 1,9%. Nul doute que les programmes d'ajustement en cours viendront dans les prochaines années modifier encore cette structure du PIB, diminuant la part des services au

profit des secteurs productifs: agriculture, pétrole, forêts et du secteur transport et communication, sans lequel rien n'est possible. Pour preuve de la déliquescence de ce dernier secteur, il suffit de remarquer qu'entre 1985 et 1989, sa part dans le PIB est passée de 10,9% à 8,5%.

**Tableau 2 : Répartition de la population active par secteur, par sexe et par branche d'activité<sup>1</sup>**

Branche d'activité		Secteur moderne	Secteur informel	Total
Secteur primaire	♂	91 %	34 %	36 %
	♀	9 %	66 %	64 %
Industrie	♂	90 %	79 %	85 %
	♀	10 %	21 %	15 %
Bâtiments et travaux	♂	95 %	99 %	98 %
	♀	3 %	1 %	2 %
Commerce hôtel	♂	84 %	31 %	42 %
	♀	16 %	39 %	58 %
Transport, télécom.	♂	95 %	99 %	95 %
	♀	5 %	1 %	5 %
Banques, services ou entreprises	♂	77 %	82 %	78 %
	♀	23 %	18 %	22 %
Services et collectivités services sociaux	♂	75 %	91 %	76 %
	♀	25 %	9 %	24 %
Non déterminé	♂	87 %	70 %	76 %
	♀	13 %	30 %	24 %
TOTAL	♂	83 %	40 %	54 %
	♀	17 %	60 %	46 %

↑ 31,5 %
 ↑ 68,5 %

Plus des deux tiers des emplois (68,5%) se trouvent dans le secteur informel (non saisi par la comptabilité nationale).

Le secteur primaire (agriculture, pêche, sylviculture et élevage) utilise à lui seul 53% de la population active, presque exclusivement répertoriés dans le secteur informel (96%). Ces chiffres n'apparaissent pas au tableau.

Par contre, si l'on considère l'emploi féminin, on apprend:

- qu'elles représentent 46% de la population active;
- qu'elles dominent largement le secteur informel: 60%;
- qu'elles sont la principale main d'oeuvre de l'agriculture (64%) et du commerce (58%).
- qu'elles occupent une place marginale dans l'emploi du BTP (2%) et des transports-télécom (5%).

<sup>1</sup>Source : Recensement général de la population (1984)

## LES STRUCTURES ECONOMIQUES DU CONGO.

Le lecteur trouvera ici un aperçu des ressources et des structures économiques et sociales du Congo. Dans le chapitre consacré aux revenus et aux habitudes de consommation, il disposera d'éléments objectifs susceptibles d'identifier les risques de marginalisation et d'appauvrissement de la population.

### Des ressources.

Le pays est doté d'importantes ressources qui permettraient à l'ensemble de ses populations un niveau de vie plus élevé. Il dispose en effet:

- De la forêt tropicale avec plus de 3000 essences communes ou rares dont plusieurs centaines exploitables.
- De terres cultivables sur 8.200.000 hectares soit le quart de la superficie totale du territoire national. A l'heure actuelle à peine 2% seulement des terres sont exploitées.
- De ressources hydrauliques, réparties en deux grands bassins: celui du Kouilou Niari et celui du Congo.
- D'une façade maritime de 170 kms.
- De pétrole dont les réserves sont estimées à plus d'un milliard de tonnes. Au rythme de production actuel (moins de 10 millions de tonnes par an), le Congo dispose encore de promesses de ressources importantes. Ce n'est pas négligeable, surtout à l'heure où le pays va devoir disposer de devises pour reconstruire son tissu économique et s'ouvrir au partenariat privé et international.
- D'un sous-sol qui recèle de la potasse, du cuivre, du fer, du plomb, de l'étain, de l'argent, de l'or et des diamants.

### Des structures agricoles.

Il s'agit essentiellement d'une économie familiale. La superficie cultivée par actif était de 53,3 ares en 1973. Il y avait alors 142.000 exploitations. L'agriculture paysanne utilise environ 60% de la population active totale, contre 7% à l'industrie et 11% aux services (voir tableau 2 : la population active). Cette agriculture familiale assure 90% de la production agricole nationale tout en ne cultivant que 68,5% des terres.

Par contre, l'agriculture industrielle - les exploitations y atteignent des dizaines de milliers d'hectares - produit infiniment moins (10%) tout en occupant 31,5% des terres cultivées. Les travailleurs y sont salariés.

### Les structures industrielles

La plupart des entreprises industrielles n'ont aucun rapport entre elles. Souvent elles se fournissent à l'étranger pour des biens et des services qui échappent ainsi à l'économie nationale. Certaines ne sont que des filiales de firmes transnationales, dont elles exécutent localement la politique industrielle.

Les industries alimentaires, boissons et tabac ainsi que les industries du bois sont les industries leaders. Elles représentent respectivement 35% et 18% de la valeur ajoutée du secteur industriel. Mais c'est le secteur pétrolier qui permet de parler d'entreprises géantes, avec les filiales locales de ELF (France) et d'AGIP (Italie). Des sociétés pétrolières américaines (CONOCO, AMOCO) se sont installées depuis peu, mais leur production reste marginale.

Au Congo, le secteur industriel d'Etat était puissant mais sa rentabilité était loin d'être établie. Un rapport gouvernemental, établi en 1989 disait: "*force est de constater que malgré les progrès*



*réalisés, le risque financier que supporte l'Etat au titre des entreprises publiques demeure très élevé, et que leur équilibre d'exploitation est loin d'être établi".* Certaines entreprises, pourtant chargées d'offrir des services au public, d'entretenir, de faire fonctionner et d'investir, consacraient 75% et plus de leurs budgets aux salaires.

#### **Les structures de l'économie informelle.**

Le secteur informel englobe toutes les activités agricoles, commerciales, industrielles et de service qui ne sont pas saisies par la comptabilité nationale. C'est dire qu'il couvre un large éventail de professions allant de la petite agriculture paysanne, dite de subsistance à des entreprises familiales en passant par les diverses formes d'artisanat ou de commerce. On y trouve du tâcheronnage, du travail à domicile ou saisonnier, des camelots et des marchands des rues. Certains créneaux de l'informel sont saturés comme la couture ou la menuiserie; d'autres s'ouvrent, comme la réparation électrique ou la coiffure féminine. Le BIT/PECTA (8) estimait en 1974 que le secteur informel représentait *"infiniment plus d'emplois que le secteur moderne"*, quelques 76% du total des emplois (voir aussi le tableau 2 : La population active). Dans ce tableau, il apparaît très clairement que les femmes représentent 70% des actifs de l'agriculture et 90% des actifs du commerce informel.

Les études partielles disponibles en 1989, indiquent que la progression de ce secteur est remarquable (enquête BERETEC) (8). Selon les données de la comptabilité nationale, il représentait, entre 1982 et 1986, une contribution au PIB qui se situait dans la fourchette de 17% à 27%. Mais ce qui est frappant dans l'évolution récente des structures de l'économie informelle, c'est la généralisation du travail des enfants (entre 5 et 15 ans) et l'arrivée dans ce marché de l'emploi parallèle de jeunes bacheliers. Il en va pour eux de leur survie socio-économique.

#### **Les structures sociales**

Les structures sociales sont le produit historique des influences lignagères traditionnelles, économiques modernes et idéologiques. Ces influences ont généré des groupes sociaux nombreux et fort différents selon que l'on passe du monde rural au monde urbain.

En milieu rural, l'enracinement des influences situe l'âge au centre de tous les critères de distinction, de tous les pouvoirs et de l'organisation sociale.

La gestion des équilibres et des déséquilibres, des conflits et des contradictions, du bien et du mal est codifiée et légitimée par des pouvoirs naturels et surnaturels. La religion peut aussi aider à comprendre les structures sociales du monde rural: Protestants, Catholiques, Kimbanguistes et fidèles de l'Armée du Salut cohabitent et structurent le monde rural.

En milieu urbain, la dominance de l'économie permet de distinguer d'abord des groupes économiques correspondant aux classes sociales: prolétaires et bourgeois. Ensuite, vient la distinction sociale basée sur la vie associative et dont les fondements sont la famille, l'entraide, la science, la culture ou le sport.

#### **Les structures de revenu et de consommation**

Ces structures posent le problème des catégories et des inégalités de revenus, de l'accès ou non aux biens de consommation. Du budget des ménages et des risques de pauvreté.

#### **Les revenus**

Le salariat emploie quelques 201.000 personnes dont 58% dans la fonction publique, 12% dans le secteur privé et mixte et 30% dans les entreprises publiques. Ces salariés ne sont pas les plus mal lotis en terme de pouvoir d'achat. Pourtant, nous le verrons plus loin, leurs revenus suffisent à peine à couvrir les principaux postes du budget familial. Les salaires annuels de ce personnel sont en moyenne de:

- 1.138.354 FCFA pour la Fonction publique (hors armée);
- 2.120.325 FCFA pour le secteur privé (y compris le pétrole);
- 1.593.551 FCFA dans les entreprises mixtes.

En terme de pouvoir d'achat, cela fait, pour ses divers groupes de salariés, des revenus moyens compris entre 85.000 francs et 150.000 francs par mois. Il s'agit là de salariés privilégiés, assurés d'un revenu régulier. D'autres, les quelques milliers de travailleurs du secteur pétrolier, sont mieux lotis encore avec des salaires au-dessus de cette moyenne.

Les revenus des non-salariés sont 3 à 4 fois plus bas que ceux des salariés ("Revenus des salariés en milieu urbain" CRETH- URBANOR 80\81) (6) <sup>2</sup>. A l'intérieur de ce groupe des "non-salariés", (essentiellement dans le secteur informel et pour moitié des commerçants), la disparité des revenus est plus grande encore. La fourchette s'étend de 10.000 francs à plus de 400.000 francs par mois (CIATA - enquête sur l'emploi et les ressources humaines) (9). La grande majorité (70 à 80% avouent disposer de moins de 30.000 francs chaque mois).

En ce qui concerne les paysans, l'analyse des prix relatifs (rapports prix agricoles/prix non agricoles), faite par Maboundou (12), montre la dégradation constante de leurs conditions d'existence. L'étude ATEC-OCV faite dans le Lekoumou estime à 75.000 francs CFA par an les revenus des paysans. En fait, selon le type de cultures produites<sup>3</sup>, la région, la période de l'année, la taille de la famille et les avantages économiques de la proximité d'un marché urbain, les revenus des paysans congolais se situent dans la fourchette 70.000 francs - 150.000 francs l'an.

De 1974 à 1984, le niveau général des salaires avait augmenté de 30% en moyenne (de 147% dans le secteur bancaire à 9% dans le secteur du transit). Ensuite, à partir de 1983, l'ensemble des salaires distribués au Congo s'est mis à baisser<sup>4</sup>. Et même dans le secteur privé où la masse salariale distribuée est tombée de 30 milliards de francs à 15-19 milliards. En 1988, les audits stratégiques effectués dans les entreprises d'Etat, aboutissaient à des compressions salariales: 13 ème mois supprimé, avantages réduits, suppression du paiement des heures supplémentaires et de la gratuité des soins de santé, etc.

Pour le secteur informel, il est plus difficile de chiffrer la baisse, mais il est évident que la diminution générale des salaires a eu des effets sur la contraction de la demande des biens et des services offerts par ce secteur: l'artisanat du bâtiment, les services urbains divers ont particulièrement souffert.

### Les structures de consommation

Une enquête du Centre de Recherches et d'Etudes Techniques de l'Habitat (CRETH) (6), établit qu'en 1974 la moyenne des unités de consommation d'un ménage urbain est de 7 personnes. Aujourd'hui, certains estiment cette moyenne à 7,3 personnes (11). Dans son étude, basée sur le recensement de 1984, Jean-Pierre Poaty affirme: *"la taille moyenne du ménage congolais est d'environ 7 personnes"*(10). Il a également calculé que la charge par actif se situait autour de 4,4 personnes en ville et 2,8 à la campagne. Une estimation récente de l'Orstom avance(14): *"La taille moyenne des familles est de 4,4 personnes en ville contre 5,6 à la campagne"*.

<sup>2</sup> Le Salaire Minimum Garanti - le SMIG - est fixé à 23.500 frs.

<sup>3</sup> Les bananes plantain et la pomme de terre sont les plus rémunératrices; le manioc, le maïs, le riz et les arachides le moins.

<sup>4</sup> Lors de son Congrès en 1989, le PCT lui-même, reconnaissait que "le pouvoir d'achat du Congolais s'est continuellement dégradé. Le rapport du premier Plan quinquennal estimait cette dégradation à 2,08% par an de 1982 à 1986."

Le CRETH établissait également à 77.000 FCFA par mois les dépenses minimales de consommation alimentaire d'un ménage. Or, à l'époque, en 1980, le salaire moyen dans la Fonction Publique était estimé à 64.000 FCFA. Un seul salaire n'était donc pas suffisant pour couvrir les seuls besoins alimentaires de la famille. C'est ainsi que bien souvent des revenus complémentaires étaient trouvés par les femmes et les enfants au sein de l'économie informelle, en effectuant des travaux ou en exerçant l'une des nombreuses activités qu'il propose.

Quinze ans plus tard, c'est plus vrai encore. La structure des dépenses des ménages dans les deux grandes villes du pays (voir le Tableau 3) fait apparaître qu'entre 50% et 56% des dépenses sont consacrées à l'alimentation<sup>6</sup>. Comme il s'agit d'une enquête exploratoire, elle n'a pas de valeur exhaustive mais elle nous confirme ce que disait le CRETH en son temps: chaque mois, les ménages citadins consacrent 77.000 frs à leur alimentation. Une alimentation pas toujours suffisante en qualité et en quantité. Dans une recherche sur le tribalisme (6), il apparaissait que dès 1976, 14% des ménages urbains se contentaient d'un seul repas par jour et 49,3 % de deux repas.

Tableau 3 : Structure des dépenses des ménages en 1989

Grande dépenses (en %).	Brazzaville	Pointe-Noire
Alimentation	56,48	49,01
Logement	4,84	6,49
Santé	8,05	6,11
Habillement	6,98	5,94
Energie	8,42	8,15
Transport	7,27	8,72
Education	3,96	8,49
Autres	4,00	7,09
TOTAL	100,00	100,00

CNSEEE : Enquête budget des ménages en 1989 (échantillon de 199 ménages)

La structure consommatoire est quelque peu différente en zone rurale. L'autarcie relative, mais réelle, permet aux ménages de consacrer moins d'argent à la nourriture et plus aux autres postes. Deux enquêtes, l'une de 1963 (3) et l'autre de 1984 (4) aboutissent aux mêmes résultats: l'habillement avec 27 ou 30% vient en tête des dépenses des familles, suivi par l'alimentation avec 18 à 25%, la santé (8 à 18%)... Ne perdons pas de vue que si cette structure est différente de celle que nous rencontrons en ville, elle concerne des masses monétaires bien moins importantes, les agriculteurs gagnant moins que les citadins. Pour eux, tous les produits achetés sont chers, y compris l'huile, le sel, le poisson et la viande.

La plupart des villageois se contentent d'un seul repas par jour et d'une ou deux collations avant les travaux (5).

Cette enquête exploratoire déjà citée (1) nous permet de typer les habitudes de consommation des femmes par rapport aux hommes. Elles consacrent une part plus importante de leurs revenus à l'alimentation, même si cela fait moins en chiffres absolus. Elles consacrent également plus d'argent au poste santé: 9.920 francs par mois contre 8.309 francs pour les hommes. Pour tous les autres postes, les hommes dépensent plus.

<sup>6</sup> Certaines dépenses sont incompressibles comme l'alimentation et le logement. Cette situation induit des modèles consommatoires précis tels:

- des choix alimentaires soutenus par les marchés populaires et les produits de type africain
- des normes d'habitation très sommaires et inachevées en terre/ciment/brique/bois et tôle.
- des normes de soins qui font appel à l'auto médication, aux tradi-praticiens et aux féticheurs.
- des choix vestimentaires qui font la part belle aux tissus locaux et au génie créateur des artisans du secteur informel.

Toujours selon cette enquête menée en milieu urbain, le niveau d'instruction influence les comportements de consommation. Ainsi, de façon apparemment contradictoire, plus les revenus augmentent plus les dépenses de santé diminuent. "Peut-être, avance Poaty, les catégories supérieures maîtrisent-elles mieux la prévention que les autres" (2). Autre élément: les conditions sanitaires; ces populations vivent-elles dans des conditions sanitaires plus satisfaisantes... ce qui, en fait, est une autre forme de prévention.

La somme allouée aux dépenses d'alimentation varie peu selon le niveau d'instruction: 56.685 francs pour les moins instruits contre 63.143 francs pour les plus instruits<sup>6</sup>. Le poste alimentation est donc bien, pour tous, le premier et le moins compressible.

#### Pour un indicateur... plus humain.

Les indicateurs généraux du développement (entre autres, le PNB et le PIB) s'intéressent au bien-être de l'homme et s'attachent à repérer les conditions de sa réalisation: vivre longtemps et en bonne santé, acquérir un savoir et avoir accès à des ressources nécessaires pour jouir d'un niveau de vie convenable.

Le Programme des Nations Unies pour le Développement a mis au point un indicateur de "développement humain" qui englobe d'autres notions comme la liberté politique, économique ou sociale, la créativité, la productivité, le respect de soi et, enfin, la garantie des droits humains fondamentaux.

A la lumière de ces critères, le PNUD a conçu un indicateur de développement humain qui tente de chiffrer le niveau de développement réel, à la fois économique et humain atteint par chacun des Etats du monde (13).

Si l'on tient compte de tous ces éléments, le Congo est un pays à faible développement humain, alors que d'un strict point de vue économique, il est classé dans la rubrique des "pays à revenu intermédiaire". Concrètement, son développement humain le situe 26 rangs en dessous de son développement économique. Le pétrole n'a pas fait le bonheur des populations congolaises. Dans la (triste) hiérarchie des pays les plus mal lotis, le Congo est 33<sup>ème</sup> (sur 130), entre la Namibie et la Côte d'Ivoire. Son espérance de vie est de 49 ans (chiffre PNUD de 1987) et de ce point de vue, à peine 15 pays au monde ont moins de chance que lui. En ce qui concerne l'accès à l'eau potable, la situation du pays est dramatique. Selon le PNUD, en 1986, à peine 21% de la population disposent d'une eau saine. Ce qui place le pays parmi les plus démunis sur ce point. Certes, la scolarisation atteint un niveau que peu de pays africains ont atteint mais cet enseignement laisse qualitativement à désirer. L'analphabétisme touche encore les femmes (surtout) et les hommes.

---

<sup>6</sup> Les revenus des ménages dont le chef de famille est sans instruction s'élève à 87.281 francs par mois contre 131.489 francs pour les ménages dont le chef de famille est universitaire.

## LA CONJONCTURE ECONOMIQUE CONGOLAISE : LE POIDS DU PASSE.

L'économie et la société congolaises sont caractérisées par un étrange paradoxe qui fait que ses richesses naturelles et humaines sont la cause de ses difficultés.

Ses femmes et ses hommes d'abord, qui se concentrent dans les villes et délaissent les campagnes. Sur une population totale de plus de 2 millions d'habitants, plus de la moitié se trouve concentrée dans les quatre agglomérations du sud du pays: Brazzaville, Pointe-Noire, Loubomo et N'Kayi. De 1960 à 1980, la population rurale est tombée de 80% à 40%. Si cette tendance actuelle se poursuit, la population des villes comptera 2 millions d'habitants en l'an 2000 et 3 millions en l'an 2010... pour une population agricole d'à peine 1 million de personnes (7) .

Parallèlement, les importations alimentaires se sont élevées à 20 milliards de francs en 1980, 70 milliards de francs en 1985 et pourraient atteindre 100 milliards en 1991. L'agriculture congolaise ne produit pas pour nourrir sa population et le pays (surtout les zones urbaines) dépend de plus en plus de l'extérieur pour son approvisionnement alimentaire de base.

Ses richesses ensuite. Jusqu'en 1970, la croissance économique était modeste, soutenue essentiellement par l'activité pétrolière qui représentait alors 80% des recettes d'exportation. Depuis 1970, l'économie congolaise est déterminée par ses revenus pétroliers. De 1975 à 1985, l'économie est portée par la manne de l'or noir: le PIB passe de 225 milliards de francs CFA à 972 milliards de francs CFA par an.

Tableau 4 : Evolution des exportations du Congo (en %)

	1985	1986	1987	1988	1989
Pétrole brut	83,10	70,10	78,00	72,10	78,40
Produits raffinés	3,80	3,50	3,00	3,00	2,00
Bois	5,20	12,50	12,60	16,30	13,50
Sucre	0,70	1,40	0,80	0,90	0,70
Cacao	0,30	0,30	0,20	0,10	0,10
Café	0,60	0,30	0,10	0,10	0,10
produits industriels	0,30	2,40	1,20	1,20	0,80
Biens de consommation	5,90	9,60	4,70	6,30	4,40

Source : FMI

### Le pétrole.

Mais cet essor reste fragile et artificiel, le pays ne réalise pas les indispensables investissements productifs. La rente pétrolière est mal utilisée: construction d'immeubles de prestige et recrutement excessif dans les services publics et les entreprises d'Etat. Le secteur public et para-public est devenu le principal employeur du pays<sup>7</sup>... pour une charge salariale de 80 milliards de francs CFA (pouvant représenter, certaines années, 45% des dépenses courantes de l'Etat).

Le rêve ne dure pas et se brise net lors du retournement de la conjoncture internationale: les prix du brut s'effondrent et le dollar américain, référence unique pour les prix du pétrole, chute (de 407 FCFA en 1985 à 280 FCFA en 1991). Le choc est plutôt dur pour le Congo. Ses recettes pétrolières s'effondrent et son imprévision ne lui permet pas de compenser ce manque à gagner par d'autres recettes. A titre indicatif, entre 1985 et 1987, les recettes pétrolières de l'Etat passent

<sup>7</sup> En 1998, 201.000 personnes étaient salariées, dont 77.000 dans la fonction publique, 28.000 dans les entreprises publiques et 96.000 dans le secteur privé.

de 225 milliards de francs à 34 milliards. En raison d'un léger raffermissement des prix du brut et d'un aménagement de la fiscalité pétrolière, ses recettes se sont légèrement redressées en 1989 et 1990 pour atteindre 80 milliards de francs.

La guerre du Golfe semble ménager un court sursis au Congo: l'augmentation du prix du baril et de la production laisse augurer de meilleures rentrées. La Caisse Centrale de Coopération Economique (France) a estimé que ces recettes pourraient atteindre 169 milliards de francs en 1991 et 187 milliards en 1992. A titre indicatif le budget des dépenses courantes de l'Etat congolais pour 1990 était de 193 milliards de francs. C'est dire que cette manne pétrolière (prévisible mais pas assurée) viendrait à point pour alléger la pression financière sur le pays. Il est évident qu'une part importante des recettes du pétrole servira à rembourser la dette, dont le service annuel (chiffre 1989) consomme 38% des recettes d'exportation.

Tableau 5 : Variation de la production pétrolière (en .000 de barils)

	1985	1986	1987	1988	1989
Total	41 347	42 175	44 759	48 666	56 427
Taux annuel de variation	2,4	2,0	6,1	8,7	15,9

#### L'endettement.

En effet, dès 1985, la diminution des recettes pétrolières et la mauvaise conjoncture internationale ont eu des effets directs sur les ressources du Congo. Pour maintenir son train de vie, il a, à l'instar de beaucoup d'Etats, fait appel à l'emprunt, intérieur et extérieur. Résultat: en 1991, le pays a une dette extérieure de 1.400 milliards de francs CFA et une dette intérieure de 420 milliards de francs CFA. Le Congo a ainsi le triste privilège d'être le champion du monde de l'endettement par habitant. Chaque homme, chaque femme et chaque enfant congolais est endetté de quelques 900.000 francs CFA.

Cet argent il faut le rembourser et, pour y arriver tout en continuant à (sur)vivre, il a fait appel aux institutions financières internationales. En mai 1987, un premier Programme d'Ajustement Structurel est signé avec la Banque Internationale des Règlements Internationaux. Il prévoit des investissements productifs et l'entretien des infrastructures économiques. Toutefois, les finances publiques continuent de déraiper et un nouveau programme d'ajustement structurel s'avère nécessaire. En cause, la gestion et la rentabilité de certaines entreprises publiques.

Il faut dire que depuis 1963, le pays s'était résolument engagé dans la voie du marxisme-léninisme, faisant du secteur étatique le moteur de l'économie. Avec des réussites diverses. Lors de la négociation du deuxième PAS, en 1990, la décision est prise de liquider purement et simplement 10 entreprises publiques, 10 autres seront privatisées totalement et 10 autres privatisées partiellement.

Il fut pourtant un temps où ces entreprises d'Etat et la Fonction Publique étaient l'aboutissement logique et garanti de tous les jeunes diplômés. Aujourd'hui, ce n'est plus le cas. Le PAS implique des dégraissages: le pays compte près de 200.000 chômeurs dont 36.000 jeunes (15.000 d'entre eux ont le baccalauréat). Dans les prochains mois, 10.000 fonctionnaires supplémentaires iront grossir les rangs des demandeurs d'emploi. Le rééquilibrage des finances publiques et la privatisation de larges pans du secteur public sont à ce prix.

#### L'Agriculture.

Sans doute le talon d'Achille de l'économie du pays. La crise économique qui sévit depuis le milieu des années 80 a fortement compromis tout développement auto-centré. L'atrophie du secteur

primaire est préoccupante. L'exode rural s'accélère alors que la valeur ajoutée de la production agricole régresse. Les importations de denrées augmentent, encouragées par la transformation des habitudes alimentaires du pays (en ville, le pain est préféré au manioc mais le pays ne produit pas de blé) et le recul de l'agriculture nationale. L'autosuffisance alimentaire du pays est un leurre. Le tableau suivant est éloquent.

**Tableau 6 : Autosuffisance alimentaire, taux de couverture des besoins par la production locale (en %)**

	1985	1990	1995	2000	2005
Manioc	89,5	85,5	81,7	78,0	74,4
Riz	8,2	7,2	6,4	5,7	5,2
Blé (farine)	0	0	0	0	0
Banane plantain	100,2	93,1	86,5	80,2	75,0
Autres tubercules	99,3	92,3	85,8	79,8	74,3
Maïs	100,2	93,1	86,5	80,5	75,0
Viande rouge	37,8	33,8	30,3	27,3	24,6
Volaille	54,1	45,8	39,0	33,4	28,8
Oeufs	44,6	36,8	30,6	25,6	21,6
Huiles	44,4	48,0	171,1	153,5	134,6

Sources : Conseil national de l'agriculture, tome 2- Novembre 1987, Ministère de l'Agriculture

Ces pourcentages nous indiquent le rapport entre la consommation réelle par produit et la production locale de ce produit. Ainsi, les citoyens consomment de plus en plus de pain alors que le pays n'en produit pas du tout (rapport: 0%). Ce tableau est aussi prospectif: il indique l'évolution de la dépendance alimentaire si les tendances actuelles se maintiennent. En chiffres absolus (non répertoriés au tableau 5) en l'an 2.000, le Congo devra importer 175.600 tonnes de céréales (riz, blé), 180.015 tonnes de manioc et 17.591 tonnes de plantain pour couvrir les besoins de base de sa population. A l'horizon de 2005, la couverture des besoins par la production nationale n'est assurée pour aucun produit de base, excepté pour l'huile qui fait l'objet d'un projet industriel ambitieux.

En 1989, la production alimentaire a augmenté de 3%, ce qui est insuffisant pour couvrir le taux d'accroissement de la population (3,5%). Pourtant, en 1988, le gouvernement avait accordé des facilités aux paysans: réduction des tarifs de transport et des prix des hydrocarbures, exemption des tarifs douaniers pour les outils et les machines. Cela n'a pas suffi.

Le poids des monopoles de la commercialisation des productions, le manque d'infrastructures de transport et les difficultés à acheminer les productions vers les marchés n'encouragent pas les paysans congolais à produire plus que pour leur propre subsistance. Les grandes villes du sud n'ont donc d'autres ressources que de s'adresser à l'extérieur pour la satisfaction de leurs besoins alimentaires.

