

Cadre de vie, pauvreté et santé en milieu rural au Congo. L'exemple de la région de la Sangha occidentale

B. MENGOUH

Université Marien N'gouabi (Brazzaville).

Introduction

Au Congo, sans doute comme ailleurs en Afrique tropicale, le monde rural est confronté à de nombreux problèmes économiques et sociaux dont certains se posent souvent avec plus d'acuité qu'en ville.

D'une manière générale, l'état de dénuement de la campagne résulte en grande partie de l'enclavement. La mauvaise viabilité des routes ou l'absence de

celles-ci ne permet pas aux paysans de vendre leurs produits vivriers, ni d'acquérir les biens d'équipement. De même, des problèmes d'hygiène existent et sont liés, d'une part, à un environnement géographique insalubre, d'autre part à la pauvreté, à des comportements individuels et collectifs fortement influencés par un environnement culturel encore empreint de traditions. Partout, les conditions sanitaires et d'hygiène sont précaires. La région de la Sangha occidentale peut servir d'illustration.

Une région encore enclavée et marginale

On note encore dans la région de la Sangha occidentale, comme partout au Congo, de nombreux signes persistants du sous-développement, donc de la pauvreté ; le terme de pauvreté s'entendant ici comme l'état d'une personne dont les ressources sont insignifiantes ou qui manque de moyens matériels pour améliorer ses conditions de vie ou, tout au moins, résoudre les problèmes de la vie quotidienne. Aujourd'hui, on a le sentiment que la situation économique et sociale ne s'est guère améliorée depuis l'indépendance du pays en 1960.

La région de la Sangha occidentale est située à l'extrême nord-ouest du Congo. Ce serait à juste titre que d'aucuns la désigneraient par le terme de « bout du monde ». Souanké, par exemple, est à 285 km de Ouesso (chef-lieu de la région de la Sangha), à près de 1 000 km de Brazzaville et à plus de 1 500 km de port maritime de Pointe-Noire (figure 1).

Il faut ajouter à l'éloignement la médiocrité des relations terrestres et aériennes avec Ouesso d'une part, avec la capitale nationale, d'autre part. Par exemple, le billet d'avion Souanké-Brazzaville (aller simple) coûte 65 000 F. Or, les paysans n'ont pas d'argent, et les salaires des fonctionnaires en poste à Souanké et Sembé sont irréguliers. Bien que la région soit limitrophe du Gabon

et du Cameroun, les relations terrestres avec ces pays voisins sont des plus médiocres.

Souanké est relié à Ngoïla (un district du Cameroun) par une piste piétonne de près de 75 km ; Sembé est relié à Madjingou, un village frontalier du Gabon, par un sentier de 65 km serpentant sous les arbres.

Les conséquences de cette situation sont multiples et graves. La première est d'ordre économique. Le marché urbain de consommation est tellement étroit et les routes tellement mauvaises que les denrées agricoles ne sont, ni collectées, ni commercialisées. Les rares produits (gombo, igname, bananes, etc.) que l'on peut trouver sur les marchés de Souanké et de Sembé proviennent des différents quartiers de la ville. Le cacao n'est plus commercialisé depuis 1989. En raison des difficultés financières, dues à une très mauvaise gestion et aux coûts élevés des campagnes (les routes étant défectueuses), l'Office du cacao et du café qui achetait le cacao auprès des producteurs a été liquidé. Ainsi, les paysans n'ont actuellement aucune source de revenu sûre. A l'exception des orpailleurs, des chasseurs et des distillateurs de maïs en alcool qui vendent de temps en temps leurs produits, les autres villageois ne vendent absolument rien. Toute la production agricole est donc auto-consommée dans les villages. Il en résulte un revenu paysan insignifiant et un sous-équipement notoire. Par conséquent, il est difficile que les ruraux améliorent leur condition de vie.

