



UNIVERSITE MARIEN NGOUABI
Faculté des Lettres, Arts et Sciences Humaines (FLASH)



Année académique : 2018-2019

N° d'ordre : 518/UMNG.VR-RC.DR

THESE

Pour l'obtention du diplôme de Doctorat de Sociologie

Domaine : Sciences de l'homme et de la société

Formation doctorale : Espaces Littéraires, Linguistiques et Culturels (ELLIC)

Parcours : Identités culturelles

Spécialité : Sociologie

Option : Socio-anthropologie de la santé

Présentée et soutenue publiquement

Le 29 Décembre 2020 à l'Auditorium de la Grande Bibliothèque Universitaire (UMNG)

Par

Fernand BANDENDISSA

Titulaire du Diplôme d'Etudes Approfondies (DEA) de Sociologie (2014)

Né le 14 mai 1970 à Dolisie (Congo)

TITRE

**IMAGINAIRE DE LA DREPANOCYTOSE, RECOURS
THERAPEUTIQUES ET SOLIDARITE FAMILIALE
CHEZ LES BRAZZAVILLOIS**

Directeur de thèse

Gertrude NDEKO, Professeur Titulaire, UMNG, Congo

Co-directeur de thèse

Julien MBAMBI, Maître de conférences, UMNG, Congo

Composition du Jury

Président : **Gontran ONDZOTTO**, Professeur Titulaire, Université Marien NGOUABI (Congo)
Rapporteur externe : **Antoine SOCPA**, Professeur Titulaire, PHD Université Yaoundé 1 (Cameroun)
Rapporteur interne : **Michel Alain MOMBO**, Professeur Titulaire, Université Marien NGOUABI (Congo)
Examineur : **Léon TSAMBU BULU**, Professeur, Université de Kinshasa (RD Congo)
Directeur de thèse : **Gertrude NDEKO**, Professeur Titulaire, Université Marien NGOUABI (Congo)
Co-directeur : **Julien MBAMBI**, Maître de Conférences, Université Marien NGOUABI (Congo)

Dédicace

A

- mon père **Gaston BANDENDISSA**, in memoriam

Et

- mon professeur de sociologie **Jean Pierre MISSIE**, in memoriam.

Remerciements

Au Professeur **Gertrude NDEKO**,

Je vous exprime toute ma gratitude pour avoir bien voulu, malgré vos multiples occupations académiques, accepter de poursuivre la direction des travaux de la présente thèse. Ceci, après le décès inopiné en 2017 de votre très cher collègue, le Professeur **Jean Pierre MISSIE**.

Votre rigueur scientifique et vos précieux conseils à mon égard, témoignent bien, votre engagement personnel à vouloir « passer le témoin » de la recherche scientifique aux apprentis sociologues que nous sommes.

Au Maître de Conférences **Julien MBAMBI**, pour avoir accepté sans hésitation d'être aux côtés du Professeur **Gertrude NDEKO** comme directeur de thèse associé (co-directeur), en vue d'apporter votre expertise scientifique aux travaux de cette thèse. Ceci, au nom de la pluridisciplinarité dans les sciences de l'homme et de la société.

Nos deux (2) éminents Professeurs, ont fait montre de beaucoup de sagesse dans la direction de cette thèse, pour avoir respecté le principe fondamental de la dimension genre dans un esprit de parfaite collaboration scientifique.

Aux membres du jury les professeurs **Gontran ONDZOTTO**, **Antoine SOCPA**, **Michel Alain MOMBO**, **Léon TSAMU BULU**, nous adressons notre gratitude la plus sincère pour avoir accepté de faire partie du jury de la présente thèse.

Que le Professeur **Hervé Fortuné MAYANDA** de la Fondation CONGO-ASSISTANCE, les Ministres **Emilienne RAOUL** et **Antoinette NDINGA DZONDO**, sans oublier **Madame Marie Céline TCHISSAMBOU-BAYONNE**, et **Jean Clotaire TOMBY**, trouvent ici les marques de ma reconnaissance pour leurs précieux conseils et leurs soutiens multiformes, ayant contribué à l'aboutissement positif de ce travail.