Si la production de cultures vivrières stagne, il en est de même pour les produits d'exportation. Le café, le cacao et le tabac sont en baisse constante depuis 1986 et leur diminution a été de 50% en trois ans (voir tableau 7)

Tableau 7 : Evolution de la production agricole (en .000 de tonnes)

	84/85	85/86	86/87	87/88	88/89	89/90
Manioc	603,4	556,6	620,0	654,0	690,0	727,9
Banane plantain	60,6	66,6	66,0	79,0	81,3	84,0
Riz	0,6	0,5	0,5	0,9	0,9	0,9
Maïs	3,7	1,4	1,7	1,7	1,7	1,8
Canne à sucre	45,4	-	-	-	-	-
Arachides	0,9	1,2	0,2	0,2	0,2	0,2
(tonnes)	84/85	85/86	86/87	87/88	88/89	89/90
Tabac	55	76	92	-	-	-
Café	2861	1444	1182	1780	981	746
Cacao	1845	2973	1675	1611	1650	751

Source: FMI

### La forêt.

Certes les productions forestières augmentent (plus 4,6% pour 1989) mais ce secteur ne représente que 3,5% du PIB. La forêt congolaise est riche de bois précieux. Son exploitation sur une plus grande échelle, tout en respectant les équilibres écologiques, est possible et souhaitable. Mais avant, il faut améliorer les infrastructures de transport ferroviaires et fluviaux (voir tableau 9).

Tableau 8 : Evolution des exportations de bois

Millions de mètres cube	1985	1986	1987	1988	est. 1989
Exportations	276	287	327	411	435

Source: FMI

### Les transports.

Ce secteur (train, route, fleuve et air), sans lequel tout projet de développement est illusoire, est touché par de sérieux problèmes d'organisation et de gestion. Durant l'année 1989, l'ensemble des activités des transport a diminué de 4,3%. L'industrie forestière est la première touchée mais toute l'économie est freinée et le développement compromis. L'axe ferroviaire Brazzaville-Pointe Noire est incapable d'assurer l'évacuation des grumes stockés au port de Brazzaville.

A la fin de 1989, 189.000 M<sup>3</sup> de bois étaient en souffrance... avec les charges afférentes pour les forestiers du Nord du pays. Le réseau routier ne permet pas les échanges fluides et réguliers entre les régions du pays. Fort heureusement, les autorités du pays ont compris l'importance d'un réseau de communications. Ils ont, en 1990, lancé le concept de "reconquête du territoire national". Pour desservir les campagnes et approvisionner les villes.



**Tableau 9: Trafics ferroviaires et fluviaux**

	1985	1986	1987	1988	1989
<b>Trafic ferroviaire</b>					
Passagers (M. de kms)	437	456	400	419	405
Marchandises (M. de kms)	518	536	448	479	483
CFCO (tonnes)	1.210	1.291	1.104	1.200	1.210
COMILOG (tonnes)	2.361	2.558	2.293	2.136	1.200
<b>Activités des Ports</b>					
Pointe-Noire (M. de t)	9.194	9.504	9.630	10.722	9.146
Ports fluviaux (M. de t)	526	436	415	412	523
<b>Trafic fluvial</b>					
Barges (M. de t)	171	119	85	91	-
Passagers (milliers)	36	48	40	48	40

Source : FMI

#### L'industrie

L'activité industrielle subit un ralentissement du fait de la diminution de la demande et du coût trop élevé de la main-d'oeuvre. Cela rend les produits peu compétitifs, tant à l'exportation que sur le marché intérieur. Les seules activités qui connaissent une amélioration relative sont les secteurs du ciment et du sucre.

#### L'aide extérieure

La France, ancienne puissance coloniale a toujours été le partenaire principal du Congo et son premier bailleur de fonds. A partir de 1963, les pays du bloc de l'est coopèrent avec le Congo (personnel technique entre autre médical, bourses d'étude, militaires et enseignement); au premier rang, la Chine.

Depuis la fin des années 70, le Congo s'est rapproché des pays occidentaux. En 1989, les engagements des bailleurs de fonds ont augmenté considérablement (voir tableau 10). Ce saut quantitatif est dû à des contributions bilatérales importantes, alors que les dons et l'aide multilatéral étaient en baisse. L'aide publique au développement, qui nous intéresse au premier chef, s'est élevée à 65 milliards de francs CFA, surtout sous forme de prêt plus que de dons (subventions).

Le retour des Organisations Non-Gouvernementales (ONG) après 28 ans d'absence correspond à un choix politique du gouvernement. Des ONG extérieures se sont installées dans le pays (confessionnelles ou non) et des ONG nationales ont vu le jour. Il n'existe, à l'heure actuelle, aucune donnée permettant de juger de l'importance matérielle de cette aide.

Tableau 10 : L'aide extérieure

En millions de \$US	1985	1986	1987	1988	1989
Engagements bilatéraux	84.2	493.9	164.0	76.7	314.7
Engagements multilatéraux	61.0	55.1	166.3	78.6	69.2
Total	145.1	549.0	330.3	155.3	383.9
dont APD	58.1	167.9	167.9	133.4	245.0
Subventions	42.9	46.0	55.1	104.0	60.3
Prêts	15.2	121.9	112.8	29.4	184.7

Source : FMI

### L'avenir socio-économique.

Selon une enquête des conseillers économiques et commerciaux des Etats membres de la Communauté Européenne au Congo, *"la perspective d'un redressement économique reste étroitement liée à l'évolution de la production et des cours du pétrole et, dans une moindre mesure de ceux du bois ainsi qu'à l'assainissement des finances publiques"*<sup>6</sup>. Cela peut paraître paradoxal dans la mesure où une part importante des malheurs du Congo vient de sa polarisation économique sur ces deux secteurs. Pourtant ce sont aussi les deux seuls qui lui permettent des recettes. Il aura besoin de son pétrole et de son bois pour faire face à son endettement et rebâtir son économie. Ces ambitions étaient contenues dans le Plan d'Action Economique 1990-1994 (PAES). La tenue de la Conférence nationale a rendu ce Plan caduc. Le programme économique du Congo de demain sera défini par les partis politiques qui sortiront vainqueurs des prochaines élections. En attendant, un programme économique à court terme (dénommé "Plan d'urgence") a été adopté par la Conférence. Il durera le temps de la période de transition (12 mois maximum) qui commence début juin (date de clôture de la Conférence) à la constitution du gouvernement qui sortira des "premières élections libres". Ce Plan d'Urgence doit veiller *"à maintenir les équilibres macro-économiques"*.

La plupart des observateurs et des experts s'accordent à reconnaître que toutes les stratégies futures devront tenir compte des contraintes incontournables de l'économie congolaise, à savoir:

- le rééquilibrage des finances publiques;
- la restructuration de l'économie;
- la promotion du secteur privé;
- la réforme des structures sensibles (le fisc, la douane, les banques, l'éducation).

Le scénario qui sera adopté tiendra compte davantage de production et d'emploi, d'économie rurale et forestière, d'initiative privée et du développement des petites et moyennes entreprises. Un nouveau concept, celui de "reconquête de l'espace national", tentera de réconcilier la ville et la campagne. Entre les deux, en effet, un fossé se creuse: difficultés d'approvisionnement alimentaire des villes par les campagnes, problèmes nutritionnels dans certaines régions isolées, centralisation des industries autour des villes, mauvaise couverture sanitaire des campagnes, difficultés de communication entre les deux, exode rural, etc. La campagne doit participer au mieux-être de la ville et celle-ci doit faire profiter le monde rural de son ouverture et des avantages de son développement.

Le scénario pensé par les experts nationaux devra aussi, et surtout, tenir compte des individus et s'intéresser à la manière et aux conséquences des choix économiques sur les populations. Le social deviendra un domaine sensible et l'emploi un des grands défis à relever. La restructuration des secteurs publics et les licenciements dans la fonction publique feront grossir les rangs des

<sup>6</sup> Rapport des Conseillers économiques et commerciaux de la CEE - Brazzaville 1990.

chômeurs. Il faudra éviter leur marginalisation et favoriser leur réinsertion (par la formation et le recyclage professionnel). Si le PAES est obsolète avant d'avoir existé, certaines des options sociales qu'il proposait perdureront, notamment dans les domaines qui nous intéressent:

- Le système éducatif sera réformé, privilégiant la qualité et la cohérence avec les besoins nationaux plutôt que la quantité.

- Le système de santé sera optimisé par une meilleure complémentarité entre les infrastructures les plus lourdes (CHU, Hôpitaux de base) et les établissements sanitaires de premier échelon (infirmes, dispensaires). La médecine libérale pointe le nez. Il faudra veiller à son intégration dans la politique de santé.

## AJUSTEMENT STRUCTUREL ET COUVERTURE SOCIALE.<sup>9</sup>

Ce qu'est le Congo et ce qu'il sera dépend largement de ce qu'il fut. Les caractéristiques socio-économiques du pays telles que nous venons de les décrire expliquent pourquoi et comment il s'est trouvé confronté à un processus d'ajustement structurel. Rappelons-les très brièvement:

- Le taux d'urbanisation, de plus de 60%, est à mettre en parallèle avec les piètres performances de l'agriculture locale, moins de 2% des terres sont exploitées: le pays est dans une situation de dépendance alimentaire structurelle qui va s'accroître.
- Les revenus du pétrole ont permis, en solvabilisant le pays, son endettement extérieur, le gonflement des dépenses publiques, l'émergence d'un secteur public et para-public pléthoriques.

En décembre 1989, un rapport de la Banque Africaine de Développement et de l'Unesco établissait: *"l'effondrement du marché pétrolier, venant s'ajouter à un profil d'endettement déjà lourd, a été le principal facteur de la soudaine détérioration de la situation économique, ce qui a déterminé le Gouvernement à entreprendre un programme de stabilisation"*.

Ce processus s'est mis en place selon un schéma bien connu en Afrique subsaharienne: choc exogène → finances publiques dépendantes → environnement vulnérable comportant des faiblesses structurelles masquées par des politiques optimistes.

L'enchaînement des mesures se fait selon une logique désormais classique: action à court terme sur la demande → résorption du déficit public → réformes visant à modifier la structure de l'offre... tout en méconnaissant la répartition interne du coût social de cet ajustement.

C'est ce dernier point - le coût social de l'ajustement structurel - qu'il nous importe d'évaluer pour contribuer à le prévenir. Les politiques d'ajustements structurels vont-elles avoir un impact sur la situation des groupes vulnérables?

Quel que soit l'avenir politique et institutionnel du Congo, il devra passer par une période de redressement économique difficile. L'observation des effets des politiques d'Ajustement Structurel sur les économies africaines nous enseigne que des franges très larges de population ont à en souffrir. Membre de la zone franc, le Congo n'aura pas à souffrir d'éventuelles dévaluations qui frappent les couches de la population les plus défavorisées. Celles qui sont subventionnées, comme le sont souvent les petits paysans.

L'augmentation des prix des produits importés provoquera une diminution du pouvoir d'achat des couches de population qui "achètent étranger"... comme les habitants des villes, 60% des Congolais. De façon générale, nous pouvons nous inspirer des travaux et des réflexions intervenus dans d'autres pays en développement pour introduire notre sujet.

Dans une Communication de la Banque mondiale, datée de 1987 et consacrée à l'ajustement structurel à Madagascar on peut lire: *"bien que les efforts d'ajustements aient contribué à arrêter la dégradation, la croissance économique modeste a davantage compromis la consommation par habitant entraînant des coûts importants pour certaines catégories sociales (...) Comme résultat, les problèmes sociaux ne cessent de s'aggraver dont la mortalité infantile et la malnutrition sont les plus épineux"*. L'Unicef dans "L'ajustement à visage humain" a constaté que sur 10 pays confrontés à de telles politiques, le niveau nutritionnel des enfants avait baissé dans les dix cas.

---

<sup>9</sup> Cette partie est largement inspirée du travail d'expertise réalisé en mai 1991 par Kiari Liman Tinguiri pour le compte du bureau de l'Unicef au Congo et intitulé: "Ajustement structurel et situation des groupes vulnérables au Congo: quelques points de repères".

### La mise en oeuvre de l'ajustement structurel au Congo.

1. 1985: une période d'autodiscipline du gouvernement qui stabilise les finances par des coupes sombres dans le budget d'investissement. Les mesures sont insuffisantes et le FMI compense par un apport de ressources.

2. Un Programme avec la FMI comportant "une politique sévère de gestion de la demande" et des mesures de stimulation de l'offre (notamment agricole). Les prix de certains services publics augmentent. Résultat: diminution de 9% des dépenses de l'Etat, 64% de diminution des dépenses d'investissement... mais c'est insuffisant.

3. La Banque Mondiale appuie un Programme d'Ajustement Structurel qui fait la part belle au marché comme mécanisme d'allocation des ressources. Le PAS mettait en place des outils précis

- encouragement du secteur privé et désengagement du secteur public (les dépenses publiques étant affectées à l'entretien plus qu'à la création de nouvelles infrastructures);
- amélioration des instruments de gestion de l'Etat et réformes dans les secteurs sociaux (voir la partie sur "l'Education");
- rétablissement des grands équilibres indépendamment des fluctuations du secteur pétrolier, développement de secteurs nouveaux, respect des engagements financiers vis à vis de l'extérieur.

Les maladies transmissibles avaient augmenté dans 6 cas et le niveau de l'éducation avait diminué dans 5 cas. Il est un autre danger, menaçant pour les populations rurales, éloignées des centres de décision de la capitale: le tarissement des flux de fonds publics. La crise des finances publiques peut perturber l'équilibre déjà fragile entre le centre et sa périphérie en hypothéquant les transferts budgétaires aux administrations locales. Ainsi, viendraient à manquer les moyens des politiques sociales. Trois séries de variables permettent d'expliquer les liens (complexes) entre l'évolution économique et la situation de bien-être des enfants, des femmes et des groupes vulnérables:

- les variables d'input qui influencent la disponibilité des ressources: PIB, emploi, revenus, produits disponibles, couverture sociale...
- les variables de traitement de ces ressources (les variables de processus): comment sont utilisées les ressources, alimentaires ou "sociales".
- Les variables de résultat qui indiquent la situation de bien-être (ou de mal-être) des groupes vulnérables.

Ces différents indicateurs ne sont pas tous documentés mais les données disponibles permettent d'esquisser une fresque assez expressive de la situation des groupes vulnérables au Congo. Signalons d'emblée que les tendances ne semblent pas irréversibles: il est possible, grâce à la réallocation de certaines ressources disponibles d'éviter une paupérisation dommageable de certaines franges de population. Nous allons nous étendre davantage sur les variables d'input que sur les variable de processus de résultat.

#### 1. Les variables d'input.

##### 1.1. L'évolution du PIB.

Nous avons vu au début de cette partie quel était le PIB (Voir page 13) et comment il importait de le considérer: "une baisse du PIB (due à la récession et/ou à l'ajustement) est associée à une baisse

des revenus réels moyens. Cette chute étant partagée par tous, à moins qu'il y ait des redistributions notables" (13). Ce n'est pas le cas au Congo.

L'étude de l'évolution récente du PIB au Congo laisse apparaître, après le boum pétrolier du début des années 80 (+ de 26% d'augmentation), une chute brutale entre 1984 et 1987: - 37%. Ensuite, le PIB/hab connaît une légère tendance à la hausse (+ 4,9% entre 1987 et 1989). Au total, le PIB de 1989 ne représente que 70% du PIB de 1985.

Selon les chiffres les plus récents obtenus par le Centre National de Statistiques Economique "Cadre macro-économique 1989" et publié en 1990, le PIB/hab du Congo reste supérieur à 1.000\$ (US\$ 1.059), ce qui le place toujours parmi les pays "à revenus intermédiaires".

#### Seuil de pauvreté?

Le seuil de pauvreté est fixé à partir de critères quantitatifs tels que le niveau des revenus, le type de logement, les choix alimentaires ou l'accès aux services de base. "Si ce seuil, dans une économie moderne, peut être aisément défini à partir du niveau des revenus, il n'en est pas de même au Congo", estime Jean-Pierre Poaty. La détermination des revenus réels devrait tenir compte, non seulement des salaires des actifs du ménage, mais aussi des éventuels apports de produits vivriers liés à l'activité agricole de la femme, des apports en argent offerts par les réseaux de solidarité familiale, notamment à l'occasion des maladies, des deuils, des mariages et des fêtes de famille" (2). Cet aspect plus culturel, faisant appel à diverses formes de solidarité ethnique, clanique et surtout familiale, a permis que se développent de véritables stratégies de survie qui évitent la famine aux plus démunis.

Au Congo, les ménages les plus riches comptent le plus de membres. Mais, Poaty établit que "ce ne sont pas parce qu'ils font plus d'enfants mais parce que ces ménages, plus nantis, acceptent d'accueillir des parents défavorisés" (2). En milieu urbain, 48% des ménages accueillent ainsi un ou plusieurs parents dépendants (38% en milieu rural). Dès lors, si l'on considère ce point de vue (extrême) qui permettrait des conditions de vie minimale (se nourrir et se loger), très peu de ménages congolais sont totalement dépourvus de ressources et d'exutoires. Pour ces raisons il est difficile de parler de SEUIL de pauvreté. Pourtant de larges couches de population vivent au bord de la misère et de l'indigence. "Il s'agit des populations urbaines et rurales contraintes de multiplier les sources de revenus dans un informel peu rémunérateur, des ménages de salariés à faibles revenus, des jeunes, des handicapés et des femmes chefs de ménages". (2) Compte tenu de l'absence de données, conséquence d'un discours officiel qui ignorait ce problème, on parle volontiers de "population à hauts risques". Il suffirait sans doute que les conditions du marché se modifient légèrement (augmentation même minime des prix des produits de base ou des services de santé) pour que cette population bascule du "haut risque" dans la pauvreté et l'indigence.

Dans son étude déjà citée, Mr. Liman Tinguiri estime que "la mise en place des mesures d'ajustement structurel a induit un tassement important de la demande obtenu suite à la baisse des investissements, ce qui hypothèque les possibilités de croissance future de l'économie". Du côté de l'offre, le pétrole reste toujours le pôle dominant (voir notre tableau 2 en début de Partie). Par contre, il faudra tenir compte du secteur informel (qui occupe 68,5% de la population active) mais les données statistiques manquent pour juger de son importance par rapport au PIB.

Il est sans doute acquis que les premières années de crise, allant de pair avec l'ajustement structurel et indiquées par l'évolution régressive du PIB/hab, ont été adoucies pour la plupart des groupes vulnérables par les apports de ce secteur informel.

## 1.2. L'évolution de l'emploi.

L'importance de l'emploi pour les groupes défavorisés est évident: les ménages les plus pauvres tirent l'essentiel de leurs revenus du travail de leurs membres. L'urbanisation du pays et les choix d'une économie nationalisée accentuent encore l'importance des revenus salariaux des ménages. Or, en cette période d'ajustement, le chômage risque fort d'induire l'enchaînement: chômage → baisse de revenus → baisse de disponibilité alimentaire et sanitaire → augmentation des risques de mortalité et de morbidité.

Il est important dès lors de rester attentif à l'évolution du marché de l'emploi car les pertes d'emploi dues à la crise (récession) se cumulent aisément avec celles imputables directement aux politiques d'ajustement ("dégraissage de la fonction publique", comme l'exprime pudiquement la rue) pour provoquer un appauvrissement des ménages par une baisse du revenu des salaires. Compte tenu des informations disponibles sur l'emploi au Congo on peut constater que:

- entre 1983 et 1989, les effectifs employés dans le secteur moderne<sup>10</sup> ont diminué de 20.000 personnes, soit plus de 18% des salariés.
- le secteur privé a perdu plus d'un salarié sur deux tandis que les entreprises publiques ont "dégraissé" de plus de 22%. La fonction publique elle-même a supprimé plus de 10.000 emplois. Sans aucun doute, cette tendance devra s'accroître... même si les résolutions de la Conférence nationale demandent plutôt l'embauche de jeunes diplômés supplémentaires. Quant à savoir si les débauchés du secteur moderne se retrouveront dans le secteur informel, on peut en douter car, comme l'affirme Poaty (2): *"le secteur non structuré urbain se comporte comme un secteur d'accompagnement. Il ne crée des emplois que si les autres secteurs manifestent du dynamisme"*.  
En conclusion, on peut affirmer que l'ajustement structurel et ses conséquences sont clairement défavorables aux revenus salariaux.

## 1.3. L'évolution et la répartition des revenus.

Le salaire minimum s'élève à 40.000 F. CFA (31.12.1991). Les écarts de salaires sont importants (1 à 10 dans la fonction publique) sans compter les "sur-salaires" et les avantages extra-légaux.

Si l'on considère la masse salariale totale, on constate qu'elle a diminué de 9,5% entre 1984 et 1988 alors que les effectifs baissaient dans le même temps de 22%. Cela signifierait que ce sont les bas salaires qui ont fait les frais des compressions salariales.

## 1.4. L'évolution des prix.

Nous avons vu plus avant dans cette Partie (voir "Structures socio-économiques" du pays) que les revenus de l'ensemble des classes sociales stagnaient, voire régressaient, depuis le milieu des années '80. Le niveau de vie diminue, il y a contraction de la demande dans tous les secteurs. Par contre, le prix des biens de consommation augmente. Un rapport d'enquête du CNSEE de 1990 indique que les prix à la consommation des produits locaux sont passés, de 1977 à 1989 de l'indice 100 à l'indice 190,4. Pour leur part, les prix des produits de type européen (importés) sont passés de l'indice 100 à l'indice 232,5.(1).

Il convient cependant de nuancer ces indices en remarquant qu'entre 1986 et 1989, un certain nombre de biens et de services ont vu leurs prix baissés quelque peu: c'est le cas notamment de l'alimentation vivrière (de l'indice 202 à l'indice 181, base 1977 = 100).

---

<sup>10</sup> Rappelons que le "secteur moderne" concerne la fonction publique et les entreprises publiques et privées. Il s'oppose au "secteur informel", non saisi par la comptabilité nationale.

## 1.5. L'évolution des dépenses sociales.

En période d'AS, la protection des groupes vulnérables passe par le maintien, ou mieux, un relèvement du niveau des dépenses sociales publiques. Cela peut être obtenu soit par l'augmentation générale de la part des dépenses sociales dans l'ensemble des dépenses publiques, soit par une augmentation pure et simple des dépenses publiques par rapport au PIB. Qu'en est-il au Congo?

**Indicateurs sociaux**

L'accès à l'électricité est conditionné à de longues formalités administratives et à des coûts de branchement élevés. Conséquence: à peine 12,8% des ménages urbains en disposent. Le coût du kilowatt est passé, entre 1980 et 1990, de 53 francs CFA à 77 francs CFA. L'alternative énergétique - le pétrole - a suivi une courbe exponentielle: de 55 francs en 1978 à 170 francs en 1985.

Le logement en ville devient problématique. Cinquante pour cent des ménages sont locataires mais la plupart souhaite une "parcelle à bâtir". Le prix des matériaux de construction augmente: entre 1978 et 1990, il y a eu doublement du M<sup>3</sup> de sable et triplement du prix du ciment.

Nous avons vu que la part du budget familial consacré par les citadins à leur alimentation se situait dans une fourchette comprise entre 48% et 65%. Pour ceux qui sont forcés d'y consacrer 65%, il leur faut rogner sur les dépenses de santé, d'équipements ou de loisirs. Il s'agit bien d'un faux choix imposé par des conditions précaires. Bien sûr, il est encore souvent atténué par les solidarités familiales ou autres. Mais qu'advient-il le jour où tous devront se serrer la ceinture même ceux "qui aidaient la famille".

Si l'on considère le tableau 1 sur le PIB par secteurs et son évolution, on constate qu'entre 1985 à 1989, les dépenses publiques en francs constants se sont légèrement tassées (de 66,9 milliards de f CFA à 66,4 milliards de F CFA). En pourcentage, la part des dépenses publiques a très légèrement augmenté (de 16,1% à 16,3%). En variation annuelle, la part des dépenses publiques dans le PIB a tendance à s'éroder d'année en année. L'évolution est donc alarmante. Voyons maintenant si les dépenses sociales ont bien résisté à cette érosion.

La part du budget de la santé dans le budget de l'Etat est passée de 5,3% en 1986 à 6,9% en 1987 et à 7,8% en 1988. En termes quantitatifs, la santé n'a pas été victime de la politique d'ajustement. Mais, comme nous le verrons très en détail dans la partie consacrée au "Secteur de la santé publique", cet argent a surtout profité à des investissements de prestige et à des dépenses de personnel plutôt qu'à

optimiser le fonctionnement du système de la santé publique du pays.

Pour l'appréciation du secteur de l'éducation, nous renvoyons le lecteur à la partie consacrée à "L'éducation de base". D'ores et déjà, et considérant l'ensemble des statistiques, nous pouvons affirmer qu'il y a un problème de rendement interne du système éducatif. En impliquant les communautés dans le système de fonctionnement, de gestion et d'entretien du système éducatif, il faudra veiller à ne pas en compromettre l'accès des groupes vulnérables. La disproportion des dépenses d'éducation au profit de l'enseignement supérieur explique en partie l'échec des niveaux d'enseignement primaire et secondaire.

## 2. Les variables de processus.

Comment les moyens (variables d'input) sont utilisés pour la santé et le bien-être de tous sera explicité en long et en large dans les parties respectives "Santé", "Nutrition", "Education", etc. Nous rappellerons ici quelques uns des enchaînements qui peuvent conduire à une paupérisation des groupes vulnérables, "des populations à haut risques" comme les décrit Poaty (2).

Différentes indications incitent à redouter que la pression à la baisse sur les ressources des ménages cumulée à la réduction des dépenses publiques ne se répercutent gravement sur la situation des groupes vulnérables. Exemples:



- Sur le plan nutritionnel, l'importance des dépenses alimentaires des ménages fait que toute baisse de revenu se traduira par une dégradation de leur situation nutritionnelle.
- Sur le plan de la santé, l'obligation pour tous de participer au coût de la santé se traduira pour les plus démunis par la recherche d'alternatives risquées en terme d'hygiène et de santé: la médecine informelle.

#### La quadrature du cercle.

Prenons une famille moyenne de 7 personnes, vivant dans la ville de Brazzaville et dont le chef de ménage dispose d'un vrai salaire moyen. A quoi cette famille utilise-t-elle ce salaire? Lui est-il suffisant pour (sur)vivre?

Prenons un salaire urbain et moyen de:	80.000 frs.
Prenons des besoins alimentaires moyens de:	70.000 frs
Prenons un loyer moyen de:	6.000 frs
Prenons des dépenses de santé moyenne :	8.500 frs
Prenons des frais de transport et d'énergie	17.000 frs
Prenons des frais plus ou moins compressibles mais néanmoins indispensables (habillement et éducation, par exemple):	12.000 frs
TOTAL:	-33.500 frs

Il y a donc, dans ce ménage moyen, un manque à gagner de 33.500 frs. Ce manque est peut-être compensé par le travail de certains de ses membres dans l'économie informelle ou dans les "stratégies de survie" fournies par la solidarité africaine. Cette famille mange, pas toujours très bien, et trouve dans ces stratégies de quoi éviter la pauvreté. Elle est pourtant parmi les populations à hauts risques de paupérisation. Si la situation économique se dégrade, ce qui est prévisible (voir le début de ce chapitre sur les risques de l'Ajustement Structurel), ces stratégies ne pourront plus jouer et ces familles, simplement moyennes, tomberont dans la pauvreté. Que craindre alors pour les chômeurs (200.000 en mai 1991) et les sans-revenus-fixes, les centaines de milliers de personnes qui évoluent dans le secteur informel?

Imaginons ce qui se passera quand les services sociaux pâtiront des mesures d'ajustement structurel. Dans le domaine de la santé par exemple. Déjà, l'Etat ne fournit plus les médicaments. Les patients doivent se les procurer au prix fort, celui du marché libre. Avec un poste santé de 8.500 frs, le ménage moyen a deux solutions: soit diminuer ses dépenses dans un autre poste (incompressible), soit diminuer ses dépenses de santé et perdre sa couverture sanitaire déjà précaire... la quadrature du cercle.