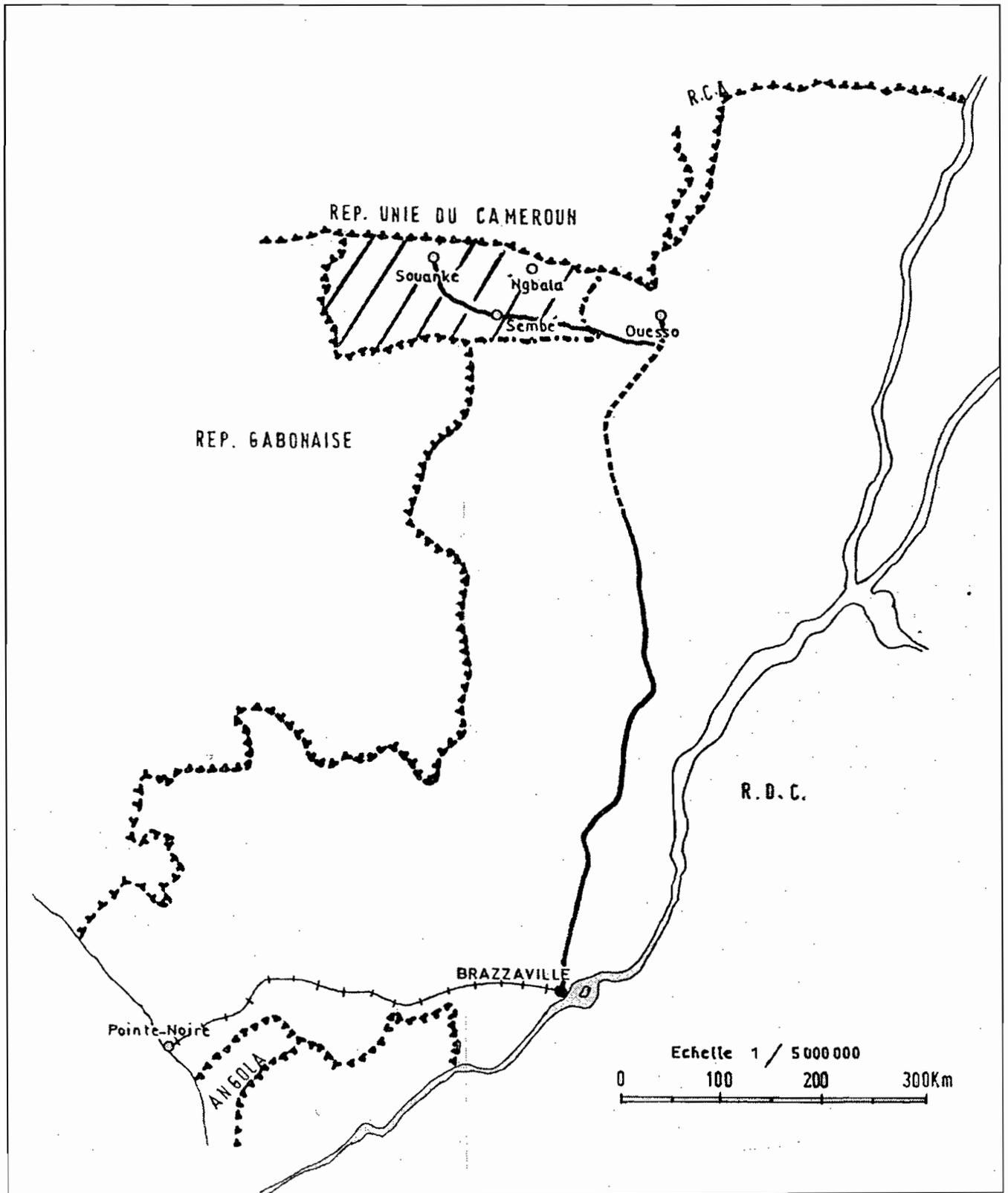


Figure 1. La Sangha occidentale dans l'espace congolais.

Actuellement, les produits de première nécessité (savon, pétrole, sel, etc.), consommés à Souanké, proviennent essentiellement du Cameroun où les commerçants et/ou leurs porteurs se rendent à pied, et transportent les marchandises sur le dos. Ainsi, les prix des produits manufacturés sont plus élevés à Souanké et à Sembé qu'à Brazzaville ; par exemple, le verre de pétrole est vendu à 150 F, soit 850-900 F le litre, contre 170 F le litre à Brazzaville¹.

Le cadre de vie villageois et les problèmes d'hygiène générale et d'assainissement

Sans vouloir épiloguer sur les mots, l'hygiène désigne l'ensemble des mesures et des pratiques destinées à améliorer l'état de santé et le confort des individus. Il s'agit aussi des règles et des pratiques appliquées dans le cadre de la prévention et de la prophylaxie. Tout ceci peut constituer de véritables indicateurs qui permettent d'apprécier la qualité du cadre de vie des ruraux. Le cadre de vie désigne ici l'espace fonctionnel, tel que vécu et organisé par les ruraux : le village et son terroir.

Le problème d'évacuation des déchets humains

L'évacuation des déchets humains est l'un des problèmes d'hygiène générale que connaissent tous les villages. Il est dû essentiellement à l'absence de latrines. Les conséquences en sont graves. Telle que définie par les services de santé, une latrine est constituée d'une fosse bétonnée et abritée. Malheureusement, ce n'est pas le cas dans les villages. Tous les ménages en manquent. Cependant, dans le meilleur des cas, certaines personnes creusent des fosses d'environ 1,50 m de profondeur et 1 m de diamètre, et placent dessus quelques morceaux de bois. Bien souvent, ces pseudo-latrines sont en plein air, plus ou moins éloignés des habitations ; certaines sont protégés parfois par des troncs ou des « tuiles »² de palmier-raphia.

Dans bien des cas, ces pseudo-latrines n'existent même pas, et les déchets humains sont évacués dans la nature en montant sur des troncs d'arbres. C'est-là que se pose le grave problème d'hygiène générale. Véritables gîtes à bestioles, ces lieux d'aisances non protégés sont régu-

lièrement fréquentés par la volaille qui s'y régale à longueur de journée. Il s'y dégage une odeur nauséabonde qu'il est impossible d'éliminer³. Bien souvent, les poulets reviennent de ces endroits insalubres avec des pattes chargés de déchets qui sont libérés au moindre envol, soit dans les habitations, soit dans la cour du village.

Pourquoi les gens ne peuvent-ils pas creuser des fosses, à défaut de latrines réglementaires ? Comment les habitants d'un village peuvent-ils se contenter de lieux d'aisances en plein air et non protégés, ceci pendant plusieurs années ? Nous avons là un bel exemple de comportement individuel et collectif. Comment l'expliquer ? S'agit-il d'une paresse que de creuser une fosse ou simplement d'une question culturelle ? Peut-être parce que les gens n'y trouvent aucun intérêt. Nous retrouvons cette situation dans d'autres régions du Congo⁴. Quelle que soit l'explication, il faut que les services compétents du ministère de la Santé procèdent à une véritable éducation sanitaire afin de libérer les populations rurales des comportements rétrogrades.

Le problème d'évacuation des eaux usées et des ordures ménagères

Tout comme les villes congolaises, les villages sont démunis de toute infrastructure de voirie. Les eaux usées sont déversées quotidiennement devant ou derrière les maisons. Les ordures ménagères sont déposées plutôt derrière, généralement au même endroit.

Hormis les ordures ménagères, on trouve aussi, derrière les habitations, toutes sortes de déchets (plumes d'oiseaux, ossements d'animaux, morceaux de bois et de bambous, feuilles mortes, etc.) provenant de divers travaux domestiques. Tout ce qui est inutilisable est jeté derrière la maison. Il s'agit de véritables dépotoirs dont le contenu est incinéré de temps en temps. Le fumier s'y forme au fil des années, résultant de la décomposition par fermentation, sous l'action de micro-organismes des ordures ménagères et d'autre détrit. C'est-là que germent de façon spontanée tous les grains et pépins provenant de la cuisine. C'est pourquoi, il existe, dans tous les villages, des jardins de case fumés régulièrement avec les ordures ménagères et les cendres, et où l'on trouve en permanence bananiers, taros, patates douces, papayers et divers légumes.

¹ Le litre est vendu à 170 F dans les stations d'Hydro-Congo ; à 350 F, 500 F ou plus dans les quartiers en période de pénurie.

² Une « tuile » est faite de feuilles tressées de palmier-raphia.

³ Faute de produits désinfectants, les lieux d'aisances sont régulièrement saupoudrés d'un peu de cendres.

⁴ A Bodissa, un village de 600 habitants situé dans la région de la Bouenza, il n'existe que trois pseudo-latrines ; on n'en trouve aucune à Mayoulou, un village de 400 habitants.

Après la pluie, il se dégage de tous ces endroits une odeur fétide. Il est dommage que les paysans ne comprennent pas la nécessité d'aménager, loin des habitations, un terrain vague qu'ils utiliseraient comme décharge d'ordures ménagères.