Ma franche reconnaissance envers tous les enseignants de la formation doctorale Espaces Littéraire, Linguistique et Culturel de la Faculté des Lettres, Arts et Sciences Humaines qui ont contribué à ma formation académique, particulièrement les Professeurs **Marius Basile NGASSAKI**, **Paul NZETE**, **Dieudonné TSOKINI**, **Jean Pierre MISSIE**, et **Gertrude NDEKO**.

Je dis, grand merci au docteur **Martin YABA**, Socio-anthropologue de la santé et aux deux (02) chefs de parcours-type Licence sociologie et psychologie, en occurrence, les Maîtres Assistant CAMES, **Jean Bruno BAYETTE** et **Nicaise Léandre Mesmin GHIMBI**, pour m'avoir apporté leur assistance scientifique.

Je remercie toutes les personnes ressources qui nous ont fourni des renseignements nécessaires pour la réalisation de cette recherche, notamment

- Madame **Patricia Rachel BOUILAMA**, Assistante sociale au Programme National de Lutte contre la Drépanocytose,
- Monsieur **André LOUSSIBOU**, Président de la Fédération Congolaise de Lutte contre la Drépanocytose,
- Monsieur **Ghislain Roch ETSAN**, chargé de cours au Département de sociologie, sans oublier Messieurs **Cédric Lhionnel GUIE-MEN N'GUEMPIO**, Chargé de cours au Département Psychologie et **Baron Frédéric BOUZOCK**, Préfet du Département du Niari.

A tous mes condisciples de la formation doctorale, j'exprime ma reconnaissance pour leurs contributions combien nécessaires, lors des séminaires doctoraux qui ont contribué efficacement à l'enrichissement de ce travail scientifique.

Que ma fiancée **Rosine INDANGUI ENGONDZALA**, sans oublier mes très chers enfants, **Fertine Carole BALENDA-NDOULOU**, **Yannick Festher BANDENDISSA** et **God Fernel BANDENDISSA**, trouvent tous ici, l'expression de mon affection indéfectible.

Enfin, mes remerciements s'adressent à toutes les personnes, parents, amis et connaissances, qui de près ou de loin, nous ont apporté leurs soutiens moral, spirituel, matériel et financier, combien nécessaires pour l'aboutissement de cette thèse, notamment **Albert Tulex NZOUNGOU, Alphonsine TSOKO, Joséphine NGOMA-OUFOURA, Oscar Mercadet NZIKOU, Colette BANDENDISSA, Jean Mathurin NZIKOU, Emile NZONDO, Alice NZONDO-NGOMA, Dorice BOUBITA, Hilarion Bienvenu BENZE, Hélène Léa KODA-BANDENDISSA, Mick MBOUMBA-MBOUMBA, Jean Jacques KIDI et Hervé Fortuné KAYA.**

Liste des tableaux

Tableau 1: Présentation des caractéristiques de l'échantillon.....	23
Tableau 2: Capacité d'hébergement au CHU de Brazzaville en 2012	82
Tableau 3: Répartition des établissements de santé (C.H.U. et Hôpitaux) du secteur public en 2009 par département selon le type.	88
Tableau 4: Répartition des structures du secteur public par typologie et selon le lieu.....	88
Tableau 5: Structure d'appui	89
Tableau 6: Répartition du personnel de santé par département en 2016	92
Tableau 7: Répartition des agents du service d'hématologie clinique du CHUB selon leurs grades et par sexe.....	115
Tableau 8: Répartition des agents du service de Pédiatrie Grands Enfants du CHUB selon leurs grades et par sexe.....	118
Tableau 9: Analyse financière des budgets des ministères du secteur social	166
Tableau 10: Matrice des indicateurs.....	201
Tableau 11: Différenciation des caractéristiques du magicien et des sorciers	217
Tableau 12: Répartition des tradipraticiens par sexe et par département	274