## PERSPECTIVES.

1. Le Congo est en pleine ébullition politique. Son économie, héritière de choix opérés dans le passé, va connaître, dans les prochaines années, de nombreux bouleversements. L'ajustement structurel que le pays ne peut éviter aura des effets sur les populations et leur niveau de vie. La pauvreté va gagner du terrain et des groupes, sensibles ou exposés, risquent d'en souffrir. Parmi ces groupes, les ménages ruraux et tous ceux qui en ville vivent dans le secteur informel. Car, bien souvent, cette économie informelle et urbaine est une économie de survie<sup>11</sup>. Les femmes et les enfants sont largement impliqués dans cet "informel"; il y a des agents économiques, des producteurs et des consommateurs. En direction de ces agents producteurs, des actions de formation à la gestion, un accès au petit crédit, un soutien aux regroupements coopératifs pourraient être entrepris.
2. Ce secteur informel représente, une part importante de la création et de la circulation des richesses dans le pays. Les données datent et sont très partielles. De plus, le secteur est mouvant, au gré des crises économiques et de la conjoncture, des modes et de phénomènes plus culturels. Pour adopter des politiques sociales qui tiennent compte de ces réalités économiques, il faudrait étudier l'informel, d'un point de vue statistique, micro-économique et sociologique. Et ce d'autant qu'il est parcouru essentiellement par des femmes et des enfants (organisés par la famille ou abandonnés à leur propre sort).
3. Sur les femmes reposent aussi le choix "du panier de la ménagère". Sur ces thèmes - alimentation, nutrition, achats pour la famille - des informations peuvent leur être offertes.
4. Les femmes chefs de famille constituent un groupe particulièrement menacé. La connaissance de leurs conditions de travail et des ressources des mères isolées, décisives pour la sécurité alimentaire et nutritionnelle, est un préalable au ciblage d'éventuelles politiques de protection des enfants.
5. Plus essentiel sans doute: mettre en place un système d'alerte qui permettrait d'identifier et de suivre les groupes de population "à hauts risques" de paupérisation. A partir d'indicateurs - nutritionnel, accès aux services sociaux, déplacements, modifications des habitudes de consommation - il devrait être possible de suivre l'évolution sociale et économique des populations à risques. Pour l'action et l'intervention rapide. Ce besoin d'information est général pour le pays: nul ne s'en est encore soucié.
6. Une étude sur le devenir des "compressés" pour documenter la baisse de revenu des ménages, évaluer les phénomènes de compensation (entrée dans l'informel, mise au travail de la mère ou des enfants, recours à la solidarité familiale, etc). Il faudrait suivre un échantillon représentatif durant une période significative.

---

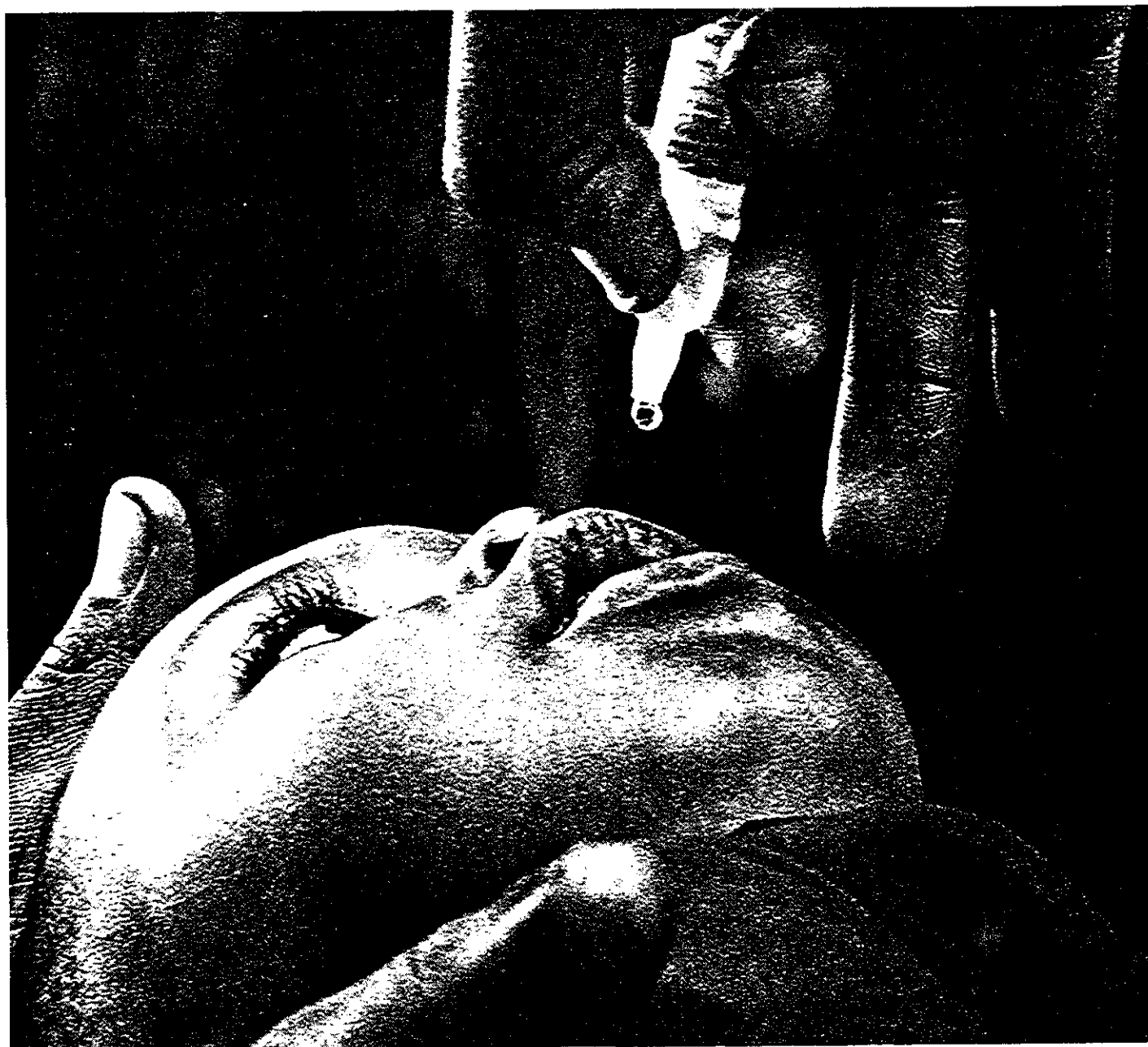
<sup>11</sup> Ainsi, le commerce de micro-détail tenu par des femmes permet des bénéfices quotidiens de 1.000 francs CFA... aussitôt reconvertis en alimentation pour la famille.

#### BIBLIOGRAPHIE.

- (1) CNSEE - Enquête sur le budget ménages en site urbain - 1989 (échantillon de 199 ménages).
- (2) Jean-Pierre Poaty: "Niveaux de pauvreté et incidences sur les conditions de vie de la mère et de l'enfant. in "Analyse de la situation de la mère et de l'enfant - Groupe Economie" 1991.
- (3) Liederman et Dhont. Problèmes socio-économiques de la région de Niari - Cahiers de l'ORSTOM - 1963.
- (4) Thèse de 3ème cycle C. Duheim citée dans Etude Emploi - Ressources humaines - CIATA - Tome 4 annexes 3 pg. 63.
- (5) Fondements socio-économiques et politiques du tribalisme au Congo - PCT - 1982. J-P. Poaty.
- (6) C.R.E.T.H. - URBANOR  
     Enquête socio-urbaine, Brazzaville, 1980  
     Enquête socio-urbaine, Pointe-Noire, 1981  
     Enquête socio-urbaine, Centres Secondaires, 1981  
     (voir les données, équipements et dépenses)
- (7) Document de pré-programmation - Congo - Commission des Communautés Européennes - Août 1990.
- (8) Etudes sur le secteur informel :  
     - BII/PECTA : Secteur informel et Emploi en République Populaire du Congo - Addis Abeba - janvier 1982.  
     - CIATA : Etude sur les possibilités de développement des PME et de l'artisanat - 1984.  
     - BERETEC : Etude sur le Secteur Informel Urbain localisé - 1989.
- (9) CIATA Etude Emploi - ressources humaines dont :  
     Tome 3 - secteur informel  
     Tome 4 - secteur agricole (revenus)
- (10) J.P. Poaty La survie en milieu urbain dans Politique africaine, No 31, Karthala, 1988
- (11) Roland Devanges La population urbaine au regard de ses conditions de survie : dépendants et producteurs dans Journées d'études sur Brazzaville - ORSTOM/AGECO Brazzaville, 1986
- (12) R. Maboundou La formation des prix agricoles au Congo - Thèse de doctorat, Université des Sciences Sociales de Grenoble, 1984.
- (13) Programme des Nations Unies Pour les Développement - Rapport sur le développement humain dans le monde - 1990.
- (14) " Les nouvelles dimensions de la famille congolaise" Boungou G. et Miazenza S. ORSTOM - Centre de Brazzaville.



### III. La santé des enfants et des femmes



## RESUME

Le Congo a un taux de mortalité élevé, tant en ce qui concerne les enfants (taux de mortalité infantile: 124 pour mille naissances vivantes, taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans: 96 pour 1.000 naissances vivantes) que les mères (900 décès pour 100.000 naissances vivantes). Depuis 1985, les tableaux de la mortalité et de la morbidité se sont notablement modifiés. Grâce au Programme Elargi de Vaccination, l'incidence de certaines maladies est en net recul: la rougeole et la poliomyélite, en voie d'éradication. Aujourd'hui, les problèmes de santé les plus sévères de l'enfant, en termes de morbidité, de létalité et de handicap sont le paludisme, les maladies diarrhéiques, les infections respiratoires aiguës, le SIDA et la tuberculose. L'augmentation importante du SIDA, à elle seule, a remis en cause les efforts faits ces dernières années pour améliorer la survie des enfants.

La mortalité maternelle est liée aux avortements provoqués, aux complications infectieuses des césariennes, aux hémorragies en cours de grossesse ou lors de l'accouchement, à d'autres complications de la grossesse et au SIDA. La séropositivité des femmes handicape la reproduction sociale: celles-ci risquent en effet de mettre au monde des enfants contaminés, condamnés à court terme, ou de laisser leurs autres enfants orphelins.

Malgré des choix déclarés en faveur de la médecine préventive et de soins de santé primaires, les autorités congolaises n'ont pas réussi à offrir un système de santé véritablement efficient. Du point de vue opérationnel, le système multiplie les échelons de référence rendant difficile la gestion et la coordination de l'ensemble. La couverture géographique est satisfaisante et le nombre de médecins par habitant parmi les meilleurs du continent (un médecin pour 5.000 habitants), mais cette accessibilité aux soins est théorique. En effet, la plupart des structures sanitaires ne disposent pas du matériel et des médicaments indispensables à l'exercice de l'art de guérir.

Pourtant le Congo dépense beaucoup pour sa santé: 49US\$ par an et par citoyen, 60% à charge de l'Etat, le reste payé par les malades. Le budget de la santé est déséquilibré en faveur des investissements, lesquels concernent des structures de prestige qui encourent d'importantes charges récurrentes. Le peu d'argent encore disponible pour le fonctionnement sert essentiellement à payer des salaires. Le bilan est éloquent: les centres de santé périphériques qui devraient assurer 90% des soins disposent de ... 10% du budget.

La réussite du PEV (75% de couverture vaccinale) est un fait isolé; les autres programmes - planification familiale, surveillance de la croissance ou suivi prénatal - présentent des résultats moyens. A cela, une raison principale: l'absence d'intégration entre eux et leur cloisonnement vertical. Un patient qui consulte pour un type de symptômes ne sera pas examiné de façon globale.

L'approvisionnement en eau potable, élément primordial de promotion et de prévention de la santé, est un véritable problème. Le Congo est le pays d'Afrique sub-saharienne possédant la moins bonne couverture en eau potable: en 1987, à peine 7% des ruraux et 21% des urbains disposaient d'une eau potable. En ville, l'eau coûte très cher. Avec l'élimination des déchets et des excréta, il s'agit d'un déficit sanitaire important pour la prochaine décennie.

La médecine officielle remplit mal sa mission qui est de soulager les populations et de les guérir de leurs maux. Voilà pourquoi, de plus en plus, les Congolais se tournent vers une médecine informelle, plus proche d'eux, plus disponible, plus chaleureuse et mieux adaptée à leurs moyens financiers limités (les médicaments se vendent à la pièce). Malheureusement, cette médecine n'est pas toujours pratiquée par de véritables praticiens ce qui fait courir des risques graves à la santé des patients.

Le médecine au Congo dispose de ressources, d'un savoir faire éprouvé et d'un réseau sanitaire dense mais l'ensemble est mal utilisé. Le système perd la confiance des malades. Une rationalisation s'impose. Il faut aussi inventer de nouvelles formules de financement du système et, pourquoi pas, favoriser son autofinancement. De telles expériences, originales, existent déjà au Congo. Elles ont en commun la décentralisation de la gestion des recettes. Ces expériences sont appliquées par des institutions para-étatiques (Armée du Salut, Eglise évangélique du Congo, Croix Rouge congolaise) dans le cadre de projets gouvernementaux pilotes (projet SSP/Niari appuyé par la GTZ).

Une formule de partenariat entre l'Etat et les communautés locales est à trouver. Elle aura le mérite de dégager de nouvelles ressources et d'impliquer les Congolais dans la gestion de leur système de santé. Une participation qui dépasserait le cadre de la gestion pure pour s'intéresser aussi aux politiques locales de santé, à la prévention, à l'assainissement et à d'autres aspects de la vie communautaire susceptibles de promouvoir et d'aider des politiques de santé préventive.

La situation sanitaire de la mère et de l'enfant reflète l'insuffisance de la couverture effective en soins de santé curatifs, préventifs et promotionnels adaptés aux besoins prioritaires de la population. Dans ce contexte, le renforcement des structures de premier échelon apparaît comme une priorité. Ceci implique une meilleure compréhension des problèmes et une meilleure gestion des ressources affectées à la santé, sur le plan institutionnel et individuel. Ce défi sera à relever parallèlement à la mobilisation de ressources communautaires supplémentaires.

### QUELQUES INDICATEURS DE BASE.

Taux de mortalité infantile: 124 pour mille naissances vivantes

Probabilité de décès à 2 ans: 103 pour mille.

Probabilité de décès à 5 ans: 96 pour mille.

Taux de mortalité des mères: 900 décès pour 100.000 naissances vivantes.

- 41% au moins des suites d'avortements provoqués.
- 32% des complications infectieuses de césariennes.

Maladies respiratoires: 36% des cas de décès des enfants de moins de 5 ans à l'hôpital de Linzolo.

Taux de mortalité des enfants nés de mères séropositives: 39% à un an.

Couverture hospitalière: 20 lits pour 1.000 habitants.

Couverture médicale: un médecin pour 5.000 habitants (pour 4.000 habitants en ville, pour 7.000 à la campagne)

Consommation pharmaceutique moyenne: 5.525 francs CFA par personne et par an (près de 40.000 francs par famille).

Dépenses publiques pour la santé: 13.875 francs CFA (49 US\$ par an et par habitant).

Ratio entre dépenses d'investissements et dépenses de fonctionnement: 0,70 (1988)

Ratio salaire/fonctionnement: 0,94 (1990)



## QUELQUES DEFINITIONS.

**Taux de mortalité:** Proportion de décès dans une population donnée

**Mortalité néonatale:** Proportion de décès dans une population de nouveaux nés. On distingue la mortalité néonatale précoce, jusqu'à 7 jours, de la mortalité néonatale tardive jusqu'à 28 jours.

**Taux d'incidence:** Proportion d'apparition de nouveaux cas d'une maladie.

**Taux de létalité:** Proportion de décès par cas d'une maladie donnée (le taux de létalité du SIDA est proche de 100%)

**Taux de morbidité:** Proportion de malades dans une population donnée. Le taux de morbidité de la rougeole indique le nombre de rougeoleux dans une population.

**Immunité de prémunition:** Immunité acquise par la mère et "offerte" à son nouveau né.

**Réviviscence:** recrudescence d'un mal ou d'une maladie.

**Etiologie:** partie de la médecine qui s'intéresse aux causes de la maladie.

**Taux d'abandon:** proportion de patients qui abandonnent le traitement (au Congo, le taux d'abandon de la contraception est très élevé).

# I. SITUATION SANITAIRE DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT.

## 1. LA MORTALITÉ.

L'analyse de l'évolution de la mortalité au Congo au cours de la décennie écoulée est rendue délicate par l'existence de données limitées. En outre, celles disponibles sont rarement comparables, car elles mesurent la mortalité dans des couches de population différentes. Néanmoins, les données dont nous disposons tracent une image cohérente et crédible de la survie de la mère et de l'enfant au Congo.

Le Congo a un taux de mortalité élevé tant en ce qui concerne la mortalité des enfants de moins de cinq ans que la mortalité infantile<sup>1</sup>. Cela le situe parmi les 30 pays à taux de mortalité élevé mais pas parmi les 38 pays à taux de mortalité très élevé. En 1984, le taux de mortalité infantile était de 123,8 pour mille naissances vivantes avec des disparités entre zones rurales (145,3 pour mille) et zones urbaines (104,3 pour mille)(1). La mortalité aux jeunes âges a fait récemment l'objet d'une enquête à Brazzaville (2). Cette enquête, réalisée auprès d'un échantillon de 700 femmes enceintes admises pour accoucher dans les hôpitaux de la ville, a permis d'estimer à 103 pour mille la probabilité de décès des enfants entre 0 et 2 ans. Cet indice utile permet de mesurer l'impact des interventions sanitaires sur la survie des enfants, interventions souvent ciblées sur les deux premières années de vie. Cette enquête a également permis d'estimer à 96 pour mille la probabilité de décès avant 5 ans alors que la précédente estimation, en 1985, était de 89 pour mille (3).

La seule estimation très récente de la mortalité néonatale (15 pour mille en zone rurale - 1989) semble sous-estimée si l'on considère que la mortalité néonatale représente généralement la moitié de la mortalité infantile (4). Dans ce contexte, le taux de 47 pour mille naissances vivantes avancé par Guillo du Bodan en 1984 semble plus proche de la réalité (5). Ce taux se répartit en mortalité néonatale précoce (42 pour mille) et en mortalité néonatale tardive (5 pour mille).

La grande majorité des accouchements ayant lieu en maternité, les taux de mortinatalité<sup>2</sup> fournis par les établissements sanitaires peuvent être considérés comme relativement fiables. Ils nous informent sur les situations de souffrance foetale, les conditions de l'accouchement, certaines affections comme la Syphilis ou les malformations. Le taux de 22,4%, le plus récent dont nous disposons, concerne les maternités de Brazzaville en 1989 (6).

En dépit de la réduction des taux de mortalité des enfants, observée entre 1974 et 1984, les données disponibles ne semblent pas indiquer une régression significative de cette mortalité au cours des années 1980. Enfin, nous ne possédons pas de données permettant d'identifier des différences entre les sexes.

La mortalité maternelle était estimée, en 1983, à 650 décès pour 100 000 naissances (7). Il s'agit fort probablement d'une sous-estimation. En effet, d'autres sources indiquent un taux de 900 décès pour 100 000 naissances vivantes (1). Par ailleurs, un récent rapport du FNUAP indique une surmortalité féminine en zone rurale aux groupes d'âge de grande fécondité (de 20 à 39 ans)(8).

### 1.1. Les causes de mortalité chez l'enfant.

Nous l'avons vu, la mortalité aux jeunes âges (moins de 5 ans) a peu régressé au cours des dernières années. Attachons nous maintenant à vérifier s'il y a eu une modification de la hiérarchie des principales causes de mortalité chez les jeunes enfants. On sait par exemple que la mortalité

---

<sup>1</sup> On distingue généralement le "taux de mortalité des moins de 5 ans" qui indique la probabilité de décéder entre la naissance et le cinquième anniversaire du "Taux de mortalité infantile" qui est la probabilité pour un nouveau né de décéder avant l'âge d'un an.

<sup>2</sup> La mortinatalité est le rapport du nombre d'enfants nés décédés sur le nombre total des naissances.

par rougeole, première cause de mortalité chez les moins de cinq ans en 1985, a considérablement diminué au cours des cinq dernières années (9). Qu'en est-il des autres causes majeures de mortalité et y en a-t-il eu de nouvelles?

Trois études, effectuées entre 1980 et 1985, permettent de dresser un tableau de la mortalité aux jeunes âges dans lequel prédominent, par ordre d'importance, la rougeole, les maladies infectieuses respiratoires et les maladies diarrhéiques.

**Tableau 1: Hiérarchie des principales causes de mortalité dans la jeune enfance entre 1980 et 1985 (par ordre d'importance, du haut vers le bas)**

Rang	(1)	(2)	(3)
1	Rougeole (17%)	Rougeole (34%)	Rougeole (32%)
2	Prématurité (15%)	Infections respiratoires (27%)	Maladies diarrhéiques (14%)
3	Maladies diarrhéiques (10%)	Malnutrition (14%)	Infections respiratoires
4	Infections respiratoires (10%)	Maladies diarrhéiques (11%)	Paludisme

(1): Brazzaville; 1981; causes de décès chez 951 enfants de 0 à 24 mois (10).

(2): Zone rurale; causes de décès entre 1980 et 1984 chez les enfants de moins de 5 ans hospitalisés à Linzolo (5).

(3): Brazzaville 1984; enquête rétrospective sur les causes de décès chez les enfants de moins de 5 ans

Depuis cette époque, aucune autre enquête exhaustive n'a été effectuée sur ce thème. Nous devons donc nous en tenir aux statistiques établies par les centres de santé ou les postes sentinelles des maladies cibles du PEV (Programme élargi de vaccination).

La mortalité néonatale est généralement imputable aux conditions de grossesse et d'accouchement (causes endogènes en opposition aux causes exogènes, liées aux conditions de vie de l'enfant après la naissance). Les résultats de l'enquête publiée par le CNSEE en 1984 sont instructifs (10): ils indiquent que 38% des décès néonataux sont imputables à la prématurité et concernent dans 80% des cas des enfants de poids de naissance inférieur à 1,750 grammes<sup>3</sup>. Il est probable qu'il s'agit là d'un retard de croissance intra-utérine lié à l'alimentation et l'état nutritionnel de la mère pendant la grossesse ainsi qu'à diverses pathologies comme le paludisme. Cette cause de décès est beaucoup plus fréquente dans les pays en voie de développement que la vraie prématurité. Le tétanos n'est impliqué que dans 1% des cas de décès néonataux. Ce qui n'est pas très éloigné du taux de 2,3 pour mille trouvé en 1989 dans l'enquête sur la mortalité par tétanos néonatal en milieu rural (4).

Depuis 1985, la rougeole a subi une baisse très sensible parmi les causes de mortalité chez les jeunes enfants (Figure 1)(11). Cette baisse s'explique essentiellement par une très forte diminution de son incidence (voir pages suivantes, chapitre "Morbidité"), alors que son taux de létalité reste stationnaire. Ce taux était, en 1988, de 12/100 à Brazzaville contre 59/100 à Pointe Noire(11). Cette différence entre les deux villes s'explique probablement par un accès aux structures de soins et une qualité des soins moins performants à Pointe Noire qu'à Brazzaville.

Comme entre 1980 et 1985, les infections respiratoires constituent probablement encore aujourd'hui, l'une des deux premières causes de mortalité chez le jeune enfant. A l'hôpital de Linzolo en 1990 (12), les affections respiratoires hautes ou basses d'origine infectieuse ont constitué 36% des décès parmi les enfants de moins de 5 ans, avec un taux de létalité hospitalière de 8%. Malheureusement, cette pathologie, vaincue dans la majorité des cas par les antibiotiques usuels, a été favorisée par le manque de médicaments essentiels. Du fait de leur taux de létalité et de leur incidence élevés (voir chapitre "Morbidité"), les infections respiratoires constituent actuellement un problème prioritaire de santé publique en ce qui concerne la survie du jeune enfant.

<sup>3</sup> Le risque de décès est 10 fois plus élevé pour les enfants de poids de naissance inférieur à 1,750 par rapport à ceux de poids de naissance supérieur, surtout dans les tous premiers mois de vie (10).

Les décès liés aux maladies diarrhéiques constituaient, au cours de la première moitié des années 1980 et selon nos sources, l'une des deux ou trois premières causes de mortalité infantile (3,10). La diffusion des techniques de réhydratation par voie orale par le "Programme national de lutte contre les maladies diarrhéiques" a constitué la réponse du pays à ce fléau. L'impact de ce programme, après plus de 10 années d'existence, peut être mesuré par deux aspects essentiels :

- d'une part, un taux de létalité très faible parmi les cas de diarrhée traités dans les centres de santé équipés pour la TRO<sup>4</sup> : ce taux était de

- 0,2% en 1990. Par contre, le taux de létalité hospitalière (cas graves) était de 2,9% en 1989 (11).
- une utilisation de la TRO encore trop limitée: en zone urbaine, à peine 24% des enfants diarrhéiques sont traités par TRO (13). Les maladies diarrhéiques ne constituent plus une cause majeure de mortalité dans l'enfance (là où la TRO est disponible et appliquée. Cependant, elles représentent encore pour l'enfance un problème majeur de santé publique, en raison de l'impact encore limité de ce Programme national. La diarrhée représentait 4,5% des causes de décès chez les enfants hospitalisés à l'hôpital de Linzolo en 1990 (12)

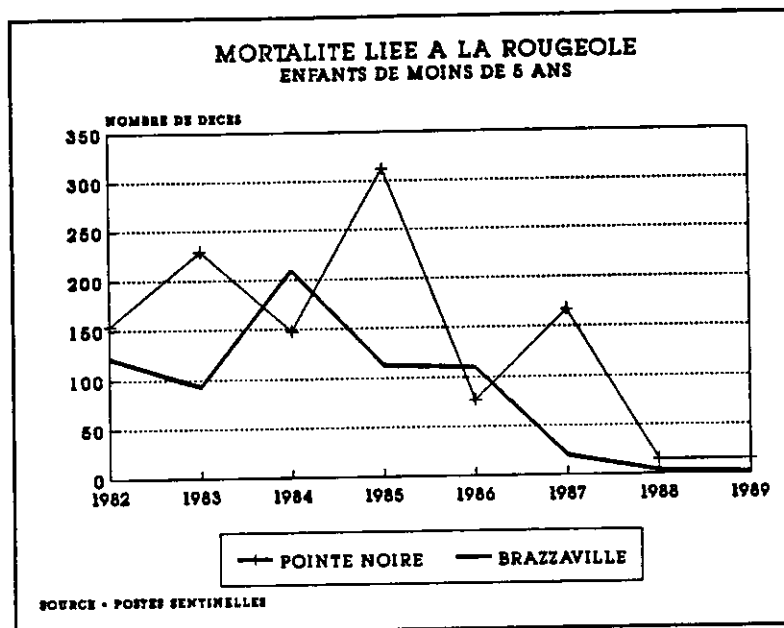


figure 1

Dans les années 1980-1985, le Paludisme ne constituait pas une des premières causes de mortalité chez les jeunes enfants: 0,4 pour mille en 1984 (3,5,10,14). Faute de données statistiques et de techniques de collectes fiables il est impossible d'en mesurer le niveau actuel. Pourtant, cette mortalité semble être en augmentation constante. Deux faits nous permettent d'en juger ainsi:

- la fréquence très importante du Paludisme comme motif de consultation et d'hospitalisation (39% des cas d'hospitalisation d'enfants de moins de 5 ans à l'hôpital de Linzolo en 1990 (12); 47% des cas d'hospitalisation des enfants de moins de 5 ans dans les quatre hôpitaux de Brazzaville en 1989)(15).

- un taux de létalité en augmentation, notamment à la suite de l'apparition, en 1985, du phénomène de chimiorésistance à la Chloroquine (15). Or, le recours à d'autres formes de traitement, plus efficaces et disponibles seulement dans les pharmacies privées, est limité par leur coût. D'après une étude effectuée dans les quatre hôpitaux de Brazzaville, le taux de létalité hospitalier par neuropaludisme était de 7,5 pour mille en 1989 contre 4,5 pour mille en 1988 (15). Par ailleurs le Paludisme était à l'origine de 14% des décès et de 58% des évacuations vers le Centre Hospitalier Universitaire, des enfants de moins de 5 ans hospitalisés à l'hôpital de Linzolo en 1990 (12). L'extension du phénomène de chimiorésistance dans une population pratiquant largement l'automédication par Chloroquine doit faire redouter une augmentation brutale des formes graves de Paludisme.