Des sources non aménagées

Il se pose dans tous les villages le problème de qualité de l'eau potable, plutôt que celui d'approvisionnement. Partout, les gens boivent l'eau de source. Malheureusement, ces sources ne sont ni aménagées, ni protégées, ni placées sous abri. On y trouve des brindilles, des feuilles mortes, des cadavres d'insectes, de chenilles ou de mollusques, etc. De plus, elles sont constamment polluées par les eaux de ruissellement. L'eau de certaines sources est claire, apparemment propre. Mais l'analyse bactériologique de quelques échantillons d'eau révèle la présence de nombreux germes pathogènes.

Partout dans les villages, l'eau n'est ni bouillie, ni filtrée. De toute façon, bouillir l'eau de consommation ne fait pas partie de la tradition des Congolais. De nombreuses personnes interrogées sur ce sujet disent que cela leur prendrait beaucoup de temps et elles ne trouvent aucun intérêt à le faire. Les gens boivent donc une eau de très mauvaise qualité, surtout pendant la saison sèche, et sont donc menacés par les maladies d'origine hydrique. Quoi d'étonnant que les parasitoses intestinales les menacent par les maladies d'origine hydrique. Quoi d'étonnant que les parasitoses intestinales, les diarrhées et les infections cutanées (gale, teigne) subsistent encore dans les villages de façon endémique.

Pour avoir une eau de bonne qualité, il faut la filtrer, la bouillir ou encore aménager les sources. Malheureusement, l'état de dénuement de la campagne est tel que les paysans ne peuvent pas envisager l'aménagement des points d'eau sans l'aide des pouvoirs publics, des organismes internationaux ou des Organisations non gouvernementales (ONG). Ils n'ont pas d'argent pour acheter les filtres, encore moins le ciment et les fers à bétons qu'exigent les travaux de maçonnerie. Le coût des matériaux est exorbitant, eu égard à la modicité du revenu dans la région, à l'enclavement de certaines zones, au mauvais état des routes, à l'irrégularité des transports entre Ouesso et Souanké, à l'inexistence de ceux-ci entre les centres urbains et les villages. En ce qui concerne l'état des routes et les transports, la situation ne s'est guère améliorée depuis un quart de siècle. Finalement, les villageois continueront pendant

longtemps de boire une eau de mauvaise qualité, et, comme nous le verrons plus loin, seront toujours exposés à diverses affections. De toute façon, même les habitants des grandes villes connaissent encore le problème de distribution et de qualité d'eau potable.

Une cour du village insalubre

La cour du village se trouve dans un état d'insalubrité parfois déconcertant. En effet, presque partout, la cour du village est parsemée de crottes de chèvres ou de moutons, de fiente de volaille, de peaux de bananes, d'épluchures de cannes à sucre, d'ananas, de toutes sortes de détritrus.

On nettoie seulement lorsque la saleté a atteint son paroxysme, ou bien les jours de fête, ou à l'occasion de la visite d'un responsable politique ou administratif, venu de la ville. Si les crottes et les fientes étaient collectées, elles serviraient d'engrais pour les jardins de case. Malheureusement, cela ne fait pas partie de la culture paysanne.

Par ailleurs, actuellement dans toute la région de la Sangha, de nombreux villages présentent l'aspect de villages abandonnés, cela depuis fort longtemps. L'herbe pousse jusque devant les habitations. Plus personne ne veut entretenir le village. La raison en est que depuis plusieurs années, découragés par leurs conditions de vie, voire révoltés, les villageois se sont résolus à tout abandonner ; plus d'entretien des cacaoyères, de la route et même plus grave encore, de leur propre village (qui est d'ailleurs traversé par la route). La conséquence en est que tout le village est occupé par de hautes herbes, et, dans certains cas, par les mares ou les borbiers. Au mieux, chaque personne s'efforce de nettoyer uniquement devant sa demeure. Le matin, ou après une pluie, on a de la rosée partout, même le long des sentiers sinueux qui reliait désormais les maisons les unes aux autres. Les villages de Biabiél, Bamégod, Gola, Bendama, Boutazab illustrent bien cette situation.

Certes, les villageois, ici comme ailleurs, reprochent à l'État de les avoir abandonnés à eux-mêmes. Mais comment ne peuvent-ils pas comprendre que l'insalubrité de leur cadre de vie les expose à toutes sortes de maladies, aux morsures de serpents, aux piqûres d'insectes ? Nous avons là un bel exemple d'irresponsabilité individuelle et collective des habitants d'un village.

La maison rurale et le problème d'hygiène

Les matériaux de construction, à l'exception de la tôle ondulée que l'on trouve dans de rares villages, proviennent essentiellement du milieu physique environnemental. Ainsi, les toits sont en « tuile » de palmier-raphia, les murs en pisé. La charpente (des murs et de la toiture) est faite de bois, de lianes, de troncs de palmier-raphia. Tous ces matériaux sont très vulnérables aux intempéries, à l'attaque des termites, et doivent être renouvelés régulièrement. Cependant, ils ont l'avantage de garantir une certaine fraîcheur à l'intérieur des habitations.

La maison est le reflet du niveau de vie des paysans. Les cuisines et les claies⁵ sont encombrées d'objets divers : outils, matériel de pêche et de chasse, corbeilles, hottes, marmites en argile, Calebasses, paniers vides ou contenant des denrées agricoles, etc. Partout, les claies et les lézardes des murs sont des gîtes à souris et à insectes (surtout fourmis et cafards). Ceux-ci, tout en détruisant les récoltes, constituent de véritables vecteurs de maladies. Les mets, généralement mal conservés, sont à la merci de ces bestioles dont la présence dans les maisons n'indispose plus personne. Mais il est difficile d'apprécier les conséquences sur l'organisme humain de la présence des souris et des insectes.

Comment détruire alors ces insectes qui voltigent d'un mur à l'autre ? Comment se débarrasser de ces souris et souriceaux qui se poursuivent sous les lits, rongent les paniers de maïs ou d'arachides ? Comment désinfecter les habitations ? Les insecticides et les raticides n'existent pas dans les villages, même pas dans les centres urbains. Déjà, dans les grandes villes, ce problème n'a jamais été résolu par les Services d'hygiène. Que peut le paysan ?