Liste des figures

Figure 1: Organigramme du système de santé	69
Figure 2: Légende de l'organigramme du système de santé	70
Figure 3 : Photo du Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville (CHU-B) : entrée principale	107
Figure 4 : Enseigne indiquant le service d'Hématologie clinique dans l'enceinte du CHU-B	113
Figure 5 : Photo d'un sujet drépanocytaire en radiologie au CHU-B	114
Figure 6 : Affiche de la campagne nationale de sensibilisation et de dépistage de la drépanocytose au service d'hématologie clinique du CHU-B	116
Figure 7 : Photo des garde-malades au service d'hématologie clinique du CHU-B	117
Figure 8 : Enseigne indiquant le CNRDr	120
Figure 9 : Photo des services médicaux du CNRDr	121
Figure 10 : Photo de l'entrée principale du CNRDr	122
Figure 11 : Photo de la remise du diplôme d'honneur à Mme Antoinette SASSOU NGUESSO pour sa lutte contre la drépanocytose	122
Figure 12 : Photo du jour d'inauguration du CNRDr par Mme Antoinette SASSOU NGUESSO	123
Figure 13 : Photo du jour de l'inauguration du CNRDr	124
Figure 14: Cas d'un couple dont l'un des conjoints est sain et l'autre hétérozygote	133
Figure 15: Couple dont les deux conjoints sont hétérozygotes	134
Figure 16: Couple dont l'un des conjoints est sain et l'autre homozygote	135
Figure 17: Couple dont l'un des conjoints est hétérozygote et l'autre homozygote	135
Figure 18: Couple dont les deux conjoints sont homozygotes	136
Figure 19 : Photo de Mme Antoinette SASSOU NGUESSO, marraine de la FCLD	162
Figure 20 : Logo et composition des associations membres de la FCLD	163
Figure 21 : Photo des contacts et des jours de réception de l'association congolaise des Hémophiles	164
Figure 22 : Carte géographique de Brazzaville dans le département du Pool	295
Figure 23 : Ratio des enseignants et médecins par rapport aux départements du Congo	296
Figure 24 : Carte des divisions administratives par rapport aux départements du Congo	297
Figure 25 : Emplacement géographique du Congo dans la carte de l'Afrique	298

Liste des annexes

Annexe 1 : Guide d'entretien destiné aux patients drépanocytaires et leurs familles (chefs de ménages)	352
Annexe 2 : Guide d'entretien destiné aux agents de sante assurant la prise en charge médicale des patients drépanocytaires	356
Annexe 3 : Guide d'entretien destiné aux personnes ressources assurant la prise en charge des patients drépanocytaires.....	360
Annexe 4 : Guide d'entretien destiné aux tradipraticiens assurant la prise en charge médicale des patients drépanocytaires.....	364
Annexe 5 : Guide d'entretien destiné aux responsables des associations / o.n.gs assurant la prise en charge des patients drépanocytaires	368
Annexe 6 : Statuts de la Fédération Congolaise de la lutte contre la drépanocytose (FCLD)	372
Annexe 7 : Règlement intérieur de la Fédération congolaise de lutte contre la drépanocytose (FCLD)	379
Annexe 8 : Récépissé de déclaration d'association de la Fédération Congolaise de la lutte contre la drépanocytose.....	389
Annexe 9: Accord de dérogation.....	390
Annexe 10: Accord de direction.....	391
Annexe 11: Autorisation de recherche	392
Annexe 12: Autorisation de soutenance	393
Annexe 13: Avis de soutenance	394
Annexe 14: Note de service portant autorisation de soutenance	395
Annexe 15: Rapport de soutenance	396
Annexe 16: Avis du jury sur la reproduction de la thèse soutenue	397
Annexe 17: Diplôme de DEA	398