Le Syndrome d'Immunodéficience Acquis (SIDA) constitue un problème majeur de santé publique. Au Congo, les premiers cas de SIDA pédiatrique ont été officiellement notifiés à partir de 1987. L'impact du SIDA sur la mortalité aux jeunes âges est préoccupant, principalement par rapport à

<sup>4</sup> Thérapie de réhydratation orale.

la mortalité infantile. En effet, la grande majorité des cas de SIDA pédiatrique concerne des enfants contaminés par voie materno-foetale (16). Les travaux effectués par "le Groupe de Recherche sur l'infection HIV de la mère et de l'enfant au Congo" ont montré que la mortalité parmi les enfants nés de mères séropositives était considérable (39% de décès à un an), comparée à la mortalité des enfants nés de mères séronégatives (3% de décès à un an)(17).

**Tableau 2 : Survie infantile en fonction de l'âge de l'enfant et du statut VIH de la mère (17).**

Age en mois de l'enfant	Pourcentage de survie selon le statut VIH	
	VIH +	VIH -
3 mois	87	98
6 mois	71	-
9 mois	68	-
12 mois	61	97

Le taux de transmission du VIH par les mères séropositives est de 53%. Dans cette même étude prospective, 90% des enfants séropositifs nés de mères séropositives décèdent avant la fin de leur première année de vie (17). Dans ces conditions, l'impact du SIDA sur la mortalité infantile, en raison de son très fort taux de létalité et en l'absence de recours thérapeutique efficace, dépend de la prévalence de l'infection dans la population féminine en âge de procréer et en particulier les femmes enceintes. Actuellement, entre 5% et 6% des femmes enceintes des trois villes les plus importantes du pays sont séropositives (16). Dans ces conditions on peut estimer à 25 pour mille naissances vivantes le taux de mortalité infantile lié au SIDA en milieu urbain. Ce chiffre considérable remet en question les acquis du Programme élargi de vaccination et du Programme de lutte contre les Maladies diarrhéiques. Cette estimation est peut-être déjà réalité: 30% des décès enregistrés dans le Service de Soins Intensifs Pédiatriques en septembre 1990 étaient imputables au SIDA (16). 23% des décès d'enfants de moins d'un an hospitalisés à l'hôpital de Linzolo en 1990 étaient des cas de SIDA confirmé (12).

## 1.2. Les principales causes de décès maternel.

Les principales causes de décès maternel<sup>5</sup> au Congo sont (7):

- dans 41% des cas: les avortements provoqués (ce chiffre est certainement sous-estimé).
- dans 32% des cas: les complications infectieuses des césariennes.
- dans 10% des cas: les hémorragies (rupture utérine, décollement prématuré du placenta, déchirure du col, hémorragie de la délivrance, placenta prævia).
- dans 8,5% des cas: des éclampsies (complication de l'hypertension artérielle parfois occasionnée par la grossesse).

Ces données, déjà anciennes et provenant de sources exclusivement hospitalières, ont été recueillies à Brazzaville et dans deux régions. Elles ne peuvent de ce fait, être étendues à l'ensemble du pays. Elles donnent néanmoins une image de la nature des problèmes et facteurs étiologiques de la mortalité maternelle au Congo.

## 2. LA MORBIDITE

### 2.1 Les causes de morbidité chez l'enfant.

Depuis 1985, le tableau de la morbidité chez les jeunes enfants s'est modifié par le recul des maladies cibles du Programme Elargi de Vaccination (9). La morbidité est cependant toujours dominée par les maladies transmissibles, en particulier les affections respiratoires, les maladies diarrhéiques et le Paludisme.

<sup>5</sup> Il s'agit des décès intervenus durant la grossesse ou au cours de l'accouchement.

### 2.1.1. Les maladies cibles du Programme Elargi de Vaccination.

Au cours des dix dernières années, les maladies cibles du PEV (Tuberculose, Rougeole, Diphtérie, Tétanos, Tétanos néonatal, Coqueluche, Poliomyélite) ont vu leur incidence diminuer de façon régulière (9).

L'exemple le plus marquant est celui de la rougeole (figure 3). En 1979, la Rougeole représentait environ 10% de l'ensemble des consultations pédiatriques au Congo (18). Entre 1984 et 1989 la diminution de l'incidence de la rougeole a été continue (9), alors que traditionnellement les poussées épidémiques intervenaient tous les deux ans. L'épidémie de rougeole à Brazzaville en 1990 découle de la reconstitution au cours des dernières années

d'une population d'enfants non protégé(9). L'efficacité vaccinale n'a pas été mise en cause (90% d'efficacité vaccinale à Brazzaville)(9). Dix neuf pour cent des cas de rougeole survenus à Brazzaville en 1990 concernaient des enfants de moins de 9 mois, pas encore vaccinés mais ne bénéficiant probablement plus de la protection des anticorps maternels (9). La possibilité de disposer d'un vaccin administrable à 6 mois est important si l'on considère que la majorité des décès appartient à cette tranche d'âge.

L'incidence de la coqueluche a suivi la même courbe que celle de la rougeole (figure 3). De 1975 à 1979, 31.630 cas de coqueluche ont été identifiés, soit une moyenne de 6.326 par an. En 1990, 18 cas seulement ont été notifiés par les postes sentinelles. En ce qui concerne la diphtérie, il semble qu'aucun cas n'ait été authentifié au cours des dernières années.

La tuberculose reste mal contrôlée au Congo. Son épidémiologie dans l'enfance est mal connue. La vaccination BCG, dont le but est d'éviter les formes les plus graves de la maladie, rend difficilement interprétable les enquêtes immunologiques qui permettraient d'établir l'incidence et la prévalence de la tuberculose chez l'enfant. Cette absence

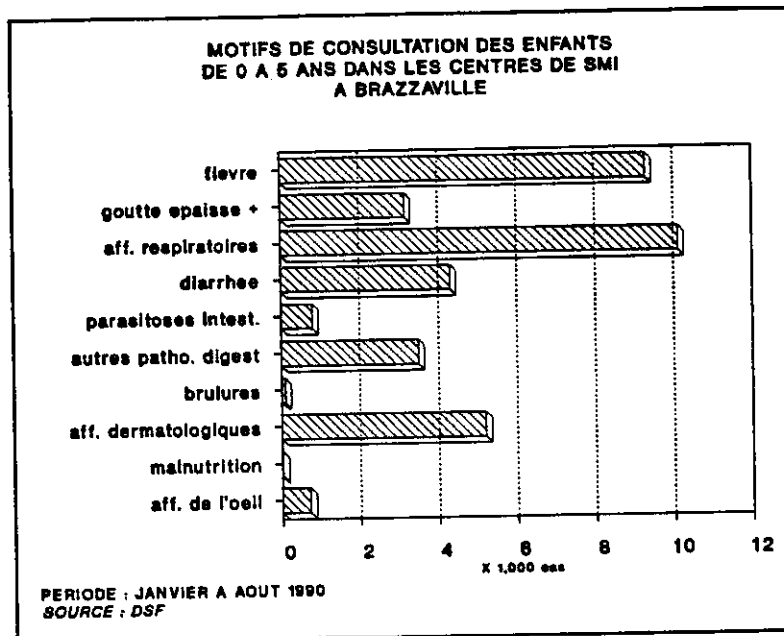


Figure 2

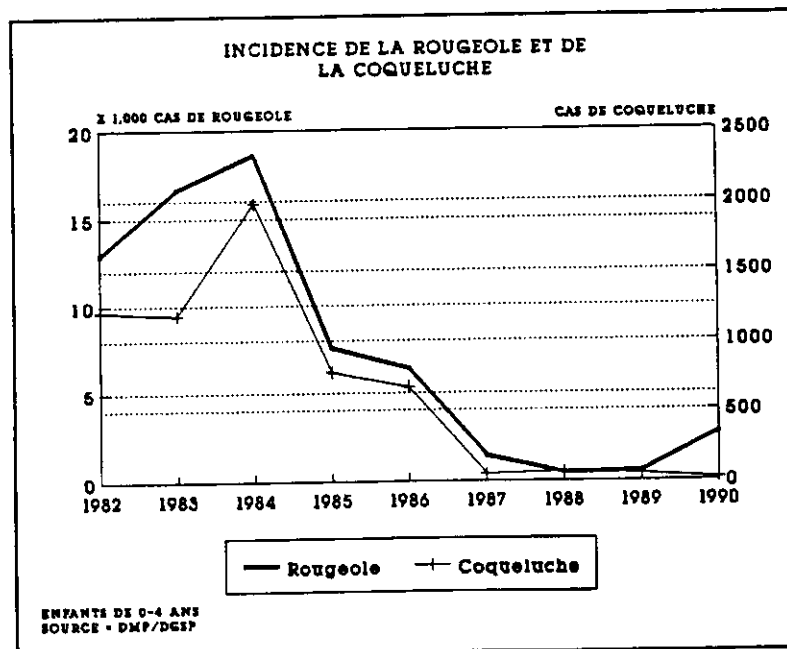


Figure 3

d'informations précises est préoccupante. En effet, sa fréquence élevée observée en 1985 permet de penser à une prévalence tuberculeuse élevée. En 1987, plus de 1.000 cas (tous âges confondus) ont été dépistés, contre 600 en 1986 (11). Fin 1989, le nombre de tuberculeux recensés était de 4.373 (11). L'association fréquente entre le SIDA et la tuberculose, fréquemment rapportée en milieu hospitalier, n'a pas fait l'objet d'études précises.

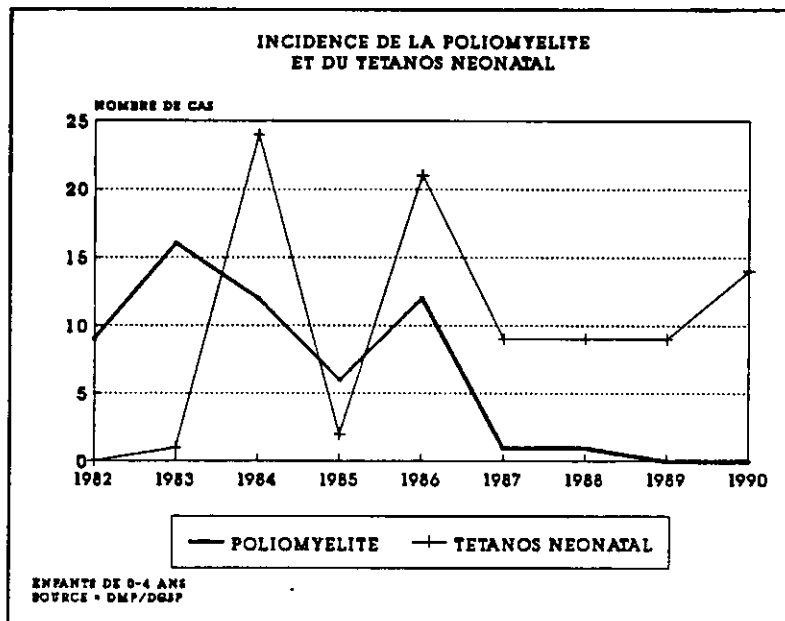


Figure 4

La réduction très importante des activités des centres de rééducation témoigne de la spectaculaire diminution de la poliomyélite (figure 4) : aucun cas de poliomyélite n'a été enregistré en 1990 (9). Le Congo est en voie d'éliminer la poliomyélite selon les critères définis par l'OMS.

Le tétanos néonatal (figure 4), lié à l'absence de protection antitétanique de la mère et à une mauvaise asepsie du cordon lors de l'accouchement, se prête mal à une observation fiable. En effet, la majorité des cas surviennent en zone isolée et sans structures sanitaires. Ils concernent en majorité des accouchements effectués à

domicile sur des mères non vaccinées. L'enquête effectuée en zone rurale en 1989 a montré une incidence du Tétanos néonatal de 2,3 pour 1.000 naissances (4). Cette enquête a révélé également, en comparant estimation et recensement, une sous évaluation de la maladie de l'ordre de 95%. Afin d'éliminer le tétanos néonatal d'ici 1993, le Congo a adopté une politique de vaccination des femmes en âge de procréer.

### 2.1.2. Les maladies transmissibles, infectieuses et parasitaires.

Le paludisme, les maladies diarrhéiques et les infections respiratoires constituaient à eux seuls en 1990 78% des motifs d'hospitalisation d'enfants de moins de 5 ans à l'hôpital de Linzolo (12).

Le paludisme constitue le principal motif de consultation des moins de 6 ans sur l'ensemble du territoire national. Il vient en tête des motifs d'hospitalisation. Cette situation est le résultat d'une transmission quasi permanente du parasite (3 piqûres infectantes par personne et par nuit dans certaines zones)(19). Cette transmission s'accompagne d'une prévalence parasitaire extrêmement élevée tout au long de l'année: dans certains villages du Mayombe, 85% de porteurs de Plasmodium falciparum, 20 à 40% de porteurs de Plasmodium ovale (20). Le nourrisson bénéficie pendant les premiers mois de sa vie des anticorps transmis par sa mère. L'acquisition de son immunité de prémunition est précoce, mais n'atteint son maximum d'efficacité qu'après 5 ans. C'est entre ces deux âges que surviennent le plus grand nombre de cas de paludisme.

Jusqu'en 1984, la rareté des formes graves de la maladie était attribuable à la forte immunité dont bénéficiaient très tôt les enfants et à l'usage généralisé des antipaludiques (chloroquine en particulier). L'augmentation des formes graves (neuropaludisme et anémies graves), et donc d'une mortalité accrue, a coïncidé avec l'apparition du phénomène de chimiorésistance aux amino-4-quinoléines dont la chloroquine. Dès la fin de 1985, cette résistance était déjà largement répandue au sein des populations du centre et du sud du pays: 40% à 59% à Brazzaville et de 20% à 74% en milieu rural (21). Ce phénomène s'est accentué progressivement depuis, comme l'ont montré

les enquêtes de chimiorésistance effectuées entre 1985 et 1990 (21). L'évolution du phénomène fût plus quantitative que qualitative (de type R1 dans la grande majorité)(21).

Plusieurs explications ont été avancées pour rendre compte de l'extension rapide de cette chimiorésistance: une transmission intense et continue, l'absence de lutte antivectorielle coordonnée et une consommation importante d'antimalariques (à Brazzaville, la consommation moyenne en amino-4-quinoléines, dont la chloroquine, était estimée en 1985 à 150 mg par habitant et par semaine). Cet usage est souvent anarchique (pris sans certitude de diagnostic) et à posologie trop faible (21). Cette consommation a été favorisée par les recommandations de chimioprophylaxie systématique des états fébriles (21).

A l'heure actuelle et faute d'alternative, l'abandon de la chloroquine ne semble pas indiqué, d'autant que les cas de "résistance clinique" (avec persistance de fièvre plusieurs jours après le début du traitement) ont été rares au cours des enquêtes réalisées (21). Il paraît logique de continuer à le prescrire comme le traitement de première intention des accès palustres simples. Il offre aussi les avantages incontestables d'un prix de revient faible et d'une toxicité réduite (21). Une moindre efficacité ou un rejet de ce produit par le corps médical et par la population ne pourrait qu'avoir des conséquences graves sur la morbidité et la mortalité juvénile (21). Mais ceci ne doit pas nous faire oublier les autres aspects du problème comme la lutte antivectorielle. A ce sujet, l'expérience de la moustiquaire imprégnée peut se révéler une arme efficace dans les années à venir.

Les affections respiratoires (hautes ou basses) non tuberculeuses constituaient 27% des motifs de consultation dans les SMI de Brazzaville au cours des 8 premiers mois de 1990 (22). Elles constituaient 14% des motifs d'hospitalisation d'enfants de moins de 5 ans à Linzolo en 1990. Malgré leur fréquence, l'épidémiologie de ces affections est mal connue. On dispose de peu d'informations sur leur cycle et les germes les plus répandus. Au regard de l'importance de cette pathologie dans la morbidité infantile et juvénile, des stratégies de traitement standardisé et d'approvisionnement des centres de santé en antibiotiques de base constituent une priorité d'action sanitaire.

L'enquête nationale sur l'état nutritionnel des enfants d'âge préscolaire en zone rurale au Congo, réalisée en 1987 et 1988, fournit des indications précieuses et récentes sur les maladies diarrhéiques au Congo (23). Les résultats indiquent que la morbidité diarrhéique est importante, avec une prévalence instantanée de 6,5%. La prévalence hebdomadaire est de 13,5% et l'incidence hebdomadaire de 11,1%. Ces caractéristiques rapportées à l'année sont équivalentes à 5,8 épisodes par enfant avec une durée moyenne de 4,1 jours par épisode. Ces caractéristiques sont globalement les mêmes que celles observées à Brazzaville. On peut en rappeler les termes : prévalence instantanée de 6,7%, prévalence hebdomadaire de 15,6%, incidence hebdomadaire de 12%, nombre moyen d'épisodes par an de 6,2 et durée moyenne d'un épisode de 3,9 jours.

La diarrhée est un phénomène précoce qui se manifeste par un petit pic d'incidence dans la classe 3-5 mois. La tranche d'âge présentant le plus grand nombre d'épisodes annuels est la tranche 9-11 mois. Si l'on tient compte de la fréquence et de la durée, c'est le groupe des 18-23 mois qui est le plus sévèrement affecté: 9,4 épisodes par année d'une durée moyenne de 5,9 jours soit un total de 55 jours de diarrhée par enfant et par an. Au delà de 24 mois les maladies diarrhéiques perdent rapidement de leur ampleur pour atteindre leur niveau le plus faible dans la classe d'âge 48-59 mois.

L'étude géographique de la morbidité par diarrhée permet de montrer que la situation la plus défavorable est celle qui prévaut dans les massifs du Mayombe et du Chaillu, où la population vit en majorité dans de petits villages. L'association constatée entre le mode d'approvisionnement en eau et la maladie permet d'émettre l'hypothèse qu'il s'agit là très certainement d'un des facteurs étiologiques importants de la diarrhée. Il en est de même avec l'équipement sanitaire en latrines qui, lorsqu'il est inexistant ou mal aménagé, constitue une source de contamination.



Il ressort de l'analyse socio-économique l'absolue nécessité de dissocier les risques qui sont liés à l'ignorance de ceux qui pourraient être liés à la pauvreté. La possession de biens n'est pas une protection en soi. L'expérience acquise, l'éducation scolaire et la formation post-scolaire constituent un atout pour lutter contre les maladies diarrhéiques.

Parmi les maladies sexuellement transmissibles, le SIDA constitue une préoccupation majeure au Congo. Et particulièrement la transmission mère-enfant du virus VIH1 par:

1> le taux élevé de prévalence du VIH1 (entre 5 et 6% des femmes enceintes en zone urbaine)(16);

2> la probabilité élevée de transmission de la mère à l'enfant (environ 53%)(16);

3> le pronostic grave de l'infection chez l'enfant.

Du fait du rôle majeur de ce mode de transmission chez l'enfant, la majorité des cas de SIDA pédiatriques s'observent avant 1 an. Grâce aux mesures prises, les autres modes de transmission (injection ou transfusion) sont en constante régression et le rôle potentiel de l'allaitement maternel n'a pas été mis en évidence.

Les autres maladies sexuellement transmissibles sont fréquentes parmi la population adulte. Leur rôle dans la morbidité infanto-juvénile n'est pas documenté.

Le Pian (ou Siphillis endémique) sévit à l'état endémique dans les populations pygmées de la Likouala et de la Sangha. En 1984, 1.751 cas ont été rapportés au Congo dont 275 cas des enfants de moins de 5 ans (19). Cette maladie constitue un réel problème de santé publique et témoigne de la difficulté d'accès aux soins de santé dans certaines zones rurales (le traitement par pénicilline est simple et toujours efficace).

La Schistosomiase intéresse traditionnellement trois régions : le Niari, la Bouenza et le Kouilou. L'endémie connaît à ce jour une extension dans la Région du Pool et dans les villes de Brazzaville et de Pointe Noire du fait de l'exode rural. Le parasite identifié est essentiellement le *Schistosoma hæmatobium* (Bilharziose urinaire)(19). Les femmes et les enfants sont plus exposés en raison des contacts fréquents et prolongés (le travail pour les femmes, le jeu pour les enfants) avec de l'eau contaminée. Lors des enquêtes scolaires faites en 1984, la prévalence variait de 1,7% à 87% selon les localités (19). Les 3/4 du réservoir humain seraient constitués par la classe d'âge 5-19 ans (19).

La Trypanosomiase (maladie du sommeil) est caractérisée par un double phénomène : la reviviscence des foyers, jadis contrôlés, et la progression de l'endémie. Si, à l'échelle du Congo, son importance peut paraître modérée, elle compte pour beaucoup dans la morbidité et la mortalité des populations qui y sont exposées. Ainsi, en 1987, la Trypanosomiase était responsable de 8,1% des hospitalisations d'enfants de 5 à 14 ans admis pour maladie parasitaire, juste derrière le Paludisme (24).

De 1986 à 1988, la prévalence des parasitoses intestinales à Brazzaville est demeurée comprise entre 5,7% et 7,6% (25). Notons qu'en 1982, on trouvait dans la capitale les espèces parasitaires suivantes: ascaridiose, ankylostomiase et anguillulose. La même étude rapporte que l'infestation concerne particulièrement les enfants de 4 à 6 ans (19).

### 2.1.3. Les maladies non transmissibles

La drépanocytose est une anomalie génétique de l'hémoglobine qui, à l'état homozygote (deux gènes touchés), est létale avant l'âge de la puberté. Le décès survient dans un tableau d'anémie sévère ou d'infection. Au Congo la fréquence du gène est particulièrement élevée : 2% des nouveaux nés sont homozygotes drépanocytaires (19). La prise en charge de ces enfants est particulièrement lourde. Un grand nombre de malades décèdent avant l'âge de 10 ans. La Drépanocytose homozygote est à l'origine d'une part importante des hospitalisations dans les services de pédiatrie. Cette maladie constitue un problème de santé publique majeur dans l'enfance, cependant trop souvent méconnu ou sous-estimé en terme de mortalité, de morbidité et de coût économique. Sur un échantillon de 112 enfants drépanocytaires hospitalisés au CHU en 1990 et

en l'absence de système transfusionnel fiable à 100%, 26% étaient HIV + (26).

Les traumatismes (d'origine accidentelle ou non) constituent également une pathologie méconnue chez l'enfant et pourtant en nette augmentation. Ils représentaient en 1988 8,6% des causes de morbidité chez les enfants de moins de 15 ans (22). Cette tendance est sans cesse croissante. Le goitre par carence en iode, fréquent dans la Région de la Likouala et plus particulièrement dans le district de Dongou, sera abordé dans le chapitre sur la nutrition, tout comme d'ailleurs le problème de la malnutrition protéino-énergétique.

## 2.2. Les principales causes de morbidité chez la femme.

Comme l'indique la figure 5, les motifs de consultation observés chez les femmes se présentant dans les SMI, concernaient, en 1990 (22):

- 37% des plaintes d'origine gynécologique
- 22% des douleurs abdomino-pelviennes.
- 27% des pathologies non liées à la sphère gynécologique.
- 13% des pathologies liées à la grossesse.

On constate la part prépondérante occupée par la sphère gynéco-obstétricale. A l'intérieure de celle-ci, une part non négligeable concerne les maladies sexuellement transmissibles. En milieu scolaire en 1984, 1/3 seulement des élèves âgées en moyenne de 20 ans ne présentaient aucune pathologie vénérienne (19). Les affections les plus fréquentes sont les trichomonases et les candidoses. La sérologie de la syphilis est faite systématiquement dans les SMI à toute femme enceinte (2,4% de sérologie positive parmi les femmes enceintes vues dans les SMI à Brazzaville entre Janvier et Août 1990)(22).

Les maladies vénériennes constituent près de 50% des causes de stérilité du couple (19). La fréquence de ces stérilités est estimée à 10% (Laboratoire national). Les femmes constituent 47% des cas de SIDA déclarés par le Congo dans la tranche d'âge 20-50 ans (27).

Tableau 3: Distribution par âge des cas de SIDA - femmes - 1988/1989 (27)

Tranche d'âge (années)	Effectif	%	% cumulé
00-09	30	9,5	9,5
10-19	22	7	16,5
20-29	122	38,7	55,2
30-39	77	24,4	79,6
40-49	46	14,6	94,2
50-59	15	4,8	99
60 et +	3	1	100
<b>Total</b>	<b>315</b>	<b>100</b>	

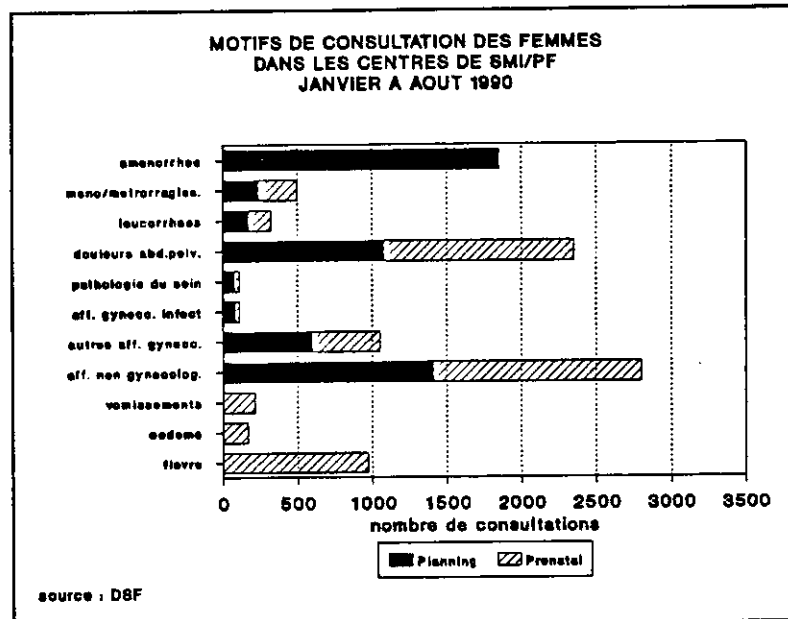


Figure 5

La séroprévalence générale est de 5% en milieu urbain et est inférieure à 1% en milieu rural (27). Le système de surveillance par postes sentinelles a fait apparaître qu'en 1990, entre 5 et 6% des femmes enceintes sont séropositives en milieu urbain contre 1% en zone rurale (27). 40% des prostituées sont séropositives à Pointe-Noire et 30% à Brazzaville (27).

Quelques caractéristiques individuelles sont apparues de façon nettes auprès des mères séropositives. Ainsi, 52% des femmes HIV + vivent en union libre contre 37% des femmes HIV - (27). Les femmes HIV + ont tendance à vivre moins longtemps avec le père de leurs enfants et ont eu, au cours de l'année précédente, un nombre de partenaires sexuels plus élevé que les femmes HIV - (27). Le SIDA de la mère va poser dans les prochaines années un problème social. En effet, elles risquent de décéder dans un laps de temps assez court. Qu'advient-il alors des orphelins, spécialement en milieu urbain où la solidarité familiale joue moins?

Parmi la pathologie de la grossesse, les anémies constituent une sphère mal connue. Une étude réalisée en 1983 révélait une prévalence comprise entre 23,4% et 30% à Brazzaville et Pointe Noire. L'anémie concernait 70% des femmes enceintes et était observable dès le second trimestre de la grossesse (28).

La prévalence apportée dans cette étude est fort probablement une sous-estimation de l'ampleur réelle de l'anémie pendant la grossesse. En effet, selon l'OMS, 50% à 60% des femmes enceintes d'Afrique centrale présentent une anémie par carence en fer et folates. Les accès palustres, la Drépanocytose et la séropositivité due au VIH sont les principaux facteurs étiologiques incriminés.

\*\*\*\*\*

## II. PERCEPTION DE LA SANTE ET DE SES PROBLEMES.

La perception qu'ont les populations de leur état de santé est un phénomène récent. Bien qu'il ait des effets sur la santé il n'a pas fait l'objet d'observations systématiques et d'études approfondies.

Les conclusions présentées ici proviennent de 2 enquêtes modestes. L'une a été effectuée à Brazzaville auprès de 203 mères en consultation dans les SMI, l'autre a été menée dans tous les quartiers de la capitale auprès de 101 personnes âgées de 20 à 70 ans (29).

### 1. LA SANTE (OU L'ABSENCE DE MALADIE) EST FONDEE SUR UNE BONNE ALIMENTATION ET UNE BONNE HYGIENE DE VIE.

Les images évoquées pour définir un bon état de santé renvoient plus au bien être physique, à la force et à la "bonne forme", en somme à l'absence de maladie qu'à l'idée d'équilibre biologique ou social. L'enquête dans les SMI donne les résultats suivants :

Tableau 4: Perception de la santé par les mères en consultation dans les SMI.