L'utilisation du feu de bois dans les cuisines pose également un problème d'hygiène. En effet, tout en protégeant les « tuiles » de palmier-raphia contre l'attaque des termites, le feu dégage quotidiennement fumée et cendres qui polluent l'air à l'intérieur des habitations. Comment évacuer la fumée à l'extérieur d'une cuisine qui n'a souvent comme ouverture que la porte ? Tout est noir de fumée : ustensiles, claies, toiture, vêtements, etc. Il ne fait pas de doute que la suie tombe sur les aliments sans que personne ne s'en rende compte. C'est dans cette cuisine que les femmes et les enfants passent une bonne partie de la journée, respirant un

air sans doute pollué par la fumée et la cendre. Cela n'aurait-il pas d'effets néfastes, à long terme, sur l'appareil respiratoire ? Personne n'en a conscience. Il se pose là le problème d'aération des habitations que les paysans pourraient résoudre. Pourquoi ne peuvent-ils pas faire des fenêtres pour aérer les cuisines ? Comment les gens arrivent-ils à supporter la fumée pendant longtemps ? C'est surtout au moment de la cuisson des mets que le feu dégage beaucoup de fumée, malheureusement, qui n'incommode pas les occupants de la cuisine.

A l'évidence, la maison rurale pose le problème d'hygiène. Le nettoyage quotidien se limite aux parties visibles de l'habitation. La désinfection n'est pas pratiquée.

Une hygiène corporelle et personnelle insuffisante

Les conditions d'hygiène corporelle sont mauvaises, toujours à cause de l'état de pauvreté et d'enclavement dans lequel se trouve la région. En effet, dans presque tous les villages, le savon à linge, le savon de toilette ou le lait de beauté sont des produits recherchés. Certaines personnes conservent le savon sur la claie afin qu'il durcisse et s'use moins vite au moment de la lessive ; d'ailleurs, celle-ci n'est pas faite régulièrement, car il faut utiliser le savon avec parcimonie.

Étant donné que les gens se baignent le plus souvent dans les ruisseaux (dont l'eau n'est pas toujours propre), sans utiliser le moindre morceau de savon, les infections cutanées sont fréquentes, surtout chez les jeunes enfants. Personne ne se lave les mains avec le savon.

L'hygiène bucco-dentaire n'est pas assurée convenablement. Les brosses à dents et les dentifrices ne sont pas d'usage courant ; ce sont des produits de « luxe » réservés aux « gens des villes ». La preuve en est qu'aucun commerçant ambulant ne vend ces produits dans les villages. Les villageois, dans le meilleur des cas, utilisent plutôt de petits morceaux de liane ou de charbon de bois pour se rincer les dents le matin. Même au chef-lieu de district, on trouve encore des gens qui ne font pas tellement usage de la brosse à dents et du dentifrice.

Qu'ils soient aux champs, à la chasse, à la pêche ou au village, les ruraux sont toujours pieds nus, courent tous les jours le risque de marcher sur les épines, les pointes souillées, les tessons de bouteille, les déchets humains, etc. Cela accroît évidemment le danger de trans-

⁵ Une claie est une sorte de treillis fait de bambous-raphia jointives ; le tout est soutenu par quatre pieux ; les dimensions moyennes sont de 3 m à 4 m de long, 2,50 m à 3 m de large, 1,20 m de haut.

mission des maladies parasitaires par contact avec le sol. Les rares paires de chaussures que certaines personnes possèdent sont portées, tout comme les beaux vêtements, exceptionnellement les jours de fêtes ou le dimanche. Certes, les villageois sont préoccupés plus par les travaux champêtres que par les fêtes ou les belles tenues vestimentaires, mais il est inconcevable qu'en cette fin du XX^e siècle, malgré la modicité de leurs revenus, les paysans continuent de marcher pieds nus, d'ignorer l'usage de la brosse à dents, de manquer de savon pour se laver ou pour faire la lessive et la vaisselle.

Le contenu des habitations dénote aussi la faiblesse des revenus monétaires en milieu rural. Le mobilier fait défaut : ou il est totalement absent ou il est peu confortable. Dans le meilleur des cas, on trouve une vieille table, deux ou trois chaises bancales, quelques fauteuils en bambou-rafia ou en liane. La literie reflète aussi le niveau de vie de la population. Le matelas, la couverture et le drap sont pratiquement inconnus en milieu paysan. A défaut, les villageois se couvrent plutôt avec les pagnes. Le lit en planche est presque inexistant. C'est pourquoi le grabat, le lit en bambou-raphia et la natte sont encore largement utilisés. Bien souvent, en guise de matelas, on utilise le raphia sur lequel on étale la natte ; un morceau de bois placé sous la natte remplace l'oreiller. Quoi d'étonnant que les gens se plaignent de courbatures ou de torticolis ?

Comment améliorer les conditions d'hygiène corporelle et personnelle des ruraux dans un milieu totalement enclavé, où les produits agricoles ne sont pas commercialisés, le revenu dérisoire, les boutiques inexistantes ?

Les inégalités d'accès aux soins médicaux et d'encadrement médical

Il se pose dans la Sangha, comme dans toutes les régions du pays, le grave problème de l'accès aux soins médicaux. Les inégalités sont très frappantes entre la ville et la campagne. C'est la situation que l'on trouve dans les deux districts de Souanké et de Sembé (figure 2).

Une infrastructure médicale embryonnaire

La carte sanitaire fait apparaître des disparités criantes entre le chef-lieu de district et les villages. Dans le district de Souanké par exemple, pour une population d'un peu plus de 10 000 habitants, on trouve actuellement un centre médical (au chef-lieu du district) et deux dispensaires dans les villages de N'tam et d'Elogo. Comme le révèle la carte, le seul dispensaire que l'on trouve entre Souanké et Sembé est celui d'Elogo qui

vient à peine de reprendre ses activités et qui, théoriquement, dessert près de 4 000 personnes sur 85 km environ. Sur l'axe Souanké-Garabinzam, environ 117 km (dont 62 km de piste piétonne) où résident plus de 2 000 habitants, on ne trouve aucun dispensaire. Le projet de construction du dispensaire de Golmélène n'a jamais abouti.

La situation n'est pas meilleure dans le district voisin de Sembé où l'on trouve un centre médical (au chef-lieu du district) et un dispensaire dans le village de Miélé. Mais, entre Madjingo et Sembé, par exemple, soit 60 km de piste piétonne, il n'existe aucun dispensaire depuis la fermeture de celui de Lopo. C'est aussi le cas entre Sembé et Ngbala (67 km).

A l'évidence, la situation sanitaire est désastreuse dans la région. L'état du personnel et de l'infrastructure sanitaire ne s'est guère amélioré depuis un quart de siècle, comme l'indique le tableau ci-dessous. Les villages sont défavorisés depuis la fermeture des dispensaires de Lopo, Bolozo et Biessi. Les villageois doivent, s'ils le peuvent, parcourir à pied plusieurs dizaines de kilomètres pour atteindre les centres médicaux situés dans les chefs-lieux de district. Même lorsqu'ils y arrivent, ils ne reçoivent pas des soins médicaux adéquats, car les trois centres sanitaires sont confrontés au problème de pénurie de médicaments, d'équipements et de personnel.