Perception	Effectif	%
Absence de maladie ou "bonne forme"	143	70,4
Force physique	18	8,9
Bonne alimentation	17	8,4
Absence de soucis	15	7,4
Absence de fièvre	3	1,4
Poids normal	2	1
Ne sait pas	5	2,5
Total	203	100

Tableau 5: Perception de la santé des mères dans les quartiers de Brazzaville.

Perception	Effectif	%
Absence de maladie	58	57,4
Capacité de travailler	32	31,7
Avoir beaucoup d'enfants	8	7,9
Absence de soucis	1	1
Accès aux examens médicaux	2	2
Total	101	100

L'absence de maladie et l'idée de force physique viennent aussi en tête de ce sondage. La référence à la nombreuse progéniture reflète le poids de la maternité pour la femme congolaise. Le stress occasionné par les soucis constitue également un obstacle à "une bonne santé". Cet aspect est évoqué par l'enquête dans les quartiers (Tableau 5).

### 2. COMMENT PERCOIT-ON LA SANTE DES AUTRES?

... Avec un niveau élevé de vigilance pour les signes de mauvaise santé.

Les mères rencontrées dans les SMI de Brazzaville sont sensibles au moindre signe qui pourrait révéler un état de malaise ou de maladie. La multiplicité et la diversité des signes sont révélatrices de cette vigilance.

**Tableau 6: Perception des signes de mauvaise santé des enfants (SMI).**

Perception	Effectif	%
Amaigrissement	35	23,5
Aspect physique	34	22,8
Démarche	28	18,8
Pâleur	22	14,8
Aspect des yeux	16	10,7
Fatigue	11	7,4
Tristesse	3	2
<b>Total</b>	<b>149</b>	<b>100</b>

**Tableau 7: Perception de la santé des enfants dans les quartiers.**

Perception	Effectif	%
Fatigue, tristesse	38	37,6
Pleurs	27	26,7
Manque d'appétit	26	25,7
Fièvre, diarrhée, vomissements	10	10
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>100</b>

Cette vigilance aux signes spécifiques de mauvaise santé des enfants se retrouve dans les quartiers. L'essentiel des critères invoqués concerne les signes qui doivent alerter la mère.

### 3. PERCEPTION DES DETERMINANTS DE L'ETAT DE SANTE.

Pour les mères rencontrées dans les SMI, le maintien de la santé dépend surtout du respect scrupuleux des règles d'hygiène et de santé, ensuite d'une bonne alimentation. Il est intéressant de noter qu'aucune n'ait évoqué les "protections"<sup>6</sup> qui supposent la fidélité à une approche autochtone de la maladie, peu appréciée par les agents de santé et les religieux mais encore agissante. Tous les praticiens africains de la santé connaissent bien la force de ces croyances sur la santé. Ils l'ont constaté par les amulettes que portent les mères et les enfants et par l'évocation de tabous et interdits multiples.

La protection de l'enfant "s'obtient" aussi par des prières ou par le port de médailles pieuses. Ces croyances justifient le recours aux pasteurs et tradipraticiens lorsque la médecine moderne est réputée impuissante devant la maladie. La maladie dépend alors de forces invisibles et même de la fatalité. Ces deux raisons sont évoquées, après les conditions matérielles, pour indiquer ce dont dépend la bonne santé.

Notons que les éléments non contrôlables (hérédité, fatalité, état des parents) prennent autant d'importance que les conditions matérielles.

<sup>6</sup> Ces protections sont des fétiches, gris-gris et autres amulettes préparés par les tradi-praticiens. Certaines ont une base scientifique comme la phytothérapie, d'autres font seulement appel aux croyances.

**Tableau 8: Facteurs dont dépend le maintien de la bonne santé. (enquête dans les SMI)**

Perception	Effectif	%
Bonnes conditions d'hygiène et de santé	30	33,3
Bonne alimentation	12	13,3
Bien être physique	9	10
Absence de maladies	8	8,9
Bon sommeil	5	5,6
Pas de soucis	5	5,6
Ne sait pas	21	23,3
Total	90	100

Il est remarquable de noter qu'aucune des personnes interrogées n'a cité l'accès aux soins comme facteur de maintien d'une bonne santé. Les résultats de cette enquête révèlent un problème de discrimination des mères entre différentes notions : maladie, symptômes, causes. En effet, interrogées sur les maladies, évitables ou non, elles citent aussi bien des noms de maladies (Paludisme, Rougeole, Poliomyélite,..) que des symptômes (fièvre, douleur, maux de tête,...). Des observations similaires apparaissent lorsqu'on les interroge sur les motifs de consultation pour leurs nourrissons: 37% ne connaissent pas la cause du mauvais état de santé de leur enfant. Parmi les explications avancées, certaines proposent: eau chaude ou froide, poussées dentaires, mauvaise alimentation. Pour toutes les autres, plaintes et causes sont confondues: la maladie est due au paludisme, à la constipation, à la diarrhée, à la rougeole, au rhume,...

**Tableau 9: Facteurs de bonne santé dans les quartiers de Brazzaville.**

Perception	Effectif	%
Bonnes conditions matérielles	49	48,5
Hérédité	25	24,7
Fatalité	22	22,8
Affection du mari	3	3
Etat de santé des parents	1	1
Total	101	100

Dans l'enquête de quartiers, une question a été posée sur la responsabilité des décès d'enfants.

**Tableau 10 : Perception de la responsabilité du décès d'enfant.**

Responsabilité	Effectif	%
Raisons familiales	38	37,6
Négligence du corps médical	31	30,7
Comportement de la mère	29	28,7
Comportement du père	2	2
Difficultés financières	1	1
Total	101	100

On peut se demander quelle type de responsabilité recouvre les raisons familiales évoquées. Par contre 31% des personnes interrogées mentionnent la négligence du corps médical. Dans le cas des causes de décès des mères, 53% des personnes incriminent le corps médical (et 25% le non respect des interdits).

En conclusion, il semble que la perception que se font les Brazzavillois et Brazzavilloises de la santé soit assez conforme à la définition de l'OMS : " *un état de complet bien être physique, mental et social*". L'absence de référence à l'accès ne reflète sans doute pas la réalité tant on sait l'attente de la population envers leurs services de santé. La responsabilité de ceux-ci à l'origine des décès d'enfants ou de mères est d'ailleurs citée par un nombre important de répondants.

#### SIDA et impact sur la cellule familiale.

Au Congo, la famille joue un rôle primordial. Dès que la société est frappée par un fléau - comme le SIDA - la famille est impliquée. Le Sida vient s'ajouter aux autres maux qui frappent la famille congolaise: urbanisation à outrance, récession économique et coupes sombres dans les dépenses sociales.

A l'hôpital Makélékélé de Brazzaville, on a recensé en janvier et février 1991, 1272 séropositifs (dont 686 femmes). Parmi elles, 147 sont décédées laissant 316 orphelins. Pour les familles de ces mères, les problèmes sont énormes: stress psychologique et perte d'un être cher, coût de la maladie (autour de 20.000 Frs CFA par mois), perte d'un agent économique (éventuellement d'un revenu), poids des enfants orphelins qu'elle laisse à la charge solidaire de la famille, etc.

La famille est aussi exposée à la sorcellerie car dans l'imaginaire collectif congolais, le Sida, avec ses périodes de rémission et de récurrence correspond à "une maladie de sorcier". Cela occasionne bien souvent des heurts et des ruptures entre les familles des deux conjoints dont un est malade. Des problèmes de sorcellerie liés au Sida sont plutôt la règle dans l'observation de l'hôpital susmentionné. Il va sans dire que l'attitude et le comportement du médecin traitant sont importants.

Bien souvent, les malades ignorent encore leur maladie (même si en théorie chacun reconnaît l'importance de l'annonce de la maladie). Cette annonce est importante pour un meilleur suivi et une meilleure collaboration du malade; pour une plus grande espérance de vie, pour une diminution de la propagation et pour stopper les images de sorcellerie. Dans la plupart des cas, les malades ne sont pas rejetés par la famille proche mais si leur maladie est connue ou même suspectée par l'environnement proche, ils deviennent objet de ragots et de curiosité collective.

Trois axes d'action s'imposent en direction de la famille:

1. Généraliser l'annonce aux malades de leur séropositivité
2. Les conseils doivent être dispensés: pour l'appui psychologique et l'aide sociale;
3. La famille doit être le relais obligé pour aider les malades dans leur milieu de vie. Il faut aider à la création et au soutien d'initiatives d'assistance aux séropositifs.

\*\*\*\*\*

### III LES REPONSES INSTITUTIONNELLES ET LA POLITIQUE DE SANTE.

"Priorité à la médecine préventive et aux Soins de Santé Primaires". Telle avait été formulé l'axe stratégique de la politique sanitaire nationale au cours du Congrès Extraordinaire du parti en 1979.

A quelques exceptions près, (notamment la rénovation et la transformation de l'Hôpital Général de Brazzaville en CHU et la construction de l'Hôpital de Loubomo), cette orientation a constitué le fondement de la politique sanitaire du pays. Le Plan d'Action Economique et Social 1990-1994 (voir Partie 2), reconnaissant que la majorité de la population n'a plus accès à des soins de santé de qualité conformes à ses besoins essentiels, axait sa nouvelle politique sur trois stratégies:

- l'extension des soins de santé primaires et le développement prioritaire de la médecine préventive.
- l'extension, la modernisation et la multiplication des structures de santé de base.
- l'élargissement du système actuel de sécurité sociale.

Le PAES mentionnait plusieurs points allant dans le sens du développement de l'Initiative de Bamako<sup>7</sup>:

- une décentralisation effective de la politique médicale et une prépondérance des projets horizontaux par rapport aux projets verticaux.
- la participation communautaire grâce à une revalorisation des comités de santé, une structure de dialogue entre le centre de santé et la population.
- une contribution financière directe par les usagers: par le biais de caisses de solidarité de type mutualiste ou d'assurances de santé individuelles. Ces coûts de santé seraient adaptés aux possibilités des usagers.
- une réforme complète de la politique des médicaments essentiels allant dans le sens d'une simplification et d'une meilleure cohérence par rapport aux besoins réels.

Mais, avec l'ouverture de la Conférence nationale, le PAES a vécu. Il appartiendra au gouvernement qui sortira des prochaines élections de (re)définir la nouvelle politique de santé du Congo. Quoiqu'il en soit, les experts s'accordent à penser que les options qui seront arrêtées ne pourront pas s'éloigner de celles du PAES.

Le Congo, qui possède des infrastructures sanitaires importantes, devra réduire les distorsions entre régions et surtout entre les grandes villes et les zones rurales. Il devra aussi faire un effort de formation des cadres et des techniciens médicaux.

#### 1. LE CADRE CHARGE DE LA MISE EN OEUVRE DE LA POLITIQUE DE SANTE.

##### 1.1 Le cadre administratif.

A titre indicatif nous reproduisons ci-dessous, les structures de santé du Congo "d'avant". Il se pourrait que cet organigramme soit modifié dans les prochains mois. Le Ministère de la Santé et des Affaires Sociales (MSAS), récemment restructuré, est constitué du Cabinet du Ministre et de deux Directions Générales : la Direction Générale de la Santé Publique (DGSP) et la Direction Générale des Affaires Sociales (DGAS). La mise en oeuvre de la politique de santé sur l'ensemble du territoire national est la mission essentielle assignée à la DGSP. Elle est assurée sous la tutelle du Cabinet du Ministre.

La DGSP est constituée de 6 directions centrales divisionnaires dont les missions sont exprimées en termes de planification, de coordination, de mise en oeuvre et d'évaluation des actions de santé.

---

<sup>7</sup> L'initiative de Bamako est un processus visant à renforcer la capacité des gouvernements et de la population à améliorer la situation sanitaire. Ceci implique une meilleure compréhension des problèmes et une meilleure gestion des ressources affectées à la santé. L'un des ses principaux défis est de mobiliser davantage de moyens, dans le cadre d'un partenariat Etat/Communauté et, en même temps, d'étendre la couverture des services afin de satisfaire les besoins de santé de base du plus grand nombre.



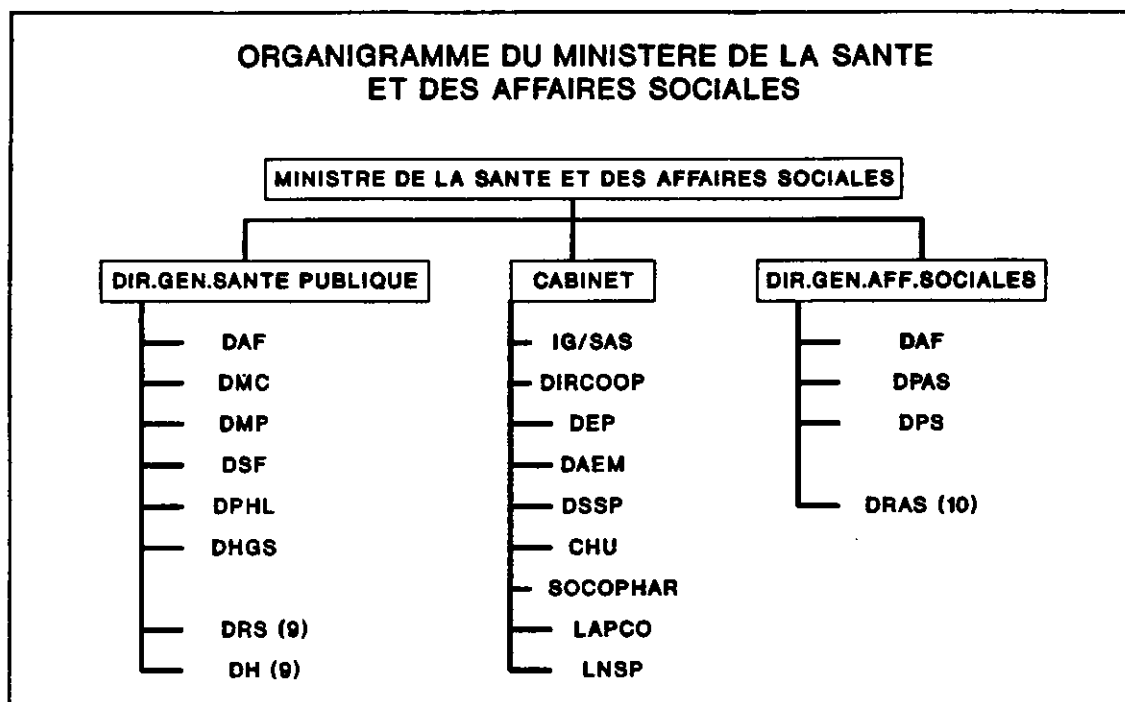


Figure 6

IG/SAS=Inspection générale de la Santé et des Affaires sociales; DIRCOOP=Direction de la coopération; DEP=Direction des Etudes et de la Planification; DAEM=Direction de l'Approvisionnement, de l'Equipement et de la Maintenance; DSSP=Direction des Soins de Santé Primaires; CHU=Centre Hospitalier et Universitaire; SOCOPHAR=Société Congolaise des Pharmacies; LAPCO=Laboratoire Pharmaceutique du Congo; LNSP=Laboratoire National de Santé Publique; DAF=Direction Administrative et Financière; DMC=Direction de la Médecine Curative; DMP=Direction de la Médecine Préventive; DSF=Direction de la Santé de la famille; DPHL=Direction des Pharmacies et Laboratoires; DHGS=Direction de l'hygiène et du Génie Sanitaire; DRS=Directions Régionales de la Santé; DH=Hôpitaux; DPAS=Direction de la Promotion et Animation sociales; DPS=Direction de la Protection Sociale; DRAS=Directions Régionales des Affaires Sociales

Cette départementalisation induit une forte dispersion des informations et des ressources. Il en résulte également une multiplication considérable des centres de décision. Chaque direction centrale a tendance à construire son propre système d'information correspondant à ses propres besoins, à élaborer et mettre en oeuvre ses propres procédures et standards de fonctionnement. D'où une coordination imparfaite de la mise en oeuvre de la politique sanitaire nationale.

L'action au niveau périphérique est souvent limitée faute de moyens et de réelle décentralisation au niveau régional (à l'exception sans doute des secteurs des Grandes Endémies dépendant de la Direction de la Médecine Préventive). De ce fait, les Directions régionales ont des difficultés à exercer leurs responsabilités d'encadrement des activités socio-sanitaires. Actuellement les prestations socio-sanitaires en direction des enfants et des mères s'inscrivent dans le cadre de:

- Programmes nationaux, bénéficiant souvent d'une aide extérieure (Programme élargi de Vaccination, Programme national de Lutte contre les Maladies Diarrhéiques, Programme National de Lutte contre le Paludisme, Programme National de Lutte contre le SIDA, Programme National de Soins de Santé Primaires,...).
- projets de coopération bilatérale ou multilatérale (Projet SMI/Brazzaville, Projet SSP/Niari, Projet Planification familiale,...)

Même si les activités de ces programmes et projets sont le plus souvent intégrées dans les structures de santé existantes, le caractère vertical des activités de support (formation, supervision, approvisionnement,..) et l'absence de coordination réelle entre les Directions concernées constituent un frein à la rationalisation des actions entreprises.

## 1.2. L'organisation opérationnelle.

Il s'agit du cadre officiel déployé par les autorités pour mener les opérations sanitaires sur le territoire national.

1.2.1. Selon le statut juridique, les infrastructures sanitaires se répartissent en 3 secteurs : étatique, para-étatique et privé.

-i- Le secteur d'Etat représente l'essentiel du réseau d'établissements sanitaires. Dans ce secteur, le principe de base est celui de la gratuité des soins de santé.

-ii- Le secteur para-étatique : Diverses entreprises d'état ont mis en place des réseaux d'installations sanitaires, généralement articulés autour d'un service de médecine générale et/ou d'un service de santé maternelle et infantile. Initialement réservés aux seuls salariés de l'entreprise et à leurs familles. Ces établissements, principalement de première ligne, ont ouvert leurs portes aux autres franges de la population.

-iii- Le secteur privé : L'exercice libéral de la médecine et des professions para-médicales a été autorisé en 1988. Depuis cette date, le développement des cabinets médicaux privés s'est fait timidement, contrairement aux officines pharmaceutiques qui ont proliféré. Relèvent également du secteur privé un certain nombre d'établissements de première ligne, essentiellement sous la tutelle des confessions religieuses.

## 1.2.2. Selon la hiérarchie fonctionnelle.

Les établissements, dans leur ensemble, sont structurés sur un modèle pyramidal dont la hiérarchisation s'établit comme suit :

---

CHU -> HOP. GENERAL -> HOP. REGIONAL/DE COMMUNE -> HOP. DE BASE -> CENTRE DE SANTE INTEGRE -> POSTE DE SANTE

---

Le principal critère (implicite) utilisé pour déterminer le type d'établissement est sa localisation géographique: poste de santé (village), hôpital de base (district)... Cette structure offre un nombre élevé de niveaux, chacun d'eux représentant un niveau d'orientation recours. Mais cette multiplication des niveaux-recours différents n'aboutit pas à l'effet souhaité. En effet, ces structures étant de plus en plus démunies de moyens de fonctionnement, on assiste à un engorgement des structures intermédiaires (hôpitaux communaux) et des structures de référence (hôpitaux généraux et Centre Hospitalier et Universitaire) très souvent mieux équipés. Cependant, concernant ce dernier, le dépassement des crédits concernant les évacuations indique qu'il n'est pas encore en mesure de remplir l'un des rôles pour lequel il a été conçu, à savoir la réduction des évacuations sanitaires à l'étranger. En résumé, le fonctionnement d'ensemble de ce réseau ne présente guère les caractéristiques d'un système d'orientation-recours cohérent.

## 2. LES RESSOURCES POUR LA SANTE DE LA MERE ET DE L'ENFANT.

### 2.1. Les établissements.

#### 2.1.1. TYPE, NOMBRE ET RÉPARTITION.

Le Congo se caractérise par une accessibilité géographique importante aux établissements sanitaires existants.

**Tableau 11: Accessibilité géographique aux formations sanitaires (distance  $\leq$  5 Km)**

Lieu	Centre de santé	Centre de vaccination
Brazzaville	100%	100%
Pointe-Noire	100%	100%
Centres secondaires	100%	97%
Zone rurale	75%	48%

Cet accès est dû à l'existence d'un réseau sanitaire important:

**Tableau 12: Infrastructures sanitaires (1989)**

Structure	Nombre
Centre Hospitalier et Universitaire	1
Hôpitaux généraux	3
Hôpitaux régionaux	13
Hôpitaux de base	26
Centres de Santé Intégrés	101
Dispensaires	450

Dix neuf hôpitaux totalisent 3.940 lits, soit un ratio de 20 lits pour 1.000 habitants. Le Congo comporte 146 centres de SMI répartis sur le territoire, 33% d'entre eux localisés dans les communes (Brazzaville, Pointe-Noire, Loubomo, N'Kayi et Mossendjo).

Au delà des centres de SMI, les activités de base relatives à la santé de la mère et de l'enfant sont développées dans la majorité des établissements de première ligne, y compris les hôpitaux.

Les informations disponibles sur les maternités concernent essentiellement Brazzaville. Cinq maternités y offrent 366 lits, soit 1 lit de maternité pour 500 femmes (environ 27.200 naissances sont enregistrées à Brazzaville chaque année).

### 2.1.2. L'ÉQUIPEMENT DES ÉTABLISSEMENTS.

La structuration du système de santé décrit plus haut ne s'accompagne pas d'un cadre rigoureux d'affectation des équipements conformes aux fonctions attribuées à chaque établissement. Ces distorsions s'expriment en terme de sur ou sous équipement, ou encore de défaut de compatibilité. La diversité des sources d'approvisionnement rend illusoire toute standardisation et rend la maintenance très difficile.

Une étude réalisée dans le cadre du Plan Quinquennal (30) apporte les conclusions suivantes :

- sur-équipement relatif des hôpitaux généraux, qui traduit une forte tendance à la spécialisation des soins.
- insuffisance de matériel dans les hôpitaux secondaires et régionaux. De plus ce matériel, quand il existe, est mal entretenu, voire peu ou pas utilisé.
- pénurie enfin dans les centres de santé.

### 2.2. Le problème des médicaments.

En 1982, le Congo s'est doté d'une liste de 87 médicaments essentiels (31). Dans un poste de secours on en trouve 16 et, dans un dispensaire rural ou un centre de santé intégré, 84. Jusqu'en 1988 la fabrication, l'approvisionnement et la distribution du médicament était du seul ressort de l'état. Deux unités para-étatiques, LAPCO pour la production et SOCOPHAR pour l'importation et la distribution, s'en chargeaient (32). A partir de 1988 et avec la libéralisation de l'exercice de la médecine et des professions paramédicales, on assiste à un essor important du secteur privé. Trois pour cent de la consommation pharmaceutique nationale est couverte par la production nationale (LAPCO) qui concernent six produits: aspirine, chloroquine, sulfaguandine, amodiaquine,

paracétamol et sirop de quinine (33). Le reste de la consommation nationale est assurée par les importations qui ont quintuplé entre 1978 et 1988 (32).

En pratique, l'approvisionnement et la distribution s'organisent autour de deux réseaux, l'un gratuit et l'autre payant:

- Le réseau gratuit est représenté par la PHARMAPRO (organisme public, il importe les médicaments et les distribue dans les formations sanitaires publiques), le Centre Hospitalier et Universitaire et l'Hôpital Central des Armées.
- Le réseau payant comprend le secteur commercial privé et le secteur commercial para-étatique (SOCOPHAR). En 1989 on comptait 93 officines dont 73 privées et 20 SOCOPHAR ainsi que 209 dépôts pharmaceutiques. Brazzaville et Pointe-Noire regroupent les 4/5 des officines (33). La vente de médicaments sur le marché parallèle est répandue.

**Gratuite, la médecine?**

Pas vraiment. En mai 1991, Madame T. va accoucher de son deuxième enfant. Le suivi de sa grossesse qu'elle a voulu exemplaire, dans une unité de prestige de la capitale lui a déjà coûté fort cher. Mais, la veille de l'accouchement, l'équipe médicale lui présente la liste des médicaments et du matériel dont ILS auront besoin pour réussir SON accouchement: rien n'est laissé au hasard, ni le fil ("au cas où..."), ni les doigtiers, ni les gants et les masques, ni les seringues à usage unique (aussi "au cas où") et qu'on suggère à Madame T. de se procurer auprès des gardiens de l'hôpital (100 francs CFA pièce). Evidemment, les stocks de l'hôpital en sont démunis\*.

Pour ses emplettes, effectuées dans des pharmacies privées, Madame T. aura payé 48.000 francs CFA.

\* De la même manière, chacun peut acheter aux étals des petites marchés de la capitale, n'importe quel médicaments, à la pièce ou au poids: la pilule contraceptive, l'antibiotique ou le comprimé de chloroquine.

Le canal "payant" (achat par les ménages) dépasse largement le canal "gratuit" (distribution aux malades): 80,5% contre 19,5% (32). Or, les prix pratiqués par le secteur privé reflètent les cours des médicaments importés (la France constitue la source de plus de 95% des importations) et sont donc très chers à l'achat pour le pouvoir d'achat moyen au Congo (32).

Tableau 13: Evolution des importations en médicaments (Unité = 1 million CFA)(32)

Année :	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988
Valeur :	2.430	2.255	3.935	3.042	5.243	6,025	8.453	9.440	7.983	8.361	1400

En 1988, on évaluait la consommation pharmaceutique au Congo à 5.525 CFA par personne et par an (32). Et vingt pour cent de cette consommation concerne la tranche d'âge entre 0 et 5 ans (32).

Cette forte consommation est encouragée par :

- des ordonnances pléthoriques dont une partie seulement des médicaments (pas toujours les plus essentiels mais ceux qui sont les moins chers) sera achetée.
- la majorité de ces ordonnances proviennent du secteur public, traduisant l'état de pénurie de celui-ci.
- près de 40% des prescripteurs ne sont pas habilités à le faire. Il s'agit particulièrement des infirmiers et "autres" laborantins, tradi-praticiens, agents techniques, aide-soignants, etc..(34).

Dans le cadre du lancement de l'Initiative de Bamako au Congo (35), la possibilité d'approvisionner les structures publiques par l'intermédiaire de centrales d'achat internationales à but non lucratif

comme l'UNIPAC<sup>8</sup> est actuellement envisagée. Le tableau suivant indique les différences de prix entre le prix public à Brazzaville et le prix d'achat UNIPAC.

**Tableau 14: Coût de quelques médicaments selon les sources (en FCFA).**

Produit	Dosage	Prix public/unité	Prix UNIPAC/unité
Aspirine	500 mg	8	1
Chloroquine	100 mg	10	1
Flagyl	250 mg	90	2
Oracilline	250 mg	177	3
Quinimax	100 mg	45	9 <sup>*</sup>

\* : dosage à 300 mg par comprimé

### 2.3 Le personnel.

Selon les données actuellement disponibles, le Congo dispose d'un effectif de plus de 10.000 agents sanitaires.

Au delà de l'aspect quantitatif, il est important d'examiner la couverture géographique des besoins en personnel, la pleine utilisation du potentiel humain formé, la qualité de leur formation ainsi que la mise à leur disposition des moyens d'exercer leur profession.

La répartition du personnel médical sur le territoire présente des disparités : 1 médecin/4.000 habitants à Brazzaville contre 1/20.600 habitants dans la Bouenza. Cette disparité est également observée pour le personnel paramédical qui encombre fréquemment les structures de santé en milieu urbain. L'attrait des villes et de l'hôpital, s'exerce sur le personnel de santé qui déserte les campagnes. La concentration de personnel médical et paramédical dans les structures urbaines s'effectue au détriment de la viabilité financière (coûts fixes importants liés aux salaires des agents) et techniques (perte de compétence professionnelle liée à la dilution des actes techniques) de celles-ci.

**Tableau 15: Effectif du personnel de santé au Congo.**

Catégorie	Nombre	Ratio/habitant
Médecin	500	1/5.000
Techniciens supérieurs de santé	28	1/71.430
Pharmaciens	174	1/11.494
Assistants sanitaires	920	1/2.174
Sages-femmes	450	1/4.444
Techniciens sanitaires	5	1/400.000
Infirmiers diplômés d'Etat	1.484	1/1.348
Agents techniques	1.743	1/1.147
Monitrices sociales puéricultrices	1.539	1/1.300
Autres auxiliaires médicaux	1.655	1/1.208
Personnel administratif	938	1/2.132
Ouvriers	303	1/6.600
Autres	1.073	1/1.864
<b>Total</b>	<b>10812</b>	<b>1/185</b>

En raison de l'arrêt du recrutement dans la fonction publique (voir volume 2), un nombre non négligeable de médecins et du personnel paramédical sont actuellement au chômage. L'une des

<sup>8</sup> Unicef Procurement and Assembly Centre

conséquences en est la réduction des étudiants en formation dans les écoles paramédicales du pays.