Tableau I. État comparatif du personnel et de l'infrastructure sanitaire en 1974 et en 2000.

Personnel, structures sanitaires	En 1974 (pour 18 559 habitants)	En 2000 (pour 21 000 habitants)
Centres médicaux	2	2
Dispensaires	7	4
Médecins	1	0
Assistants sanitaires	0	1
Infirmiers diplômés d'État	3	0
Infirmiers brevetés	5	4
Agents techniques de santé	1	5
Techniciens de laboratoire	1	1
Aides-soignants	4	4
Aides accoucheuses	0	1

Le centre médical de Souanké

Pour mieux apprécier la situation et le rayonnement des centres médicaux, nous avons pris l'exemple de celui de Souanké. En effet, le centre médical de Souanké se trouve actuellement dans un état complet de délabrement et d'insalubrité. Les cinq bâtiments qu'il abrite sont noyés dans de hautes herbes. Les portes et les fenêtres, lorsqu'elles ne sont pas totalement ouvertes, sont fermées par des battants défectueux.

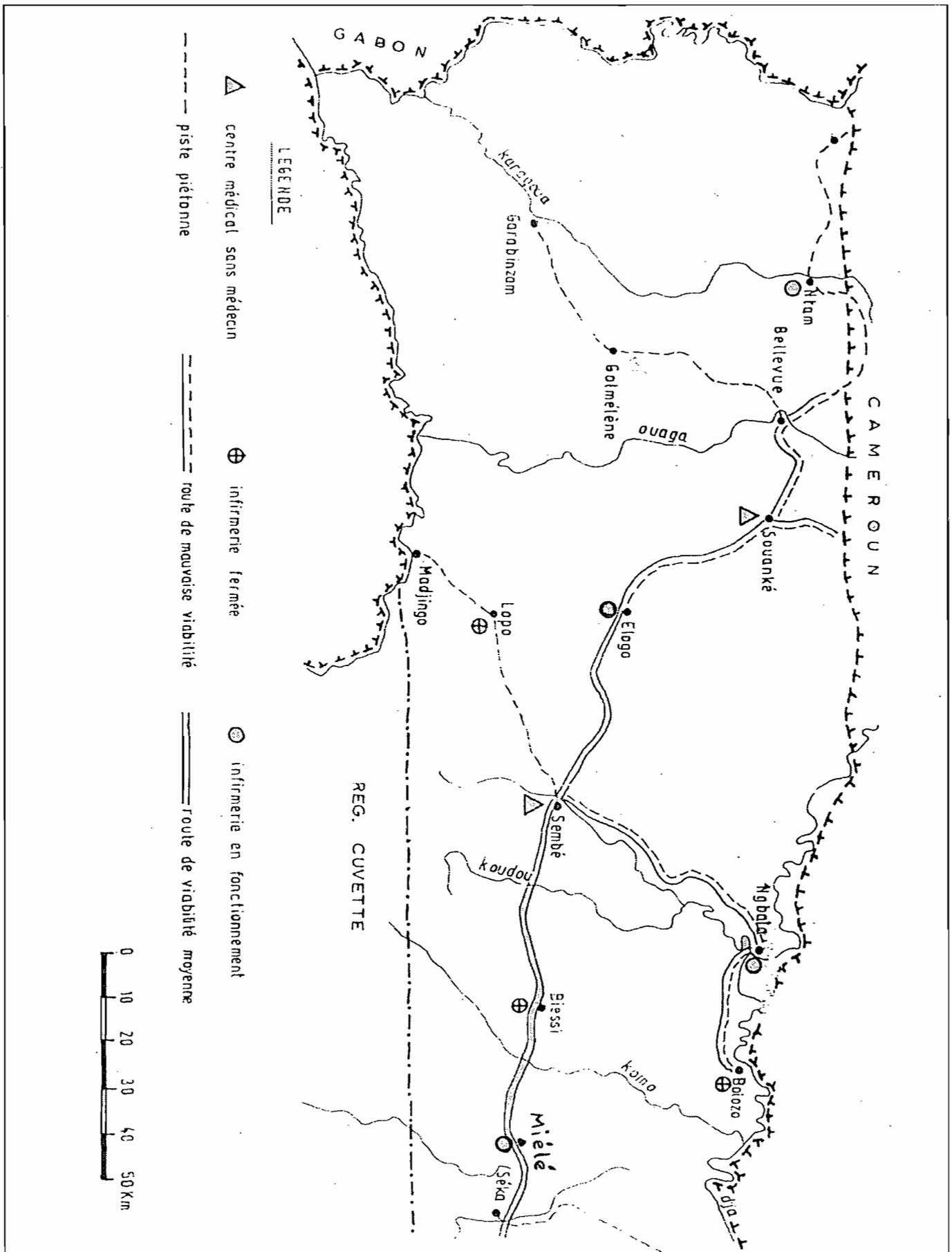


Figure 2. Région de la Sangha occidentale : l'infrastructure sanitaire (Source : enquête personnelle).

Ce centre médical, la principale formation sanitaire du district, est malheureusement confronté au problème de personnel, de structures d'accueil, d'équipement et de médicaments. Il n'y a plus de médecin. Le personnel comprend un assistant sanitaire, qui est contraint de faire des interventions chirurgicales, deux agents techniques de santé, deux aides-soignants, deux matrones-accoucheuses, un laborantin.

Les conditions d'accueil et d'hospitalisation des malades sont désastreuses. Il y a quelques années, le centre médical de Souanké avait reçu une dotation de près d'une cinquantaine de lits métalliques et de matelas. A la suite d'une très mauvaise gestion et de nombreux cas de vols, les matelas et les tabourets ont disparu. Il reste actuellement une dizaine de lits plus ou moins utilisables, une demi-douzaine de tabourets métalliques. Ainsi, le centre médical se trouve dans un état de dénuement total.