La spécialisation des médecins, notamment pour obtenir de meilleures rémunérations, semble importante. Combinée à l'hospitalocentrisme elle se traduit par des spécialisations dans des domaines cliniques de pointe au détriment des spécialisations de gestion en santé publique indispensables à la rationalisations de l'ensemble du système de soins.

D'après les conclusions de l'étude sur les SMI en 1988 (37), le fonctionnement des structures est affecté par le manque de formation continue des agents de santé (43% avaient bénéficié d'un recyclage, souvent sectoriel, depuis leur intégration dans la fonction publique) et l'absence de certaines catégories de personnel technique. Trop de tâches sont alors confiées à du personnel n'ayant pas toujours la formation requise.

Par ailleurs, la faiblesse des salaires incite de nombreux fonctionnaires de santé à exercer en dehors des structures publiques, même durant leurs heures de travail. Ce travail "informel" n'offre pas toujours les meilleures garanties pour l'utilisateur (ordonnances fantaisistes, pratiques sans équipement, etc)(38).

Le dénuement des structures de santé de base en moyens de fonctionnement s'ajoute à ces éléments pour expliquer le manque fréquent de motivation et d'efficacité du personnel de santé.

#### 2.4 Les ressources financières affectées à la santé.

Tableau 16: L'évolution du budget et des dépenses du Département de la Santé (en millions de CFA).

	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990
Budget Min-Santé			14822	13740	14665		
Dépenses Min-Santé	14600	14200	12100	16100	16700		
Ratio dépenses invest/fonct	0,28	0,20	0,11	0,64	0,70		
Ratio salaires/fonct	0,69	0,83	0,86	0,95	0,94	0,98	0,94
Dépenses Min-Santé/PNB (%)			1,7%	2,7%			
Dépenses Min-Santé/Etat (%)							
dont :							
Investissement : Santé/Etat (%)	1,9%	1,9%	14%	18%	19%		
Fonctionnement : Santé/Etat (%)			5,3%	6,9%	7,8%		

L'examen de ces indicateurs est intéressant. En effet, il révèle que le budget de la santé est resté relativement stationnaire depuis 1986, le plus souvent supérieur aux prévisions. L'examen du ratio *dépenses d'investissement/dépenses de fonctionnement* montre un déséquilibre croissant en faveur des investissements. Ceux-ci n'ont cessé de croître alors que le budget d'investissement de l'Etat diminuait fortement: le ratio *investissement Santé/investissement Etat* a décuplé entre 1984 et 1988. Ces investissements correspondent essentiellement à la rénovation et la transformation de l'Hôpital Général en CHU et la construction de l'Hôpital de Loubomo (97% des dépenses d'investissement en 1988). Pendant cette période, les dépenses de fonctionnement ont suivi une tendance dégressive et la masse salariale se maintenait, comme l'indique l'examen du ratio *dépenses de salaires/dépenses de fonctionnement* (0,69 en 1984 contre 0,94 en 1988).

La figure 7 ventile les dépenses de fonctionnement par poste. L'effondrement des crédits affectés à la maintenance et à l'approvisionnement des services de santé s'est répercuté sur tous les établissements et sur les Directions centrales et régionales, à l'exception de l'Hôpital de Loubomo et le CHU (en 1988 le CHU a absorbé 32% des dépenses de fonctionnement). Le volume des charges récurrentes liées à ces deux investissements semble incompatible avec la réduction observée des budgets de fonctionnement. Les principales victimes de cette répartition inégale des

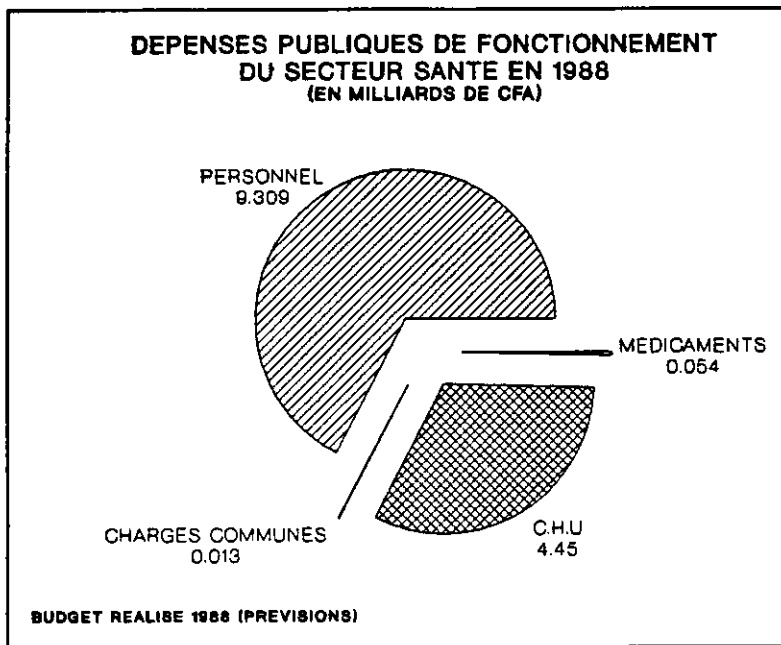


Figure 7

contrepartie gouvernementale concerne le plus souvent les salaires ainsi que certains frais de fonctionnement tels que le transport au niveau local. La pérennité de ces actions est sujette au maintien de cette aide extérieure. Le Programme Elargi de Vaccination, dont l'impact sur des maladies comme la rougeole a été démontré, en est un bon exemple (figure 8)(9).

En dehors de l'aide extérieure, l'Etat a eu recours à la tarification des services pour couvrir le financement des charges récurrentes. Dans les grandes structures hospitalières, cette tarification est formalisée selon une nomenclature officielle. Ailleurs, elle est "informelle", par le biais de "menues recettes" encaissées directement par la structure. Bien entendu, la tarification varie d'une structure à l'autre. La valeur globale de ces menues recettes peut parfois atteindre le montant du budget de fonctionnement alloué annuellement par l'Etat. Il tend d'ailleurs, dans la conjoncture actuelle, à se substituer à celui-ci.

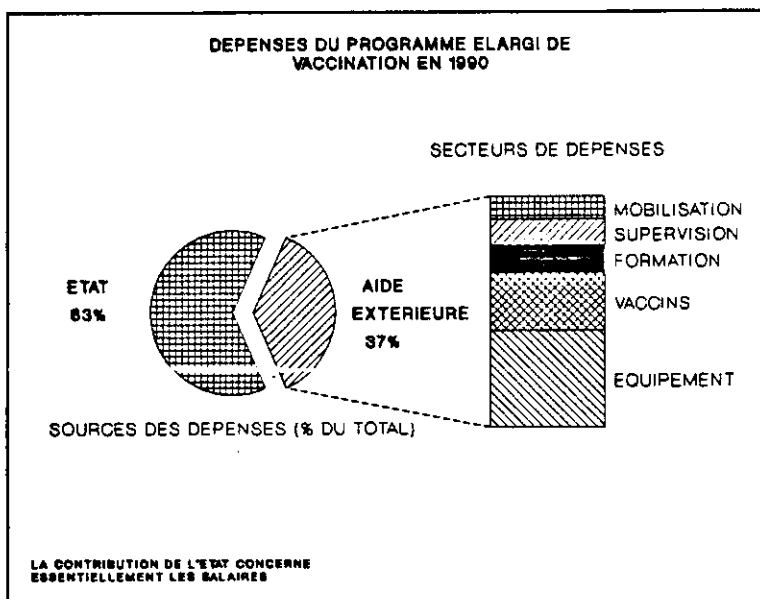


Figure 8

ressources ont été les Directions centrales (notamment celles chargées d'assurer le fonctionnement des unités périphériques DMC, DSF, DMP, DSSP) ainsi que les Directions régionales dont le budget de fonctionnement a été réduit à la portion congrue.

L'aide extérieure a été largement sollicitée. On l'estime, pour 1988, à plus de 1 milliard de FCFA en 1988 réparti pour 85% en activités d'appui aux programmes et pour 15% en formation. La plupart des grands programmes publics visant la santé des mères et des enfants bénéficient de ces financements de la communauté internationale. La

Les chiffres ci-dessus ne concernent que la part des dépenses de santé engagées par l'Etat. Ils ne tiennent pas compte des transferts sociaux (sécurité sociale des agents de l'Etat et des employés des grandes entreprises privées ou publiques) ni des dépenses assurées par les usagers eux-mêmes, lesquelles sont certainement en augmentation. Il est à noter enfin que la baisse des bénéfices des entreprises a mené à une renégociation des conventions collectives découlant du droit au travail. Cette négociation a souvent impliqué une réduction des avantages sociaux des salariés.

Les données disponibles pour évaluer la part de l'Etat dans les dépenses de santé globales sont imprécises. En 1988, les dépenses publiques de santé par habitant s'élevaient à 8.350 FCFA contre 5.525 FCFA pour la dépense privée en médicaments. En 1989, la part des dépenses des ménages consacrées à la santé était de 8% à Brazzaville contre 6,1% à Pointe Noire (39). Globalement, le Congo dépense une part non négligeable de ses ressources en faveur de sa santé. Cependant la récession et les choix politiques faits en matière d'investissements sanitaires ne permettent plus à l'Etat de financer les charges récurrentes induites. Dans le même temps il semble ne pas être réellement en mesure de maîtriser correctement les mécanismes de contrôle des tarifications des services, que ce soit dans le secteur public (notamment les menues recettes) ou dans le secteur privé (secteur informel).

Afin de redonner au service public une crédibilité largement entamée, le Congo a adhéré au concept de l'Initiative de Bamako (voir page 66). Ce système envisage un véritable partenariat entre l'Etat et les communautés locales. L'unité d'action est constituée par le District de Développement socio-sanitaire défini par l'OMS. D'ores et déjà, un séminaire national sur l'Initiative de Bamako (35), réalisé en juin 1990, a permis d'apporter une compréhension claire et commune de son application au Congo. Il est encourageant de constater que l'orientation de la majorité des coopérations multilatérales et bilatérales dans le secteur de la santé s'appuie sur cette stratégie. La Conférence nationale a recommandé l'application de l'Initiative de Bamako comme stratégie de renforcement des soins de santé primaires, inspirant notamment le plan sanitaire national en cours d'élaboration.

## 2.5 La gestion et l'information sanitaire.

Un Système d'information sanitaire cherche à dresser un bilan de la santé des populations ainsi que des services de santé qui leur sont offerts. En ce sens, il est un véritable auxiliaire de gestion du système national de santé.

Un tel système s'efforce de fournir à chaque niveau d'opération et pour chaque catégorie de décision une base objective pour le suivi, l'évaluation et la planification. Il est nécessaire pour cela d'envisager le système de santé comme un tout, l'enchaînement des niveaux d'opération s'effectuant sous forme de cadre logique (intrants -> activités -> résultats -> effets -> impacts). L'on conçoit dès lors aisément la complexité d'un tel système où la surveillance épidémiologique n'a qu'une part assez réduite dans la mesure où l'essentiel des décisions concernent des problèmes de contrôle et d'organisation.

L'information sanitaire produite par le Ministère de la Santé et des Affaires sociales ne revêt pas vraiment l'aspect d'un système global d'information sanitaire à qui l'on aurait assigné des objectifs précis. Malgré l'existence d'une Direction centrale des Etudes et de la Planification, la responsabilité de la collecte de l'information est souvent laissée aux autres Directions centrales qui développent chacune des systèmes d'information correspondant à leurs besoins, leurs objectifs, projets et programmes. Par ailleurs, l'analyse et l'utilisation de l'information s'arrêtent fréquemment au "demandeur", sans que s'opère une transmission horizontale et verticale de l'information. Il en résulte des double-emplois ainsi qu'une perte d'information préjudiciable au bon fonctionnement de l'ensemble.

L'information disponible sur la santé des enfants et des mères reflète ces carences et défauts. Les projets et programmes que visent ces deux groupes cibles ont souvent bénéficié d'un appui extérieur et ont donc eu plus de moyens pour développer leur propre système de collecte et d'analyse. Par contre leur intégration dans une structure de coordination centrale fait encore défaut.

L'amélioration du système d'information sanitaire est impérative pour rationaliser les actions de santé et en améliorer l'efficacité. L'une des conditions de base à la réalisation d'un tel système consiste certainement en une *vue uniciste* du système de santé. Il est également important que des objectifs précis soient assignés à ce système d'information sanitaire, en particulier dans l'utilisation de l'information recueillie. L'établissement des données à collecter ainsi que leurs supports devraient être précédés de l'identification d'indicateurs appropriés aux objectifs du



système mis en place.

### 3. COUVERTURE SANITAIRE DES ENFANTS ET DES MERES

#### 3.1 Considérations générales.

Les prestations de santé en faveur de la mère et de l'enfant sont le "pain quotidien" des centres de santé maternelle et infantile (SMI). Ces centres intègrent des activités tant curatives que préventives ou promotionnelles. Comme indiqué précédemment, ces activités sont également intégrées dans la plupart des dispensaires, centres de santé intégrés et hôpitaux, tant du secteur public que parapublic ou privé. Un secteur informel, développé en marge de ces trois secteurs, intéresse principalement le domaine curatif (38).

La couverture optimale des mères et des enfants, c'est à dire la possibilité pour chacun d'obtenir les soins préventifs ou curatifs correspondant à ses besoins dépend de plusieurs déterminants : la disponibilité des ressources (par exemple l'existence de vaccins), l'accès géographique, l'utilisation des services par la population, la continuité des soins (le traitement sera-t-il interrompu, l'enfant sera-t-il complètement vacciné ?) et leur qualité (le vaccin est-il efficace? le médicament est-il encore actif ?).

Les informations disponibles actuellement permettent un examen plus ou moins exhaustif de cette couverture pour les différents types d'intervention sanitaire en direction des femmes et des enfants dans le secteur formel. Mais, bien souvent, cette information ne concerne que les premiers déterminants de la couverture: disponibilité, accès et utilisation, plus rarement la continuité et l'efficacité des soins ou services. Notamment en raison du manque d'indicateurs pertinents.

#### 3.2 La santé maternelle.

##### 3.2.1. LA PLANIFICATION FAMILIALE.

Le Gouvernement est favorable à la planification familiale, par l'espacement des naissances; il y voit un facteur de promotion de la santé maternelle et infantile. Le nombre d'enfants désirés est supérieur à 6 et la moyenne est estimée à 5,9 enfants (8) par famille. Les grossesses non désirées, suivies d'avortements clandestins ou hospitaliers sont assez fréquentes dans certains milieux urbains. La planification familiale est essentiellement orientée vers la distribution des contraceptifs. Elles sont développées dans le cadre de divers projets de coopération : FNUAP, IPPF, FPIA,...

D'une manière générale, les femmes acceptant les méthodes de contraception demeurent relativement faibles, avec d'importantes disparités entre les SMI. La prévalence contraceptive reste faible au niveau national. Une estimation fait état d'un taux de l'ordre de 1% au plan national (8). La majorité de celles qui acceptent la contraception se situe dans la tranche d'âge 20 à 29 ans (40). Cinquante quatre pour cent d'entre elles sont des ménagères, 14% des élèves et 8% des femmes salariées ou exerçant des professions libérales (40). La parité moyenne est de 4 enfants par femme favorable aux méthodes contraceptives et le taux de nullipares<sup>9</sup> parmi les femmes qui acceptent la contraception est de 1,8% (40).

Une récente enquête effectuée auprès de trois catégories socio-professionnelles de femmes âgées de 15 et 49 ans (élèves et étudiantes, fonctionnaires, vendeuses de marché) ainsi qu'auprès de prescripteurs de contraceptifs permet de préciser le profil de celles qui acceptent la contraception. Quarante six pour cent d'entre elles ont indiqué qu'elles avaient entendu parler de méthodes de planification familiale dans les formations sanitaires et 25% chez une amie. Vingt cinq pour cent des femmes interrogées utilisent une méthode contraceptive. Les contraceptifs oraux sont les plus fréquemment utilisés (45%). Suivent la méthode Ogino (18%), les préservatifs seuls (9%) ou associés à des gelées spermicides (4%), les contraceptifs injectables (9%), et d'autres produits

---

<sup>9</sup> Celles qui n'ont jamais accouché.

utilisés pour leurs effets secondaires supposés (Crinex ou même la chloroquine déposée au fond du vagin ou absorbée après les rapports sexuels).

Le poids de l'automédication est important (35%). Les autres prescripteurs sont les médecins (22%), les sages-femmes (35%) et les "agents de santé" (4,5%). Cette importante automédication se comprend quand on voit le peu de femmes qui pratiquent un bilan préalable et des examens de contrôle (45%). Quand ils existent, ces bilans et contrôles sont insuffisants, tant sur le plan qualitatif que quantitatif. A cet égard, l'évaluation des centres de SMI en 1989 (41) indique que si un examen clinique est pratiqué généralement lors de l'inscription, le bilan biologique par contre n'est jamais pratiqué. Les raisons évoquées concernent la formation insuffisante des prescripteurs, mais également un accès limité à ces examens (accessibilité financière et sous-équipement des laboratoires étatiques).

Parmi les femmes utilisant une méthode contraceptive, 61% s'approvisionnent dans une pharmacie, 17% dans un centre SMI et 4% ailleurs(40). Soixante cinq pour cent de ces femmes qui acceptent la contraception désirent encore des enfants et 90% souhaitent poursuivre la couverture contraceptive (40). Ceci traduit probablement l'expression d'une adhésion à la fonction d'espacement des naissances de la planification familiale.

La perception des femmes interrogées en matière de planification familiale, pratiquantes ou non, ne semble pas constituer un frein au développement du conseil familial. Afin de satisfaire cette demande, il faut bien entendu continuer à mettre en place des activités de planning familial. La difficulté réside là aussi dans la rationalisation de ces activités, tant sur le plan des prescriptions, du contrôle que de l'accès aux contraceptifs. Y renoncer porterait préjudice à la santé des femmes congolaises qui, dans leur majorité, ne sont pas opposées à l'utilisation de méthodes contraceptives.

### 3.2.2. LE SUIVI PRÉNATAL.

Le Congo accorde une attention particulière au suivi de la grossesse. Cette attention est traduite dans les faits par le nombre important de soins de santé maternelle et infantile sur tout le territoire ainsi que par l'application d'un système d'amendes appliqué à celles qui n'utiliseraient pas ces services. Ce suivi prénatal a pour objectif global de dépister les grossesses à risque.

Le programme minimal de surveillance prénatale comprend quatre consultations obligatoires: au moment de la déclaration de la grossesse, au cours du sixième mois, au cours du huitième mois et au cours du neuvième mois. En dehors de ce programme minimal de surveillance prénatale, les visites sont multiples pour d'autres prestations curatives ou préventives (prophylaxie antipalustre par exemple). La consultation prénatale constitue dès lors une activité importante des centres de santé, et pas seulement des SMI. Le tableau suivant reflète l'utilisation de ce service par les femmes enceintes.

Tableau 17: Utilisation des consultations prénatales par les femmes enceintes (42).

Zone géographique	Nombre moyen de CPN/femme enceinte	% des femmes enceintes ayant eu au moins 2 CPN
Brazzaville	3,8	88%
Pointe-Noire	3,5	96%
Centres secondaires	3,6	87%
Zone rurale	2,9	77%
Moyenne nationale	3,4	81%

Malgré l'impression assez bonne laissée par ces chiffres, l'adéquation et l'efficacité de la couverture prénatale sont encore insuffisantes. Par exemple on soulignera que les femmes enceintes ne

consultent pas toutes au moment voulu (généralement trop tardivement : à Brazzaville, 50% des femmes n'ont pas encore eu de consultation prénatale après 6 mois de grossesse)(43). Une étude réalisée à Loubomo (44) indique qu'au cours de ces consultations, les femmes sont interrogées, subissent des examens cliniques ou de laboratoire, sont vaccinées contre le Tétanos et reçoivent des ordonnances, mais on n'y discrimine pas les risques particuliers à la grossesse. On n'y donne pas non plus une orientation particulière à l'accouchement, y compris vis-à-vis des structures de référence. Plus généralement il semble que la fréquentation et la qualité des consultations prénatales soient limitées par trois types de facteurs :

- la pertinence des examens (cliniques ou biologiques) par rapport au degré d'avancement de la grossesse.
- la capacité du personnel de santé à discriminer les facteurs de risque et à assurer une orientation-recours adéquate en vue d'un accouchement à risque minimal. De ce point de vue, l'utilisation d'un partogramme pour chaque femme enceinte devrait permettre aux agents de santé en poste dans les maternités une meilleure maîtrise des gestes et comportements à tenir en cas d'accouchement difficile.
- la capacité financière des femmes enceintes à couvrir, dans certains établissements, les coûts du suivi prénatal. La même étude effectuée à Loubomo (44) souligne un phénomène assez commun: les dépenses moyennes encourues par les femmes enceintes fréquentant la SMI de Loubomo se répartissent de la manière suivante :
  - premier trimestre : 5.160 CFA.
  - second trimestre : 6.391 CFA.
  - troisième trimestre : 28.079 CFA soit, un total de 39.629 CFA. Le coût élevé pour le troisième trimestre est dû à la prescription de médicaments et de matériel pour l'accouchement. Remarquons que pour une somme de 1.000 CFA par femme enceinte les centres intégrés du projet SSP/Niari fournissent les mêmes prestations (non compris les frais relatifs aux accouchements).

Pour le suivi des femmes enceintes on soulignera, comme pour les autres prestations, la nécessité d'une rationalisation : offrir une surveillance prénatale adéquate et performante à un coût abordable. Pour terminer, deux activités intégrées dans la surveillance prénatale méritent d'être mentionnées :

- la couverture antipalustre des femmes enceintes.
- la vaccination antitétanique des femmes enceintes.

La couverture antipalustre des femmes enceintes fait partie du Programme National de Lutte contre le Paludisme. Elle est basée sur la prophylaxie des femmes enceintes par l'utilisation de la chloroquine (300 mg par semaine) pendant la durée de la grossesse et le traitement présumé précoce des accès fébriles. 70% des femmes ont accès à ce programme et son taux d'utilisation est de 30% (11). Trois contraintes principales affectent son efficacité:

- une information insuffisante des femmes enceintes.
- des problèmes d'approvisionnement des structures.
- la pénurie de médicaments dans le pays rend difficile la gestion des stocks de chloroquine affectés au Programme au seul profit de la population cible.

La vaccination antitétanique des femmes enceintes vise à prévenir le Tétanos néonatal. Dans le cadre d'un plan visant l'élimination de la maladie d'ici 1993, la population cible du Programme a été élargie à toutes les femmes en âge de procréer. Mais, l'essentiel des vaccinations antitétaniques est encore administré dans le cadre des consultations prénatales. Une enquête de couverture vaccinale a été effectuée en Avril 1990 parmi des mères ayant accouché au cours des 11 derniers mois (42). Les résultats ont montré que :

- 61% des enfants étaient protégés à la naissance;
- 64% des mères étaient protégées.
- 60% avaient reçu au moins 2 doses de VAT.

Ces résultats peuvent être encore améliorés en réduisant les "occasions manquées": 25% des femmes se rendant à une consultation prénatale échappent à la vaccination; 39% des femmes qui vont dans un centre de santé et dont la vaccination antitétanique n'est pas à jour ne reçoivent pas

le vaccin (42). En raison de la couverture vaccinale élevée parmi les enfants, il est recommandé que l'état vaccinal des mères soit vérifié lorsqu'elles amènent leur enfant à la vaccination.

### 3.2.3. LES ACCOUCHEMENTS.

L'accouchement dans une structure sanitaire est obligatoire: 89% des femmes accouchent effectivement dans une maternité et 11% accouchent à domicile (42). Ce pourcentage varie de 97% à Brazzaville à, chiffre plus étonnant, 78% en zone rurale (42). A Brazzaville comme à Pointe-Noire les accouchements sont pratiqués en priorité par des sages-femmes (73% des accouchements)(42). Dans les centres secondaires les sages-femmes et les infirmiers se partagent respectivement 47% et 41% des accouchements (42). En zone rurale, 61% des accouchements sont pratiqués par les infirmiers (42). La participation des accoucheuses traditionnelles est très faible (5% des accouchements en zone rurale, 0% ailleurs), ce qui correspond à la politique de médicalisation de l'accouchement choisie par le pays (42). Le danger provient du fait que la majorité des accouchements à domicile est effectuée par les parents.

Peu d'informations sont disponibles sur la qualité des accouchements. D'une façon générale, le temps d'hospitalisation est réduit au strict minimum, en particulier en ville où les lits sont insuffisants pour le nombre d'accouchements. A Brazzaville, les mères quittent très tôt la maternité (24 à 48 heures après l'accouchement). En zone rurale l'équipement en matériel d'accouchement est déficient à peu près partout. Une estimation plus précise de la mortalité maternelle et de ses facteurs favorisants devrait permettre de juger de la qualité des accouchements pratiqués dans les structures sanitaires du pays.

En principe interdit par la loi (sauf en cas d'indication thérapeutique), l'avortement reste un phénomène mal connu et mal documenté. Son existence, en nombre non négligeable, est cependant reconnue, en particulier parmi les écolières et les jeunes sans travail. Une réflexion doit s'engager afin d'apporter une solution à une situation de fait, mettant en danger la vie de jeunes femmes. Surtout lorsque ces avortements sont pratiqués dans le secteur informel.

## 3.3 Santé de l'enfant.

### 3.3.1. LA PRÉVENTION DES MALADIES.

Au Congo, comme dans bon nombre de pays Africains, les objectifs ont concerné essentiellement la prévention des maladies évitables par la vaccination (Programme Elargi de Vaccination) et le dépistage des enfants à risque de malnutrition (surveillance de la croissance). Ce dernier point sera étudié dans la partie 4, sur la nutrition.

Le Programme Elargi de Vaccination (PEV) vise la réduction de l'incidence de 6 maladies cibles (tuberculose, diphtérie, tétanos, coqueluche, poliomyélite et rougeole) par la vaccination des enfants de moins d'un an.

L'impact du PEV au Congo est démontré par la réduction importante des maladies cibles, en particulier la rougeole et la poliomyélite. Cette réduction a été obtenue grâce à une couverture vaccinale élevée et une efficacité satisfaisante.

Le Congo a atteint l'objectif de la vaccination universelle des enfants (pour l'Afrique, au moins 75% des enfants pour chaque antigène) (42). Cette bonne efficacité vaccinale a été obtenue grâce à la mise en place d'une chaîne du froid fiable. De plus, la sécurité des injections, primordiale en milieu d'endémie à HIV, a été démontrée lors de la récente revue internationale du PEV : 98% des agents vaccinateurs utilisent une seule fois aiguille et seringue. Ils stérilisent aussi le matériel d'injection dans un stérilisateur à vapeur ("cocotte-minute").

Les bonnes performances obtenues par le PEV sont, entre autres, la conséquence d'un engagement politique et d'une mobilisation sociale soutenue. Le coût du PEV congolais reste modique, par rapport à d'autres pays africains : 311 millions de CFA par an soit 5.600 francs CFA ou 22 US\$ par enfant complètement protégé (42). Cela dit, le PEV ne doit pas constituer "l'arbre qui cache

### A propos du SIDA...

De novembre 1986 à décembre 1990, le Congo a déclaré 2.405 cas de SIDA à l'OMS. La prévalence de l'infection, de l'ordre de 7,3% en 1991, atteint en proportion égale les hommes et les femmes, ceux-ci plutôt dans la tranche d'âge 30 à 39 ans et celles-là dans la tranche 20-29 ans. Cette prévalence élevée chez les jeunes femmes explique que le principal mode de transmission chez les jeunes enfants correspond au mode de transmission materno-foetal (lequel se vérifie dans 40% à 50% des nouveau-nés de mères infectées)

Indépendamment des aspects cliniques évoqués dans ces pages, le SIDA induit des dommages sociaux et économiques qu'il faut prendre en compte et auxquels il faut répondre. L'aide psycho-sociale aux malades par exemple. Il n'existe pas de structures d'accueil ou d'accompagnement des malades. Par contre, la solidarité et la présence familiales traditionnelles semblent bien fonctionner. Le malade reste à la maison au milieu des siens. Dès lors, on pourrait aider à la création d'associations et d'initiatives d'assistance aux familles de sidéens: pour les informer, les conseiller dans ce rôle d'accompagnement et de soins. Elles sont les mieux placées pour cette mission.