Le manque de personnel et de médicaments, le sous-équipement et le délabrement des bâtiments expliquent aujourd'hui le faible rayonnement géographique du centre médical, et surtout, le faible niveau de distribution de soins et d'actes médicaux. En effet, l'observation du registre des consultations révèle un faible nombre de malades, en moyenne 5 ou 6 par jour, alors qu'en 1975 les consultations journalières variaient entre 60 et 90. Comme l'indique la figure 3, la plupart des consultants résident à Souanké, soit 87,8 % pour toute la période de l'enquête, les autres, soit 12,2 % viennent des villages. Il apparaît clairement que seuls les habitants de Souanké bénéficient des services du centre médical. En ce qui concerne les consultants extérieurs, 73,3 % d'entre eux résident dans un rayon de moins de 30 km, 26,7 % viennent des villages lointains, c'est-à-dire au delà de 30 km. Ceux-là se rendent à Souanké pour des affections plus graves, telles que les hernies, les infections urogénitales, les sciatiques, les dysménorrhées, etc.

En revanche, les actes chirurgicaux attirent les villageois, d'autant plus que la médecine traditionnelle n'intervient pas dans le domaine de la chirurgie. Le centre médical n'ayant pas de médecin, le jeune assistant sanitaire, qui vient d'y être affecté, est contraint de pratiquer quelques interventions chirurgicales afin de sauver les malades graves. Ainsi, au cours du mois d'août 1996, six malades ont été opérés pour hernie inguinale, dont quatre (66,7 %) sont venus des villages lointains.

Le registre des examens de laboratoire présente une situation identique à celle d'autres services du centre médical. Peu d'examens sont pratiqués au laboratoire : environ deux ou trois examens de selles et/ou de sang (recherche d'hématozoaires) sont réalisés chaque jour, si bien que le technicien occupe son temps à lire des journaux. Ces quelques examens intéressent exclusivement les habitants de Souanké. Déjà que les consultations médicales n'attirent pas les ruraux, à plus forte raison les analyses de laboratoire⁶.

Le centre médical de Souanké a une zone d'influence très réduite, à cause du faible niveau de prestations. Comme partout au Congo, une formation sanitaire urbaine est fréquentée, avant tout, par les citadins. Bien que vétuste et embryonnaire, l'équipement sanitaire des chefs-lieux de district ou de région est de loin supérieur à celui de la campagne.

Le centre médical n'a plus de pharmacie depuis plus de deux décennies, et il n'est plus doté en médicaments. Dans ces conditions, comment pourrait-on atteindre l'objectif de l'Organisation mondiale de la santé, à savoir la « Santé pour tous d'ici à l'an 2000 ? » Ironie du sort : l'an 2000 est là. Les infrastructures médicales sont vétustes et insuffisantes, voire inexistantes en milieu rural. Le mauvais état sanitaire de la population est la conséquence logique de la pauvreté rurale et urbaine qui est liée au sous-développement.

⁶ A titre comparatif, 720 examens de selles et 361 examens d'hématologie furent réalisés au cours du premier semestre de 1975.

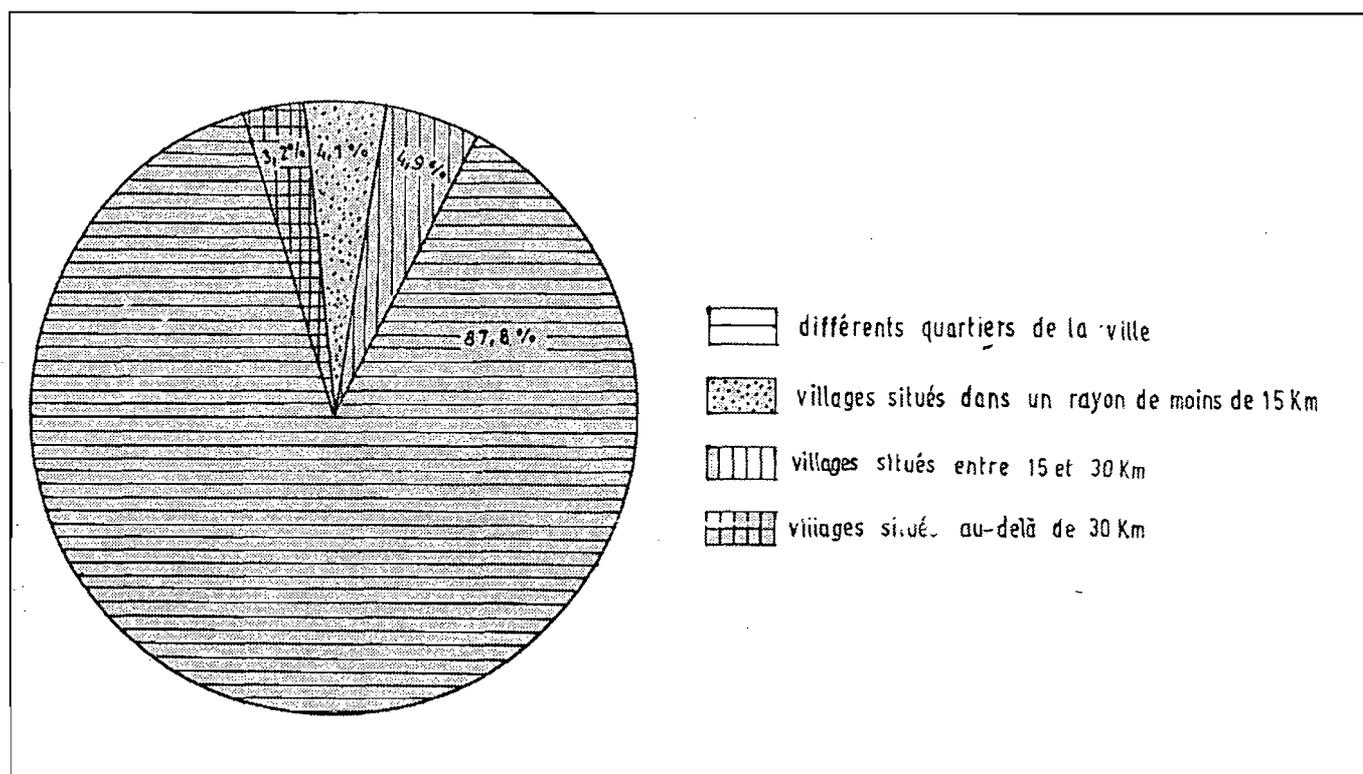


Figure 3. Influence géographique du centre médical de Souanké par rapport aux soins et actes médicaux (Source : enquête personnelle).

Le tableau II ci-dessous est révélateur d'une situation désastreuse. Il présente, d'une part, le rapport entre les infrastructures sanitaires et la population, d'autre part le rapport entre le personnel de santé et la population. On note par exemple qu'il n'existe aucun médecin et qu'il y a 11 lits d'hospitalisation pour 10 000 habitants.