C'est vers les familles que pourraient aussi s'orienter les actions de mobilisation sociale: expliquer la maladie (selon un sondage rapide, 72% des malades de l'hôpital de Makélékélé croient que le SIDA est une "maladie de sorciers"), les gestes techniques et les attitudes. Un certain nombre d'informations sont connues du public congolais: le lien entre la maladie et les moeurs sexuels, l'issue de la maladie, certains modes de transmission... Des comportements changent: les classes moyennes choisissent d'avoir moins de partenaires sexuels et l'usage du préservatif se répand (surtout dans les villes). Mais tout n'est pas connu... ou mal connu. Souvent, "la maladie, c'est pour les autres" et, pour certains couples, le désir d'avoir un enfant est plus fort que la séropositivité d'un des conjoints. En l'absence de symptômes, la maladie n'existe pas, pensent-ils.

Les familles semblent être le relais obligé pour aider les malades dans leur milieu de vie. Au niveau institutionnel, des réponses sont (seront) nécessaires pour les familles dont plusieurs parents sont malades, pour les orphelins dont les parents sont décédés. A ces problèmes aussi il est urgent de penser.

la forêt". La pérennisation des acquis dépend largement de la continuation de l'aide financière extérieure qui assure, en dehors des salaires, l'essentiel des frais d'investissement et de fonctionnement. Le tableau ci-dessous estime le taux de couverture vaccinale selon deux méthodes : par sondage ou par examen des données administratives.

Tableau 18: Couverture vaccinale chez les enfants à l'âge d'un an (42).

Antigène	% d'enfants vaccinés (données d'enquêtes)	% d'enfants vaccinés (données administratives)
BCG	90%	86%
DTCog-3	79%	77%
Polio oral-3	79%	77%
Rougeole	75%	77%

Comme on le voit dans la figure 9 ci-après, les zones rurales n'ont pas encore atteint le niveau de couverture des zones urbaines. L'augmentation de la couverture vaccinale a été obtenue en grande partie par la diminution du taux d'abandon<sup>10</sup> entre 1987 et 1990. Le taux d'abandon entre le BCG et le vaccin antirougeoleux est ainsi passé de 20% à 10% entre 1987 et 1990. Le niveau de couverture vaccinale peut encore augmenter si l'on arrive à réduire le nombre "d'occasions manquées" de vaccination (12% des enfants sont incomplètement vaccinés alors qu'ils ont eu un contact récent avec un centre de santé).

L'efficacité vaccinale a été documentée lors de l'épidémie de rougeole à Brazzaville en 1990 (42). Basé sur un niveau de couverture vaccinale de 86%, le calcul de l'efficacité du vaccin antirougeoleux a donné un taux de plus de 90%. Cette épidémie fut très probablement la conséquence de l'accumulation d'enfants non protégés. En effet, vingt pour cent des rougeoleux

<sup>10</sup> Ce taux indique le pourcentage d'abandon de la médication au cours d'un traitement à long terme (la contraception, par exemple).

se trouvent parmi les enfants âgés de moins de 9 mois, donc non vaccinés. L'intérêt de pouvoir disposer dans le futur d'un vaccin administrable à partir de 6 mois (souche Edmonston-Zagreb) est ainsi démontré.

### 3.3.2. LA RÉHYDRATATION PAR VOIE ORALE.

Cette technique se situe à mi-chemin entre les activités de prévention et les activités curatives. En effet, la Réhydratation par voie orale (RVO) vise tout à la fois à prévenir et à traiter la déshydratation d'origine diarrhéique. La thérapeutique adoptée consiste en l'utilisation d'une solution salée-sucrée en première intention et pour tous cas de diarrhée. En cas d'aggravation ou d'apparition de signes de déshydratation orale, l'enfant est alors réhydraté dans les unités de RVO. Longtemps confiné aux seules grandes cités urbaines, le Programme National de Lutte contre les Maladies diarrhéiques intéresse maintenant 125 centres de santé (11). D'une réalisation techniquement plus simple que le P E V, ce programme n'a pas encore atteint l'impact voulu: si l'accès à des unités de RVO en principe opérationnelles est correct (70%), la couverture de la population cible est limitée: 25% des enfants diarrhéiques de Brazzaville bénéficient d'une réhydratation par voie orale à domicile ou au centre de santé, contre 27% à Pointe-Noire (11). La figure 10 détaille les modes de traitement lorsque l'enfant est traité à domicile ou dans un centre de santé (13). Le recours à un

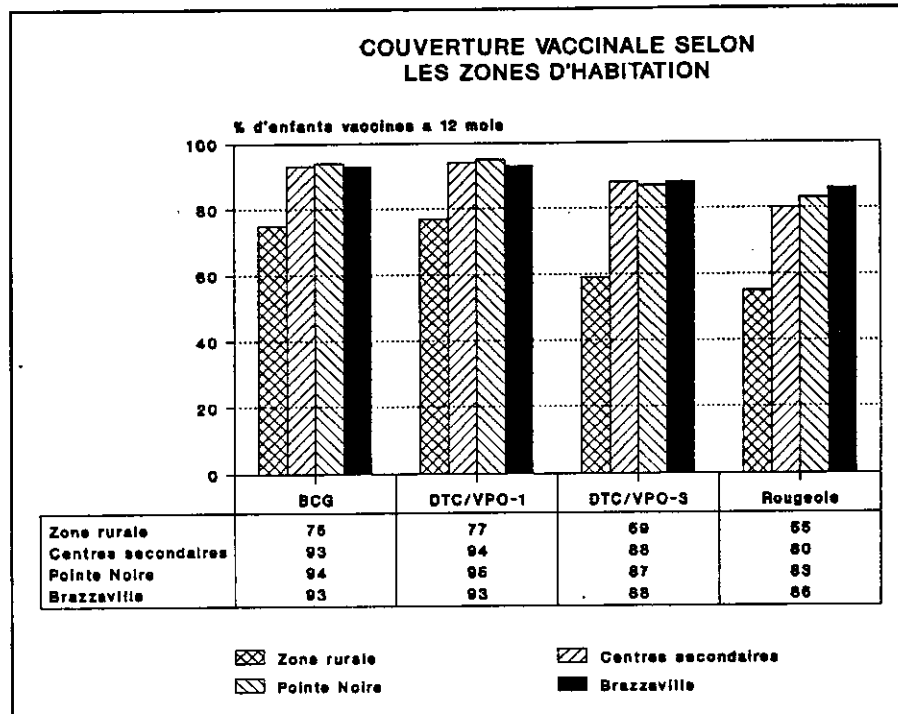


Figure 9

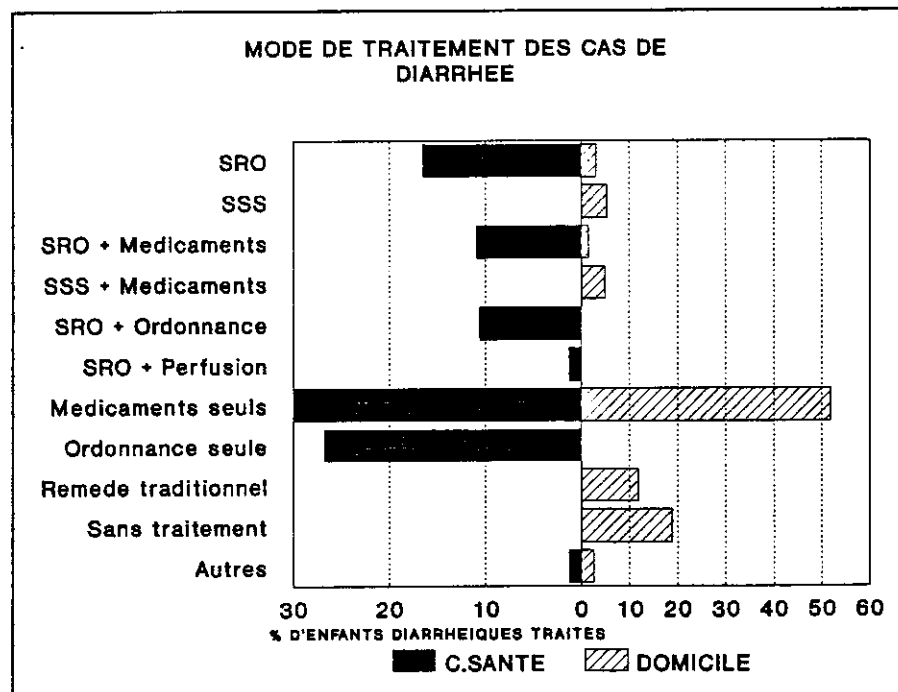


Figure 10

centre de santé se fait dans 40% des cas. L'impact de ce programme est affecté par les éléments suivants:

- un soutien politique et une mobilisation sociale très inférieure à celle du PEV. L'adhésion des agents de santé à cette technique, est encore mitigée.
- une résistance de la communauté médicale, encouragée par la pression des délégués médicaux.
- une réhydratation par voie orale qui consiste trop souvent en une simple distribution de sachets de sels de réhydratation aux mères des enfants diarrhéiques.
- une logistique encore insuffisante. S'il n'existe pas de rupture de stock au niveau central, par contre la distribution vers les centres périphériques est perfectible.
- une information des mères qui doit être plus explicite sur les conduites à tenir en cas de diarrhée.

### 3.3.3. LA PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE DES MALADIES DE L'ENFANT.

Il s'agit de la consultation des enfants malades dans les différents types de structures sanitaires.

L'utilisation de ces services semble en perte de vitesse, au profit des établissements privés, reconnus ou non. Les raisons le plus fréquemment avancées concernent à la fois l'accueil, l'absence de médicaments et la qualité de l'examen. Une récente enquête effectuée dans 6 centres de SMI de Brazzaville indique que dans 93% des cas, les enfants venant en consultation pédiatrique repartent avec une ordonnance (29). Dans 38% des cas, l'enfant repart également avec des médicaments. L'examen est souvent superficiel : dans cette même étude, les agents de santé ont examiné la gorge d'à peine 25% des enfants en état fébrile associé ou non à d'autres signes (toux, rhume,...). D'autres observations tendent à indiquer qu'une grande réserve pèse sur la qualité des consultations des enfants malades.

Un dernier aspect concerne le traitement des crises de paludisme. La politique du Programme National de lutte contre le Paludisme prévoit le traitement présomptif précoce des accès fébriles par la chloroquine. En 1990, le Programme rapporte 100.127 consultations pour des fièvres soit, 13% des accès fébriles estimés dans la population cible en un an (11). Parmi les enfants venus en consultation, 73% ont reçu un traitement par chloroquine (11).

## 3.4 Promotion de la santé des enfants et des mères.

Cet aspect concerne l'environnement et l'éducation à la santé. L'approvisionnement en eau potable, l'élimination des excréta et des eaux usées ainsi que l'hygiène du milieu sont des facteurs fondamentaux de la promotion de la santé des enfants et des mères.

### 3.4.1. L'APPROVISIONNEMENT EN EAU.

Selon l'étude socio-urbaine du CRETH (45), un tiers des ménages de Brazzaville, Pointe-Noire et Loubomo bénéficient de l'eau courante. Parmi les quelques 746.000 urbains ayant accès au réseau de distribution public, seulement 6.000 sont abonnés. Par contre, la sous-location des branchements et la vente de l'eau au détail sont généralisées<sup>11</sup> Ce type de sous-location concerne 56% des ménages à Brazzaville et 44% des ménages à Pointe-Noire (45). L'eau du fleuve ou de pluie est utilisée par près de 10% des ménages à Brazzaville et 23% à Pointe-Noire (45).

---

<sup>11</sup> "L'abonnement" mensuel auprès d'un tiers possédant un branchement individuel coûte entre 500 et 2.000 francs par mois selon le nombre de seaux. L'achat au détail se fait au prix moyen de 10 francs le seau... soit 100 fois plus que le prix du litre pour l'abonné "officiel".

**Tableau 19: Modes d'approvisionnement en eau de boisson (23). (% de ménages)**

Origine de l'eau de boisson	Centres 2daires Sud	Centres 2daires Nord	Zone rurale Sud	Zone rurale Nord
<b>ROBINET :</b>				
- à domicile	2,6	0,5	0,0	0,0
- à l'extérieur	11,2	0,5	0,0	1,2
<b>POMPE :</b>				
- à domicile	3,1	0,2	0,0	0,0
- à l'extérieur	9,6	22,6	0,2	0,2
<b>PUIT :</b>				
- à domicile	8,2	6,5	0,7	1,2
- à l'extérieur	18	9,7	8,8	10,6
<b>PLUIE :</b>	0,2	2,3	4,4	6,2
<b>SOURCE :</b>	43,6	38,2	69,2	40,5
<b>RIVIERE :</b>	3,3	19,6	16,4	40,1
<b>INCONNU :</b>	0,2	0,0	0,2	0,0
<b>TOTAL :</b>	100,0	100,0	100,0	100,0

En milieu urbain la limite imposée par l'accessibilité financière est évidente. Un branchement individuel au réseau public coûte entre 50.000 et 100.000 CFA. Seule les communes de Brazzaville et de Pointe Noire disposent d'un réseau public de distribution dont le produit est conforme aux normes OMS. L'enquête nationale sur l'état nutritionnel des enfants d'âge préscolaire (23) donne des indications précieuses sur l'approvisionnement en eau en zone rurale (voir Tableau 19).

Selon les résultats de cette étude, la présence d'un robinet est un phénomène rare dans les zones rurales du Sud<sup>12</sup>. Disponible pour 3,8% des ménages des centres ruraux du Sud, il est plus souvent placé à l'extérieur du domicile et utilisable par plusieurs ménages. Il en va de même pour les pompes, aménagées sur des réserves non souillées, qui sont des installations collectives décidées au niveau local. Le principal mode d'alimentation en eau en zone rurale est la source. Ces sources sont généralement situées au pied des collines. L'eau jaillit à travers un sable de fine granulométrie. Elle est ensuite stabilisée dans un bassin collecteur à ciel ouvert. La stagnation de l'eau, dans ces bassins où sont accumulés des feuilles mortes, favorise le développement de larves de toutes sortes, de têtards et de moustiques. Ces sources peuvent présenter deux types d'aménagement : le premier est sommaire, réduit à l'installation d'une canalisation en bambou qui permet de recueillir l'eau de la source. Souvent, les eaux perdues ne sont pas drainées. Le second type d'aménagement consiste en la construction d'un bassin de collecte en dur. L'ouvrage est pourvu d'une canalisation de recueil de l'eau. Il faut noter que dans certains villages (dans les Plateaux notamment), la pluie est le mode d'approvisionnement principal à certaines saisons, les points d'eau permanents étant particulièrement éloignés des villages. Les eaux de pluie sont alors recueillies dans des impluvia (bassins de collecte, sous terre).

#### 3.4.2. L'ÉLIMINATION DES EXCRETA.

En milieu urbain, une étude de 1988 menée dans 1.094 parcelles (46) a montré que :

- 42% des parcelles disposaient de latrines à fosses simples (2-3 mètres de profondeur) sans

<sup>12</sup> Si l'on rapporte l'accès à l'eau potable en milieu rural au niveau du PNB par habitant, le Congo est largement à la traîne des autres pays de la région. Ainsi, le Burkina Faso et le Niger, pourtant des pays bien plus pauvres que lui, ont des ratios 20 fois plus élevés.



- aménagement et avec abri sommaire.
- 28% des parcelles disposaient de latrines à fosse étanche avec abri construit en matériaux durables.
- 14% disposaient de fosses septiques.
- 2% disposaient de tinettes et autres systèmes automatiques.
- 12% ne disposaient d'aucune installation.

Par ailleurs 56% de ces installations constituaient une source de pollution du sol, des eaux de ruissellement et des nappes phréatiques.

Dans les établissements publics tels que les écoles, les dispensaires, les administrations publiques, les marchés, les installations sanitaires ne sont pas entretenues, ce qui les rend inaccessibles aux usagers. Notons que le coût d'une installation varie de 10.000 F CFA pour une latrine à fosse simple à plus de 400.000 F CFA pour un système à chasse d'eau avec fosse septique et puits fendu.

En milieu rural, l'enquête nutritionnelle nationale (23) fournit les indications suivantes:

Tableau 20: Equipement des habitations en latrines (% des ménages)(23)

Equipement sanitaire	Centres 2daire Sud	Centres 2daire Nord	Zone rurale Sud	Zone rurale Nord
Présence de latrines	90,0	86,4	72,9	60,1
Absence de latrines	9,8	13,6	26,9	39,9
Inconnu	0,2	0,0	0,2	0,0
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Selon les résultats de cette étude, les centres secondaires sont bien équipés en latrines (90% dans le sud et 86,4% dans le nord). Dans les zones rurales la situation est moins bonne (26,9% des ménages au sud et 39,9% des ménages au nord sont équipés de latrines).

**Pour une politique de l'eau ...**

D'après les Nations-Unies, le Congo se situe dans les derniers rangs mondiaux pour la couverture en eau potable et l'assainissement. Seul 21 % de la population, soit 420.000 personnes avaient accès à l'eau potable en 1987, ce pourcentage tombant à 7 % pour le milieu rural, soit 80.000 personnes. Ce taux d'accessibilité en milieu rural est le deuxième le plus faible au monde après le Kampuchea. Le rapport PNB par habitant et taux de couverture rurale sont, de loin, les plus défavorables de la planète.

Pourtant le Congo possède un réseau hydrographique abondant avec des émergences fréquentes de la nappe (sources) et une bonne pluviométrie (1 000 à 2 500 mm par an), bien répartie dans le temps. Le problème de l'approvisionnement en eau se pose en termes de qualité plutôt que de quantité.

La politique nationale, actuellement en chantier, se propose de passer à des taux de couverture de 100 % en eau potable et de 80 % en assainissement. Elle repose sur une restructuration des institutions intervenants en évitant le chevauchement des mandats et l'éclatement actuel des interventions, sous la coupe d'un Comité interministériel (Comité National de l'Eau et de l'Assainissement), une meilleure définition juridique et un appui législatif. Elle vise une meilleure programmation par une meilleure connaissance et une meilleure gestion des ressources, le développement de technologies appropriées et le recouvrement des coûts de fonctionnement par les bénéficiaires. En milieu rural, des systèmes d'entretien-maintenance autonomes doivent assurer la pérennité des ouvrages. Ceci pour éviter de centraliser ces systèmes de maintenance au niveau exclusif des structures de chaque projet, comme c'est le cas actuellement. Les activités d'accompagnement (animation, éducation pour la santé) seront aussi valorisées dans la nouvelle proposition politique.

### 3.4.3. L'évacuation des eaux usées et des déchets solides.

Il ressort d'une enquête réalisée à Brazzaville en 1987 (47) que 9% de la population déversent les eaux dans un puisard et 91% recourent à des décharges incontrôlées.

Ces eaux usées domestiques sont essentiellement constituées des eaux de cuisine et de lessives. Elles sont déversées :

- sur le sol, à l'intérieur même de la concession ou de l'habitation, parfois dans la rue;
- dans les fosses d'infiltration, creusées à l'intérieur de la concession;
- dans des canaux à ciel ouvert dont les eaux stagnent, faute d'entretien du réseau, et constituant de ce fait des foyers de développement et de reproduction des moustiques et autres espèces vectorielles. Les eaux usées industrielles provenant des hôpitaux, hôtels ou entreprises sont déversées dans un réseau d'égouts embryonnaires et vétustes. Les eaux ainsi collectées sont ensuite évacuées dans le milieu naturel. Seul le Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville dispose d'une station d'épuration des eaux usées. En milieu rural il n'existe aucun système d'évacuation des eaux usées.

Dans les grands centres urbains, le conditionnement des ordures ménagères se fait dans des récipients de récupération : seaux usés, tonneaux coupés à mi-hauteur, etc.. Ils sont placés à distance plus ou moins raisonnable des habitations. Ces poubelles de fortune demeurent ainsi longtemps avant leur collecte et l'élimination finale des ordures.

Dans le meilleur des cas, la collecte des ordures est effectuée par la municipalité. Autrement, l'élimination des ordures est laissée à l'initiative individuelle... décharges incontrôlées dans les rues, les parcelles inhabitées, les ravins ou les cours d'eau qui traversent les agglomérations. Même les établissements publics, marchés, écoles ou centres de santé recourent à ces décharges sauvages.

Enfin, individuelle ou public, l'élimination "définitive" des ordures et autres déchets solides se fait essentiellement en décharges à l'air libre ou dans l'eau. Les décharges à l'air libre constituent d'importants foyers de reproduction et de développement de la vermine.

### 3.5. Education pour la santé.

C'est le Service de l'Education pour la Santé de la Direction Nationale des Soins de Santé Primaires et de la Section de l'Education pour la Santé de la Direction de la Santé de la Famille qui s'occupe officiellement de l'éducation à la santé.

Les deux canaux les plus utilisés sont les média nationaux (essentiellement la radio et la télévision) et l'organisation de séances d'éducation dans les SMI.

Des efforts particuliers ont été réalisés dans des domaines bien précis comme le Programme Elargi de Vaccination, la lutte contre le SIDA, la promotion de l'allaitement maternel, des techniques de sevrage, de la solution salée sucrée et de la surveillance de la croissance.

Dans les SMI, les outils développés pour faciliter la diffusion de l'information ont consisté en boîtes à image, dépliants, autocollants et affiches. Des clips, des spots ou des sketches véhiculant des messages bien précis ont été réalisés à l'usage des média.

L'impact de ces messages est très peu documenté, à l'exception de l'impact du clip vidéo sur la vaccination (voir à ce propos la figure présentée dans la partie "Mobilisation sociale"). En fait, ces supports sont fréquemment élaborés selon une méthodologie incomplète. Par exemple, il est rare qu'ils soient testés avant d'être diffusés. De plus, leur diffusion par les média est souvent trop courte ou trop espacée pour induire un effet positif.

L'éducation pour la santé, en tant qu'incitant et stimulateur des services de santé, n'est pas encore globalement perçue comme une composante à part entière du système de santé. Le problème de coordination, déjà observé, se vérifie également dans ce secteur de l'éducation pour la santé. Les initiatives les plus dynamiques ont jusqu'à présent été l'apanage de projets ou de programmes que l'on peut qualifier de "verticaux" : projet NUTED, Programme de Lutte contre le SIDA, Programme Elargi de Vaccination.

#### IV.

### LES COMPORTEMENTS ET RECOURS THERAPEUTIQUES

#### 1. LES DIFFERENTS MODES DE RECOURS THERAPEUTIQUE.

"A qui les malades s'adressent-ils pour se soigner? " "Quels sont les modes de recours thérapeutique les plus fréquemment utilisés par la population congolaise?" Et, plus particulièrement, quels sont les recours thérapeutiques de la mère et de l'enfant?"

Dans les grandes villes, l'offre thérapeutique est caractérisée par une multiplicité de recours possibles, "traditionnels" ou modernes, publics et officiels, privés et semi-clandestins (38). En zone rurale, l'éventail est plus réduit mais l'opposition entre moderne institutionnel et informel "moderne" ou "traditionnel" subsiste.

Les informations disponibles pour déterminer l'importance des différents modes de recours sont peu nombreuses. Elles concernent essentiellement le secteur urbain (plus de 60% de la population totale du Congo).

Les résultats d'une enquête récente effectuée auprès de mères se présentant à la consultation dans une SMI et auprès d'habitants des quartiers de Brazzaville (38) indiquent que le recours de loin le plus utilisé concerne les établissements sanitaires publics tant pour les activités préventives que pour le traitement des maladies. Dix pour cent des personnes interrogées affirment avoir recours à d'autres modes (herboriste, pasteur) ou à tous les modes successivement.

Ces résultats doivent probablement être interprétés avec précaution en tenant compte des biais de l'étude: sélection de l'échantillon, difficulté à susciter des réponses franches sur le recours au secteur informel ou traditionnel. Cette étude indique que le recours à l'informel est important (voir encadré: "La santé et le secteur informel"). La pratique de l'infirmier privé n'exclut nullement celle du dispensaire (38). Les patients, pour la même maladie, effectuent couramment le va-et-vient entre les deux structures (38). Il semble néanmoins que le choix d'un infirmier de quartier ne soit pas exclusivement dicté par une appréciation négative du service public. La nature même des prestations offertes par le secteur informel de la santé semble particulièrement adaptée à la demande et aux capacités financières des patients (38).

Certaines prestations comme les vaccinations, les consultations prénatales ou l'accouchement, sont effectuées de façon quasi monopolistique par le secteur public. Pour des raisons diverses: réputation d'efficacité et de disponibilité, contraintes quasi-légales. Elles sont devenues partie intégrante de la culture médicale des mères.

Dans la grande majorité, le mode thérapeutique utilisé est médicamenteux (95%)(38).

#### 2. LES DETERMINANTS DU RECOURS THERAPEUTIQUE

"Quels sont les éléments guidant le choix des utilisateurs vers tel ou tel recours ?" Quatre déterminants semblent intervenir de façon prioritaire dans le choix des utilisateurs :

##### 2.1. L'OBJECTIF DU RECOURS

Le soulagement des symptômes constitue apparemment et normalement l'essentiel de la préoccupation des consultants. On ne consulte pas pour savoir de quoi l'on souffre mais bien dans l'espoir de recevoir les médicaments et les actes qui supprimeront les douleurs. Au dispensaire, le malade a l'impression d'être "examiné mais jamais traité": "*on voudrait d'abord être soulagé, la visite viendra après*". Les examens, le diagnostic lui-même, comme l'ordonnance qui les suit sont alors considérés, non comme des outils de guérison mais comme des obstacles au traitement. Les patients repartent les mains vides avec le sentiment d'avoir été floués et de n'être l'objet d'aucune considération de la part du personnel soignant; "*Tu vas en état de souffrance et on te met directement sous ordonnance*".

## 2.2 LA DISPONIBILITÉ ET L'IMMÉDIÉTÉ DES SOINS.

Malgré un usage important du service public, en tout cas en première intention, ce dernier ne semble pas réunir les conditions de disponibilité et d'immédiété des soins propres à satisfaire la demande. Il n'est pas rare qu'une mère venant faire vacciner son enfant passe toute la matinée au centre de santé alors que l'acte lui même ne requiert guère plus de 5 minutes. La longue attente dans les cours et les halls bruyants aboutit bien souvent à la prescription d'examen préalable dont l'exécution retarde d'autant le début du traitement (38). Pour l'infirmier de quartier, comme pour son patient, peu importe au fond la phase diagnostique, et peu importe au malade le niveau de formation théorique du soignant : son rôle est de mettre aussitôt en oeuvre un traitement des symptômes, et de bien accomplir les actes techniques: pansements, injections, perfusions, etc..(38). On lui confie même souvent l'administration d'un traitement prescrit au dispensaire, alors que celui-ci pourrait y être exécuté gratuitement (38).

## 2.3. LA QUALITÉ DU TRAITEMENT.

Comme indiqué précédemment, il semble que la préoccupation première des usagers soit l'apaisement le plus immédiat possible des symptômes (de la douleur). Malheureusement, les structures publiques qui fournissent un diagnostic de meilleure qualité, ne sont généralement pas en mesure d'offrir au patient l'enchaînement diagnostic-traitement. Ceci en raison du manque de médicaments ou de prescriptions d'ordonnances. L'usager devra alors avoir recours à une officine privée. A la différence de son collègue du dispensaire, le praticien privé ne "néglige" pas ses clients: *"on soigne bien, c'est payant"*. La gratuité du dispensaire, synonyme de soins médiocres, est alors réservée aux périodes de difficultés pécuniaires. Le choix du recours est également motivé par des souhaits très précis. En cas de paludisme, un motif fréquent de consultation, les malades, munis de chloroquine et d'une ordonnance fournis par le dispensaire, se rendent auprès d'un praticien de quartier qui leur injectera du Quinimax ou leur posera une perfusion. L'injection est parfois comparée aux méthodes traditionnelles à base d'incisions. La sensation physique et la douleur ressentie au moment de la pique sont les gages de l'entrée en action du produit traitant. Cette préférence mérite d'être prise en compte puisqu'elle joue un rôle déterminant dans le recours thérapeutique. D'une manière générale, les éléments d'appréciation, forcément subjectifs, de l'efficacité des produits tiennent à leur conditionnement, la présentation de leur étiquette ou la consonance de leur nom (38).