Tableau II. Rapport personnel de santé, infrastructures sanitaires, lits d'hospitalisation et population dans le district de Souanké.

Personnel et lits d'hospitalisation	Pour /10 000 hab.
Infrastructures sanitaires	2
Médecins	0
Assistants sanitaires	1
Agents techniques de santé	3
Aides-soignantes	2
Matrones-accoucheuses	2
Laborantins	1
Lits d'hospitalisation	11
Dépôts pharmaceutiques	2

Une consommation pharmaceutique inégale et insignifiante

Autant les dispensaires sont rares, de même on note l'absence totale de dépôts pharmaceutiques dans les villages. Les rares médicaments que l'on peut trouver sont les pommades mentholées du genre « Vicks, Mentholatum », ou les comprimés d'Aspro, Phensic, cafenol, Amidol, Daga, etc. vendus au détail (50 F l'unité) par les commerçants ambulants. La plupart de ces médicaments, dont la date de péremption n'est indiquée nulle part, et dont l'emballage et les conditions de conservation laissent à désirer, proviennent du Cameroun et du Nigeria.

La consommation pharmaceutique est donc insignifiante. Elle est révélatrice du sous-équipement sanitaire. C'est pourquoi, dans tous les villages, les gens ont systématiquement recours aux prestations des guérisseurs, à la médecine traditionnelle dont les produits (feuilles, racines, écorce, etc.) sont fournis par la forêt environnante.

En revanche, on trouve deux petits dépôts pharmaceutiques à Souanké, appartenant, l'un aux religieux de la mission catholique, l'autre au Conseil du district de Souanké ; ce dernier est géré dans le cadre du Comité de santé.

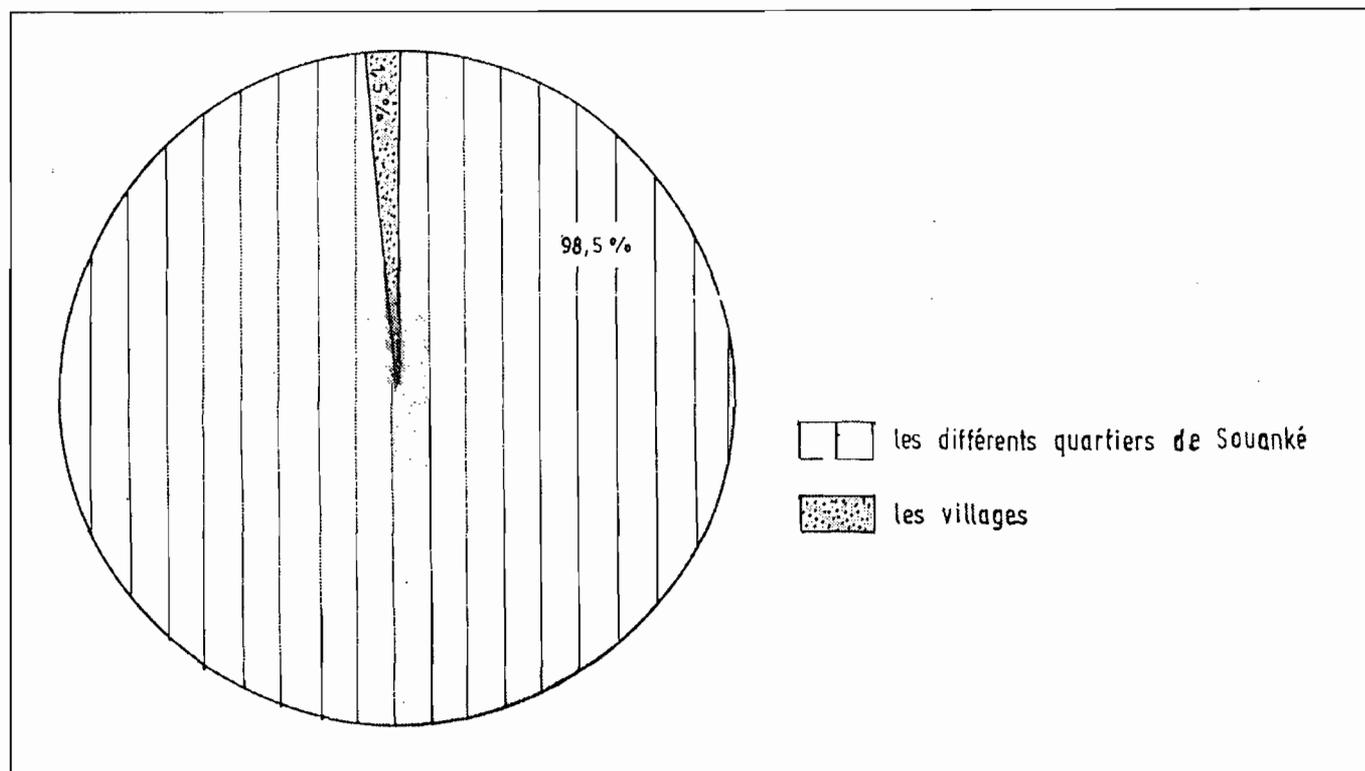


Figure 4. Aire d'influence des dépôts pharmaceutiques de Souanké.

(Source : enquête personnelle).

Situé dans l'enceinte du centre médical, le dépôt pharmaceutique du Conseil de district est plus avantagé que celui des missionnaires qui se trouve à plus de 600 m. Les médicaments y sont vendus sur prescriptions médicales. Par conséquent, la clientèle est constituée essentiellement des malades internes et externes qui achètent, quand ils le peuvent, les médicaments prescrits par les infirmiers. Il n'y a guère plus d'une dizaine de personnes qui achètent les médicaments chaque jour. En raison du faible niveau de revenu de la population et du petit nombre de prescriptions médicales, les recettes du dépôt pharmaceutique varient généralement entre 10 000 F et 15 000 F par jour. Mais actuellement, le stock de médicaments est réduit à peu de chose.

Lorsqu'il manque des médicaments au dépôt pharmaceutique du Conseil de district, les malades sont orientés vers celui des religieux. Malheureusement, dans bien de cas, ils n'y trouvent pas toujours satisfaction. La raison en est que les dépôts pharmaceutiques disposent d'un très faible stock de médicaments.

Autant le centre médical a un faible rayonnement géographique, de même les dépôts pharmaceutiques ne sont fréquentés que par les habitants de Souanké, soit 98,5 % de la clientèle (cf. fig. 4). Il s'agit essentiellement des personnes venues en consultation au dispensaire.