## 2.4 L'ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE.

Lorsqu'il quitte le dispensaire public, le malade est généralement muni d'une ordonnance généreuse, dont les frais sont entièrement à sa charge... à moins qu'il fasse partie des salariés privilégiés de quelques entreprises privées (38). Il n'est pas toujours simple de réunir, même en faisant appel à des contributions familiales, l'argent nécessaire à l'achat des produits prescrits (38). C'est ainsi qu'en moyenne un médicament sur quatre n'est pas acheté (34). Et, ceux qui ne sont pas achetés ne sont pas toujours les moins indispensables au traitement. Le choix s'opère en fonction du coût, de l'apparence ou des conseils du pharmacien.

Si la consultation privée est payante, elle permet un règlement fractionné des frais de traitement, plus adapté à la structure des revenus non salariés (38). La vente de médicaments au "micro-détail" permet aussi au malade de n'acheter que la quantité de produits réellement utilisée (38). La variable économique constitue donc une motivation importante dans la fréquentation des officines de quartier: on s'adresse parfois successivement à plusieurs d'entre elles avant de trouver le traitement le moins cher (38).

Les médicaments par voie orale sont les moins chers mais il ne suffisent pas à expliquer leur choix thérapeutique. Des actes très courants comme les injections et les perfusions sont parfois pratiqués systématiquement. En cas de paludisme, la perfusion est facturée en moyenne 5.000 CFA, or le traitement habituel en comprend trois (38). Enfin, les honoraires perçus par les médecins et assimilés, en principe justifiés par leur haut niveau de qualification, atteignent des sommes assez élevées (38). Dans ces conditions, le taux de fréquentation des praticiens privés, qui s'élève régulièrement en fin de mois lors du versement des salaires, semble d'abord motivé par la "qualité" de leurs prestations.

## La santé et le secteur informel.

Les éléments rapportés ici sont empruntés à une étude réalisée par l'ORSTOM en 1987 (38), donc avant la libéralisation de la médecine, intervenue en 1988. Cela dit, les éléments de cette étude restent valables dans la mesure où la médecine libérale n'a pas vraiment "explosée" depuis.

"Cette étude s'est intéressée au dense réseau des officines privées qui constitue dans les quartiers un véritable secteur "informel" de la santé. Soixante dix neuf "infirmiers" ont pu être recensés dans une partie des quartiers Est de la ville (de Brazzaville), qui regroupent environ 170.000 habitants. Du fait de sa semi-clandestinité, ce réseau sanitaire parallèle est d'une assez grande hétérogénéité tant par le niveau de qualification des praticiens que par l'état de l'installation matérielle. La moitié des soignants recensés travaillent le matin dans l'établissement officiel. Les autres exercent en permanence leurs activités de quartier, leur source de revenu principale.

Parmi ces "soignants informels" et occasionnels venus de la fonction publique, on trouve seulement une douzaine de médecins et assimilés (assistants sanitaires exerçant fréquemment les responsabilités d'un médecin dans les dispensaires). Plusieurs d'entre eux sont associés en cabinets de groupe. Ils sont plus nombreux dans les quartiers populaires les plus anciens, les plus fréquentés et les plus proches du centre ville. Il y a quelques rares infirmiers diplômés d'Etat parmi les autres salariés de la fonction publique, mais la plupart sont de simples infirmiers brevetés, aides-soignants ou agents techniques de santé. Ils exercent à domicile l'après midi, le dimanche, après leur service et grâce au matériel et aux produits empruntés à ce "service".

Les infirmiers "permanents" sont une douzaine d'agents de santé retraités : à l'exception de quelques élèves infirmiers en cours de scolarité, les autres ont acquis leurs connaissances pratiques hors des filières officielles de formation. Certains enfin ont appris le métier chez un praticien âgé possédant, sinon toujours une qualification théorique "orthodoxe", au moins une longue expérience. La décision d'entrée en apprentissage est l'affaire du père ou de l'oncle maternel qui prend contact, directement ou par l'intermédiaire de relations communes, avec le patron pressenti. Celui-ci, infirmier breveté et retraité, est invité à présenter ses conditions: 30 000 francs, une dame-jeanne de vin rouge, deux coqs de village et deux gros pains de manioc pour

cet infirmier breveté retraité qui exerce aujourd'hui avec l'aide d'un "petit". En apprentissage depuis maintenant deux ans, le futur "infirmier" espère un jour exercer à son compte... lorsque son patron le jugera prêt. Si la plus grande partie des infirmiers permanents exerce sans aucune qualification sanctionnée par un titre officiel, ce secteur "informel" de la santé possède donc les moyens de se perpétuer et de se développer, grâce à un système interne de formation à la valeur socialement reconnue.

L'installation est parfois très sommaire, voire nulle dans le cas de cet infirmier ambulancier, trousse en bandoulière, qui offre ses services à travers les quartiers. De nombreux praticiens, en particulier les agents des dispensaires, exercent tout simplement dans une pièce de leur domicile, où sont stockés quelques médicaments, des seringues, un réchaud. La plupart des infirmiers permanents, en revanche, travaillent dans un petit cabinet, de taille souvent réduite, équipé d'une table et d'un matelas où s'allongent les patients sous perfusion.

La fréquentation des infirmiers de quartier (tenant compte des inégalités de clientèle entre les praticiens) peut s'établir à 3 nouveaux cas par jour au moins, soit plus de 65.000 nouveaux cas chaque année pour l'ensemble des officines recensées dans la zone d'étude: trois fois la clientèle d'un dispensaire de taille respectable à Brazzaville. Ce réseau sanitaire parallèle tient donc une place importante dans le fonctionnement du système de soins de la capitale. Tout malade est susceptible d'y avoir un jour recours.

Si la consultation privée est payante, elle permet en revanche un règlement fractionné des frais de traitement, plus adapté à la structure des revenus non salariés. L'infirmier, qui possède une petite réserve de médicaments, en administre lui même la dose journalière dès la première visite, et ce jusqu'à la fin du traitement. La patient acquitte à chaque fois une somme de 500 à 900 francs pour la consultation et les produits.

Contrairement au dispensaire, qui ne fonctionne normalement que le matin, les infirmiers privés sont disponibles en permanence et pour tous les

cas d'urgence. Surtout s'ils exercent à domicile. Les quelques malades, qui attendent tout en conversant dans la cour ou dans un cabinet aménagé à cet effet sont des voisins du quartier. Ils connaissent leur infirmier et sont assurés de la qualité de son accueil et de la rapidité des soins prodigués.

Une quinzaine des infirmiers rencontrés associent soins modernes et "traditionnels". Certains ont simplement appris, par un enseignement scolaire ou des lectures, l'usage de quelques plantes médicinales. Le traitement d'une diarrhée infantile associe systématiquement lavement "traditionnel" et perfusion de glucose et de "remontant". Monsieur Thomas, assistant sanitaire retraité de l'hôpital général, exerce dans sa propre parcelle avec l'aide de deux à trois infirmiers et de son épouse, laborantine dans un grand dispensaire. Il soigne bien sûr les maladies "modernes" mais aussi, grâce à un don transmis par son père, pasteur protestant et "guérisseur spirite", les affections traditionnelles. Sa double compétence, qui lui vaut une clientèle abondante, l'autorise à choisir ses patients, déterminant tout d'abord la nature de la maladie, associant le cas échéant thérapie moderne et traditionnelle pour venir à bout de certains symptômes récalcitrants. Quoiqu'il s'en défende et prétende limiter son intervention à l'usage raisonné de plantes médicinales, Mr. Thomas pratique aussi une forme de divination néo-traditionnelle. Son discours affecte en permanence une phraséologie pseudo-scientifique, rejetant par principe tout aspect magique, attitude qui atteste une tentative d'ajustement et la difficulté, pour l'infirmier-guérisseur, de définir son statut et son identité entre deux pôles en principe opposés."

## V.

## LES PROBLEMES DE SANTE PRIORITAIRES.

Identifier les problèmes de santé prioritaires est indispensable pour allouer de façon plus rationnelle les ressources disponibles. La fourniture de soins de santé primaires efficaces doit se baser sur l'identification d'un nombre limité de problèmes de santé: les plus sévères en terme de morbidité, de létalité ou de handicap; ceux pour lesquels des interventions ayant un rapport coût-efficacité élevé et acceptable par la population existent. Ces interventions doivent être ensuite intégrées dans les structures de santé de façon à éviter les doubles-emplois et à augmenter l'accès aux soins.

L'idée de recourir à un mode de calcul pour l'identification des priorités est attrayante: elle permet de limiter l'aspect subjectif du jugement. Ce mode de calcul aboutit à l'établissement d'un "score". Plusieurs types de scores peuvent être utilisés et celui que nous proposons ici a été développé pour mettre en relief le degré de létalité de la maladie considérée. Il coïncide avec les préoccupations de l'UNICEF liées à la survie des enfants. Ce score est la combinaison de 5 facteurs :

- l'ampleur de la maladie (incidence ou prévalence).
- la sévérité de la maladie (létalité)
- l'efficacité des mesures préventives ou curatives (dans la mesure où elles existent.)
- l'acceptabilité sociale de ces mesures.
- le coût des mesures de contrôle.

Pour chaque critère, une échelle de valeurs a été établie. Ces échelles sont les suivantes:

<u>AMPLEUR (a):</u>	<u>Code</u>	<u>Incidence / Prévalence</u> <u>(cas/1,000 enfants 0-5 ans)</u>
	2	0 -
	4	1 -
	6	10 -
	8	100 -
	10	500-1,000

<u>SEVERITE (b):</u>	<u>Code</u>	<u>Létal. (décès pour 1 000 cas)</u>
	0	0 -
	2	0,5 -
	4	1 -
	6	10 -
	8	100 -
	10	500-1,000

<u>EFFICACITE (c+d):</u>	<u>Code</u>	<u>Efficacité des mesures</u> <u>préventives(c)/curatives(d)</u>
	0	nulle
	0,5	faible
	1	moyenne
	1,5	élevée

Chaque type de mesure est quantifiée. Les codes de chacun sont ensuite additionnés.

<u>ACCEPTABILITE</u> <u>SOCIALE</u>	<u>Code</u>	<u>Acceptabilité sociale des mesures</u> <u>correctrices:</u>
	0	faible
	0,5	moyenne
	1	élevée

<u>COUT (f):</u>	<u>Code</u>	<u>Coût économique des mesures</u> <u>correctrices</u>
	0	élevé
	0,5	modéré
	1	faible

Le score de chaque maladie est donné par la formule suivante:

$$S = AB(C + D)(E + F)/3$$

Le degré de priorité des maladies est directement proportionnel à son score.

Ce score a été appliqué à l'identification des maladies prioritaires chez les enfants de moins de 5 ans. Un certain nombre de maladies n'ont pu être incluses dans l'analyse en raison du manque d'informations disponibles. Nous recommandons qu'elles fassent l'objet de recherches complémentaires. Il s'agit:

- des anémies et des maladies de carence autres que les troubles dus aux carences en iode (TDCI)
- des maladies congénitales autres que la drépanocytose.
- des conséquences des accouchements dystociques.
- des ictères.
- des méningites.
- des épilepsies et des maladies neuropsychiques.
- des kwashiorkor et marasme.
- des maladies ophtalmologiques.
- des maladies cardiologiques.
- des maladies de l'appareil locomoteur.

La grille de la page suivante indique les résultats de cette technique appliquée aux maladies infanto-juvéniles les plus courantes: le paludisme, les maladies diarrhéiques, les infections respiratoires aiguës (IRA), le SIDA et la Tuberculose. La Poliomyélite et le Pian ne sont pas prioritaires, la première si la couverture vaccinale se maintient au niveau actuel, le second parce qu'il frappe des populations très limitées et localisées. Il est évident que ce score doit être nuancé par des considérations éthiques. Notamment lorsqu'il s'agit de pathologies, facilement prévisibles ou curables, affectant des populations peu nombreuses mais difficiles d'accès.

Cette technique de score aurait pu trouver deux autres applications, à savoir :

- l'identification de problèmes prioritaires pour les femmes.
- l'identification de problèmes prioritaires en raison du handicap (moteur ou psychique).

Malheureusement, les informations disponibles pour ces applications sont insuffisantes. Là aussi des recherches complémentaires sont indispensables.



SCORE DE PRIORITE EN FONCTION DU CRITERE PRIORITAIRE DE MORTALITE (INFANTO-JUVENILE)

MALADIE	AMPLEUR	SEVERITE mortalité	EFFICACITE préventive	DES MESURES curative	ACCEPTABILITE sociale	COUT	SCORE	RANG
PALUDISME	10	4	1.5	1.5	1	0.5	60	1
MAL. DIARRHEIQUES	10	4	1.5	1.5	1	0.5	60	1
I.R.A.	8	6	0.5	1.5	1	0.5	48	3
SIDA	4	10	1.5	0.5	1	0.5	40	4
TUBERCULOSE	4	6	1.5	1.5	1	0.5	36	5
HELMINTHIASES	10	2	1	1.5	1	1	33	6
TRYPANOSOMIASE	2	10	1	1.5	1	0.5	25	7
FAIBLE POIDS NAISS.	8	6	1	0	1	0.5	24	8
ROUGEOLE	2	6	1.5	1.5	1	1	24	8
DIPHTERIE	2	6	1.5	1	1	1	20	10
TETANOS NEONATAL	2	10	1.5	0	1	1	20	10
DERMATOSES	8	2	1	1.5	1	0.5	20	10
COQUELUCHE	2	4	1.5	1.5	1	1	16	13
DREPANOCYTOSE	6	8	0	1	1	0	16	13
TRAUMATISMES	6	4	1	1	1	0	16	13
SHISTOSOMIASE	4	2	1	1.5	1	1	13	16
PIAN	2	4	1	1.5	1	1	13	16
POLIO.	2	6	1.5	0	1	1	12	18
TDCI	2	2	1.5	1.5	1	1	8	19

$$\text{Score} = ab(c+d)(e+f)/3$$

## **VI. PERSPECTIVES.**

### **1. OBJECTIFS DE REDUCTION DE LA MORTALITE ET DE LA MORBIDITE.**

- ▶ Ramener la mortalité infantile de 124 pour mille à 80 pour mille naissances vivantes;
- ▶ Réduire de 30% la mortalité maternelle;
- ▶ Réduire de 25% la prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants en âge pré-scolaire
- ▶ Réduire de 80% par rapport à son niveau de 1990, l'incidence de la rougeole chez les moins de 5 ans;
- ▶ Eradiquer la poliomyélite et le tétanos prénatal;
- ▶ Réduire de 10% par rapport au niveau de 1990, la mortalité des enfants de moins de 5 ans liée aux maladies diarrhéiques.

### **2. LES PROBLEMES PRIORITAIRES.**

Nous avons vu quelles étaient les principales causes de la morbidité et de la mortalité élevées des enfants et des mères. Les causes immédiates portent des noms de maladies (paludisme, SIDA, avortements, ...) mais il existe aussi des causes sous-jacentes et des causes structurelles qu'il importe de connaître, d'appréhender et de combattre. Elles vont l'objet de notre attention.

#### **2.1. Les causes sous-jacentes.**

- ▶ un accès insuffisant à des structures de soins offrant des services décentralisés, permanents et polyvalents;
- ▶ l'intégration insuffisante des soins dans les structures existantes;
- ▶ continuité des soins compromise par un manque de médicaments dans les structures étatiques et un prix élevé dans les officines privées;
- ▶ cloisonnement excessif des activités médicales et tendance à la spécialisation, y compris pour le personnel médical;
- ▶ un recours systématique aux structures de référence même pour des affections qui ne le justifient guère. Il en résulte une efficacité réduite pour les affections nécessitant cette hospitalisation;
- ▶ le recours au secteur informel de la médecine expose les utilisateurs à des pratiques dangereuses.

#### **2.2 Les causes structurelles.**

- ▶ les crédits alloués au fonctionnement des unités de premier échelon ne reflètent pas les priorités définies dans la politique sanitaire nationale;
- ▶ la politique nationale du médicament aboutit de facto à un monopole des officines privées... qui vendent les médicaments à des prix trop élevés pour le revenu moyen de la plupart des ménages congolais;
- ▶ il n'existe pas de décentralisation effective de la santé. La gestion des recettes générées par les centres n'est maîtrisée ni par les responsables de ces centres ni par les comités de santé des communautés bénéficiaires;
- ▶ la participation de la communauté à la gestion de sa santé n'est pas organisée de manière effective;
- ▶ l'utilisation rationnelle des médicaments et des ressources par les agents de santé se heurte à l'absence de motivation et de responsabilisation des agents de santé.

### **3. LES ORIENTATIONS STRATEGIQUES.**

Quelles voies explorer pour remédier aux causes structurelles et sous-jacentes de la mortalité et de la morbidité qui frappent les mères et les enfants?

- ▶ Proposer des modifications de l'organigramme du Ministère de la Santé pour une meilleure intégration des activités, un décentralisation des moyens et la rationalisation de la gestion des ressources disponibles (humaines, financières et matérielles). Le nouvel organigramme doit être en

accord avec la programmation sanitaire en cours, et sur le renforcement des districts sanitaires par la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako.

- ▶ **Elaborer et appliquer une programmation sanitaire nationale visant le renforcement des systèmes de santé des districts socio-sanitaires selon un découpage privilégiant la décentralisation et l'intégration des services ainsi que le renforcement de l'organisation et de la participation communautaire en vue d'assurer la viabilité des structures;**
- ▶ **Mettre en place une politique de formation médicale et para-médicale conforme aux besoins réels des secteurs public et privé;**
- ▶ **Elaborer un cadre législatif assurant:**
  - **L'autonomie de gestion des fonds générés au niveau communautaire;**
  - **Le partenariat entre l'Etat et les Communautés dans la gestion des centres de santé intégrés de premier échelon et cela, selon les principes de l'Initiative de Bamako;**
  - **Le droit à l'avortement médicalisé et contrôlé;**
  - **La protection de l'individu face au SIDA.**
- ▶ **Réviser la politique nationale du médicament en veillant à:**
  - **l'identification des besoins thérapeutiques en fonction du paysage épidémiologique aboutissant à la notion de médicaments essentiels;**
  - **sélectionner les médicaments pour les différents niveaux de recours et pour le secteur public et privé;**
  - **utiliser les médicaments sous leur nom générique (spécialement dans le secteur public);**
  - **la diffusion d'informations et de formations appropriées afin de garantir l'emploi rationnel des médicaments, non seulement à l'intention du personnel de santé mais également à l'intention de la population elle-même;**
  - **l'adoption d'une législation concernant l'enregistrement des importateurs, des producteurs et des distributeurs, ainsi que l'enregistrement des produits pharmaceutiques;**
  - **la mise en place de services spécialisés pour le contrôle et l'inspection des activités pharmaceutiques;**
  - **la mise en place d'un laboratoire de contrôle de qualité indépendant, en vue de contrôler et de surveiller la qualité des médicaments (soit importés soit produits localement) sur le marché.**

#### **4. LES ORIENTATIONS OPERATIONNELLES.**

- ▶ **L'application de l'Initiative de Bamako, visant la mise en place de districts socio-sanitaires opérationnels. Dans ces districts, le système de santé sera structuré selon deux niveaux d'orientation-recours: le centre de santé intégré et l'hôpital de référence. La qualité des soins (continuité, intégration et globalité) sera assurée par la mise en place de services permanents, polyvalents et décentralisés;**
- ▶ **Le maintien et renforcement des acquis du PEV dans l'optique de l'éradication de la polio et de l'élimination du tétanos néonatal; renforcement des acquis de la thérapie de réhydratation orale (TRO). L'intégration des activités vaccinales et de TRO et la pérennité financière de ces deux programmes seront progressivement assurées dans le cadre de la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako.**
- ▶ **L'approche multisectorielle et décentralisation des activités de lutte contre le SIDA. Un effort particulier devra être fait pour une meilleure prise en charge des personnes infectées par le VIH et des sidéens. Des mécanismes associant les services socio-sanitaires, les familles et les associations d'entraide devront être identifiés en vue d'assurer une réponse plus efficace aux problèmes socio-économiques, démographiques et humains que pose la maladie.**

- ▶ L'éducation pour la santé/planification familiale. L'urbanisation très importante et l'ouverture médiatique du pays potentialisent pleinement des actions d'éducation pour la santé. Une communication plus participante, à base d'expériences vécues devrait être stimulée.
- ▶ La réduction de la mortalité liée aux affections respiratoires aiguës ne pourra se faire que dans le cadre de l'amélioration de l'efficacité et de l'efficience des services périphériques;
- ▶ Il doit être admis qu'une mortalité maternelle aussi élevée dans un pays aussi urbanisé et disposant d'un accès théorique aux services de santé aussi important est inadmissible. Il doit également être reconnu que les causes ne sont pas uniquement liées à la défaillance admise du système sanitaire mais également liées à l'environnement socio-économique défavorable pour les jeunes filles (pauvreté, analphabétisme, malnutrition...) et à l'absence de cadre juridique précis concernant le droit à l'avortement. Par ailleurs, les données concernant la mortalité maternelle sont anciennes et incomplètes. De ce fait, les activités visant à garantir une maternité sans risque devraient s'attacher à:
  - améliorer les connaissances épidémiologiques, sociales, opérationnelles liées à la mortalité maternelle (recherche opérationnelle);
  - assurer un plaidoyer auprès des décideurs (mobilisation sociale)
  - assurer à toutes les femmes enceintes une surveillance prénatale efficace, notamment par l'identification des grossesses à risque et leur orientation à temps vers des structures spécialisées;
  - assurer des services de planification familiale accessibles à tous;
  - améliorer la situation socio-économique, politique et éducationnelle des jeunes filles et des femmes par la mise en oeuvre de politiques et programmes appropriés;
  - reconnaître l'importance du problème de l'avortement et apporter une réponse organisée garantissant l'intégrité morale et physique de la femme.
- ▶ La recherche opérationnelle et le recueil de statistiques socio-sanitaires par la mise en place d'un système d'information sanitaire. Les informations recueillies viseront une meilleure planification des actions socio-sanitaires, la définition de meilleures politiques et l'évaluation des programmes et projets.
- ▶ Solidaire d'une politique nationale basée sur une analyse pertinente de la situation, l'action concertée et complémentaire des bailleurs de fonds est nécessaire et garantira l'efficacité et la pérennité des actions de santé.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1- Recensement général de la population et de l'habitat. Centre National de la statistique et des Etudes Economiques. 1984.
- 2- Locko-Mafouta et Villeneuve P. Mortalité aux jeunes âges à Brazzaville. Non publié. 1989.
- 3- Merlin M. et al. Enquête de morbidité-mortalité par maladies diarrhéiques chez les enfants de moins de 5 ans à Pointe Noire en R.P. du Congo. OCEAC. 1985.
- 4- Rapport d'enquête sur la mortalité due au Tétanos néonatal en zone rurale en R.P. du Congo. Direction de la Médecine préventive/UNICEF/DMS. 1989.
- 5- Guillo du Boden H. Etude rétrospective sur la mortalité de l'enfant de moins de 5 ans dans une zone rurale de la région de Brazzaville, R.P. du Congo. 104, 1984. Médecine tropicale.
- 6- Enquête DSMIES/Projet SMI-FAC sur les maternités de Brazzaville. Direction de la Santé Maternelle et Infantile et de l'Education pour la Santé. 1989.
- 7- Johnson E.A. Mortalités maternelle et périnatale en R.P. du Congo. Thèse de médecine. INSSA. 1983.
- 8- Fonds des Nations Unies pour la Population. Rapport de synthèse de la Mission de Revue de Programme et d'Elaboration d'une stratégie en matière de population pour la R.P. du Congo. 1990.
- 9- Revue Internationale du Programme Elargi de Vaccination. R.P. du Congo/DMS/UNICEF/OCEAC. 1990.
- 10- (Voir ref. livre INSERM sur mortalité aux jeunes âges.)
- 11- Direction de la Médecine préventive. Service des Statistiques.
- 12- UNICEF. Etude rétrospective sur les motifs d'hospitalisation à l'Hôpital de Linzolo en 1990. Non publié. 1990.
- 13- Etude sur les connaissances, attitudes et pratiques des mères en cas de diarrhée de l'enfant. Brazzaville et Pointe Noire. Direction de la Médecine préventive/UNICEF.
- 14- Trape J.F. et al. Malaria and urbanization in Central Africa: the example of Brazzaville. Part v: pernicious attacks and mortality. Trans Roy. Soc. Trop. Med Hyg., 1987,81, supplement N°2, 34-42.
- 15- Carne B. et al. Mortalité de l'enfant par Neuropaludisme à Brazzaville de 1983 à 1989. VII Congrès International de Parasitologie, 20-24 Aout 1990, Paris (France). Affiche Série 59D.
- 16- Programme National de Lutte contre le SIDA. Bulletin N°4. 1990.
- 17- (Etude Lallemand sur la survie des enfants séropositifs)
- 18- Annuaire statistique sanitaire. 1979.
- 19- Situation sanitaire des enfants et des mères en R.P. du Congo. UNICEF. 1985.
- 20- Lallemand et al. Epidémiologie et clinique du Paludisme en zone forestière. XIV conférences techniques OCEAC. 1982.
- 21- Carne B. et al. La résistance médicamenteuse du P. falciparum au Congo. Bilan des enquêtes réalisées de 1985 à 1989.
- 22- Direction de la Santé de la Famille.
- 23- Cornu A. et al. Enquête nationale sur l'état nutritionnel des enfants d'âge pré-scolaire au Congo. Editions de l'ORSTOM. Collection Etudes et Thèses. Paris. 1990.
- 24- (Samba, 1988).
- 25-
- 26- Nzingoula S. et al. Infection par HIV1 chez les enfants hospitalisés pour Drépanocytose au CHU de Brazzaville.
- 27- Programme National de Lutte contre le SIDA.
- 28- Tadjou Doen Adebo. 1983.
- 29- Enquête sur la perception de la santé et des problèmes de santé à Brazzaville. UNICEF. 1990.
- 30- (Etude 7. Plan quinquennal.)
- 31- Liste actualisée des médicaments, objets de pansement, matériel médico-chirurgical, matériel de laboratoire et ingrédients essentiels.
- 32- Les médicaments en R.P. du Congo. Faits et chiffres. Direction des Pharmacies et Laboratoires. Ministère de la Santé et des Affaires sociales. R.P. du Congo. 1988.
- 33- Mouyokani J. et Mabila-Ngoulou A. La situation socio-sanitaire du Congo. Séminaire atelier sur l'initiative de Bamako. Brazzaville. 1990.
- 34- (Lallemand M. "Ordonnances à Brazzaville").
- 35- Rapport du Séminaire-Atelier sur l'Initiative de Bamako au Congo. R.P. du Congo/DMS/UNICEF/FNUAP/GTZ/FAC.
- 36- Essential drugs. Price list. UNICEF. 1989.
- 37- Evaluation des centres de santé maternels et infantiles. R.P. du Congo/UNICEF/DMS. 1989.
- 38- Dorier E. Le service public de santé et son double à Brazzaville. ORSTOM. (année 7)
- 39- Centre National de la Statistique et des Etudes Economiques. Enquête sur les budgets des ménages. Non publié. 1988.
- 40- Mouyokani J. et al. Place du secteur "privé" dans la prestation des services de planification familiale. Rapport d'enquête 1990. FNUAP/UNICEF.
- 41- Mouyokani J. Rapport de mission d'inventaire et d'évaluation des centres de SMI du projet Amélioration de la vie familiale. R.P. du Congo. 1989.
- 42- Rapport de l'enquête nationale de couverture vaccinale. Direction de la Médecine préventive/UNICEF. 1990.
- 43- Tessier S. Rapport de mission d'évaluation et de suivi du projet SMI/FAC à Brazzaville. Congo. 1989.
- 44- Meloni R. et Sounda T. Soins de santé primaires à un coût abordable. Projet SSP-GTZ au Niari. 1989.
- 45- Creth/Urbanor. Schéma directeur de Brazzaville. Etude socio-urbaine: Brazzaville, Pointe Noire. Centres secondaires. 3 vol. 1990. Ministère des Travaux publics et de la Construction.
- 46- Rapport de l'enquête sur le péril fécal. DIEPA. 1988.

B. Huck