Outre les deux dépôts pharmaceutiques, les commerçants vendent quelques médicaments d'usage courant. Il s'agit surtout de pommades, d'antalgiques, d'anti-pyrétiques, de flacons d'antibiotiques, etc. Tous ces médicaments, vendus au détail et sans prescription médicale, ne présentent aucune garantie de qualité, car les conditions de conservation sont mauvaises. Leur acquisition n'étant pas contrôlée, aucun commerçant n'est en mesure de quantifier les ventes ou d'évaluer les recettes. De toute façon, la consommation est très faible dans l'ensemble.

Conclusion

L'état sanitaire précaire de la population est révélateur de l'insuffisance et du sous-équipement des formations sanitaires d'une part, de l'absence de pharmacie ou de dépôts pharmaceutiques d'autres part. Si la situation semble meilleure aux chefs-lieux de district, parce que ceux-ci sont dotés de centres médicaux, l'ensemble de la région est confronté au grave problème de structures sanitaires et de médicaments.

Les villageois ont créé et aménagé, tant bien que mal, leur cadre de vie, un cadre de vie fortement influencé par les contraintes du milieu physique et la situation économique et sociale du pays. Certes, la monétarisation de

l'économie rurale leur a permis de s'ouvrir sur l'extérieur, notamment sur les centres urbains et les pays voisins. Mais les moyens financiers et matériels dont ils disposent actuellement, et depuis toujours, ne leur permettent pas d'améliorer leur niveau de vie, d'ailleurs à cause de multiples facteurs endogènes et exogènes.

A l'exception de ce qui se passe en ville, les paysans congolais en général comptent essentiellement sur eux-mêmes et font tout pour aménager eux-mêmes leur environnement. Si les citadins (notamment les habitants des grandes villes comme Brazzaville, Pointe-Noire) sont d'éternels assistés, les villageois et les habitants des centres urbains secondaires ne le sont pas. En ville, l'État (c'est-à-dire la municipalité) intervient pour améliorer les conditions de vie dans les quartiers. Ce n'est pas le cas dans les villages, où la population est abandonnée à elle-même face aux multiples problèmes quotidiens de la vie. Peut-on s'imaginer dans quelles conditions vivent les habitants de l'axe Souanké-Garabinzam (117 km de piste piétonne) ou ceux de l'axe Sembé-Madjingo où l'on ne trouve ni école, ni boutique, ni dispensaire, ni dépôt pharmaceutique ? Partout, les conditions d'hygiène générale sont précaires.

Aujourd'hui, le monde rural est beaucoup plus marqué par le sous-développement et la pauvreté que la ville. Les effets du sous-développement économique et peut-être des contraintes culturelles sont notoires. Il est donc impérieux que les pouvoirs publics et les ruraux prennent leurs responsabilités. Malgré les difficultés financières et une conjoncture économique désastreuse, l'État a l'obligation de se pencher résolument sur les problèmes sanitaires de la population. Il faut construire, reconstruire et équiper les dispensaires (afin de faciliter l'accès aux soins médicaux), encadrer et éduquer les paysans, construire les pharmacies ou les dépôts pharmaceutiques, surtout développer la médecine ambulatoire par le biais des Services des grandes endémies. Il est vraiment dommage que la plupart des actions sanitaires préventives ne se déroulent que dans les grandes villes. La campagne nationale de vaccination contre la poliomyélite, organisée en 1996 en faveur des enfants

de 0 à 5 ans, n'avait même pas atteint les zones de Souanké-Garabinzam, de Sembé-Ngbala et de Sembé-Madjingo. Les équipes de vaccination n'avaient travaillé que dans les chefs-lieux de district. La campagne de 1999 n'a même pas atteint tous les villages. Nous avons là un bel exemple d'inégal accès aux soins médicaux.

Par ailleurs, il faut que les paysans sachent se prendre en charge par l'observation stricte des règles élémentaires d'hygiène corporelle et personnelle, par l'assainissement de leur environnement (construction des latrines, incinération des ordures, protection des points d'eau, balayage régulier de la cour du village, etc.). Il faut qu'ils comprennent que l'insalubrité de leur cadre de vie les expose à toutes sortes de maladies, qu'à cause de la conjoncture économique et surtout de la mauvaise gestion des finances publiques, l'État n'arrive plus à faire face à ses obligations vis-à-vis du citoyen, mais mène quelques actions de charme au moment des campagnes électorales. En tout cas, si la situation dans les villes se dégrade de plus en plus, les villages et les centres urbains secondaires, de ce point de vue, ne connaissent aucune amélioration. Il est urgent que l'État se penche sur la question de développement du monde rural afin que les ruraux vivent une « ruralité » autre que celle vécue actuellement. □

Références bibliographiques

- GAYE A., POUNDZOU et ABESO TOMO P., 1995. Ruralisation du plateau Batéké-sud. Rapport AGRICONGO. Brazzaville, 17 p.
- MABOUANA P., 1996. Odziba, étude géographique d'un terroir au Congo. Brazzaville, université Marien N'Gouabi. Mémoire de maîtrise.
- VENNETIER P., 1972. L'approvisionnement des villes en Afrique noire : un problème à étudier. In : Livre d'hommage à Pierre Gourou. Paris, Mouton p. 477-490.
- VENNETIER P., 1988. Urbanisation, production agricole et auto-suffisance alimentaire : réflexions sur le cas africain. Cahiers d'Outre-Mer, vol. XLI, n° 163, p. 209-226.
- VENNETIER P., 1988. Urbanisation et production agricole : les paysans pionniers du plateau de Mbé (Congo). Cahier d'Outre-Mer, vol. XLI, n° 163, p. 303-308.

Résumé

A partir de l'analyse des conditions économiques et sociosanitaires observées en milieu rural, cet article met en évidence le problème crucial du sous-développement. Corollaire du faible niveau de revenu des populations rurales, la médiocrité des conditions d'hygiène et les difficultés d'accès aux soins de santé caractérisent la région de la Sangha occidentale. Évoquant le problème de comportement individuel et collectif face à la dégradation du cadre de vie, l'auteur en appelle aussi à la responsabilité de l'État dans la résolution des questions de développement rural.

Abstract

Based upon the analysis of the economic and socio-sanitary conditions observed in the rural areas, this study aims to raise the crucial problem of underdevelopment. As a corollary of the weak level of income of the rural populations, the mediocrity of the sanitary conditions and difficulties of access to health care characterise the Western Sangha region. The author of this study outlines the problem of personal and collective behaviour in the context of the degradation of the living environment. He also appeals to the sense of accountability of the State as regards the resolution of rural development issues.