Abréviations, sigles et acronymes

%	Pourcentage
AA	Sujet sain (normal)
AAH	Allocation pour Adulte vivant avec Handicap
ACIPD	Association Congolaise pour l'Information et la Prévention de la Drépanocytose
ACT	Association Congolaise des Tradithérapeutes
AEEH	Allocation d'Education de l'Enfant vivant avec Handicap
AESS	Agence de l'Economie Sociale et Solidaire
AGETIPRE	Agence d'Exécution des Travaux à Intérêt Public pour la Réinsertion et l'Emploi
AGR	Activités Génératrices de Revenus
AS	Sujet drépanocytaire hétérozygote (partiel)
ASL	Aide de Solidarité Locale
ASPA	Allocation de Solidarité pour Personne Agée
BAC	Baccalauréat
BEMG	Brevet d'Etudes Moyennes Générales
BEP	Brevet d'Etudes Professionnelles
BEPC	Brevet d'Etudes du Premier Cycle
BET	Brevet d'Etudes Techniques
CA	Coupons Alimentaires
CAMES	Conseil Africain et Malgache pour l'Enseignement Supérieur
CAS	Circonscription d'Action Sociale
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CDPS	Conseil Départemental pour la Promotion de la Santé
CDS	Centre de Développement Social
CEPE	Certificat d'Etudes Primaires Elémentaires
CHUB	Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville
CLD	Centre de Lutte contre la Drépanocytose
CNI	Conseil National de lutte contre les Inégalités
CNPS	Conseil National de la Promotion de la Santé
CNRDr	Centre National de Référence de la Drépanocytose
CNRMS	Centre National de Recherches sur les Maladies du Sang
CNSEE	Centre National des Statistiques et des Etudes Economiques
CNTS	Centre National de Transfusion Sanguine
CPS	Centre de Promotion Sociale
CSI	Centre de Santé Intégré
CSS	Circonscription Socio-Sanitaire
DDAS	Direction Départementale des Affaires Sociales
DEA	Diplôme d'Etudes Approfondies
DGAS	Direction Générale des Affaires Sociales
DGS	Direction Générale de la Solidarité
DGS	Direction Générale de la Santé
DHPPS	Direction de l'Hygiène Publique et de la Promotion de la Santé
DSRP	Document de la Stratégie de Réduction de la Pauvreté
DSRP	Document de Stratégie pour la Réduction de la Pauvreté
ECOM	Enquête Congolaise auprès des Ménages
EDSC	Enquête Démographique et de Santé du Congo
Eff	Effectif
EPS	Education Pour la Santé
ESS	Economie Sociale et Solidaire
FCLD	Fédération Congolaise de Lutte contre la Drépanocytose
FDELLIC	Formation Doctorale Espaces, Littéraires, Linguistiques et Culturels

FIPAC	Forum International sur les Populations Autochtones en Afrique Centrale
FLSH	Faculté des Lettres et des Sciences Humaines
FMI	Fonds Monétaire International
FSA	Filet de Sécurité Alimentaire
FSL	Fonds de Solidarité pour le Logement
Hb	Hémoglobine
HbA	Hémoglobine A
HbS	Hémoglobine S
HIMO	Haute Intensité de Main d'œuvre
IDH	Indice du Développement Humain
IEC	Information Education et Communication
IEC	Information Education et Communication
IPHD	Partenaire International pour le Développement Humain
JNS	Journée Nationale de la Solidarité
MASAHS	Ministère des Affaires Sociales de l'Action Humanitaire et de la Solidarité
MEPATI	Ministère de l'Economie, du Plan, de l'Aménagement du Territoire et de l'Intégration
MSP	Ministère de la Santé et de la Population
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Economique
ODD	Objectifs du Développement Durable
OILD	Organisation Internationale de Lutte contre la Drépanocytose
OIT	Organisation Internationale du Travail
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
OSE	Observatoire Social et de l'Enfance
P.U.F	Presses Universitaires de France
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PARCAM	Programme d'Appui aux Renforcement des Capacités des Acteurs de la solidarité
PARSEGD	Projet d'Appui à la Réinsertion Socio-Economique des Groupes Défavorisés
PIB	Produit Intérieur Brut
PME	Petites et Moyennes Entreprises
PNAS	Politique Nationale de l'Action Sociale
PND	Programme National de Développement
PNDS	Plan National de Développement Socio-sanitaire
PNLD	Programme National de Lutte contre la Drépanocytose
PNPS	Politique Nationale de Promotion de la Santé
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PS	Protection Sociale
R ENAPAC	Réseau National des Peuples Autochtones du Congo
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RSI	Revenu de Solidarité et d'Insertion
RSU	Registre Social Unique des ménages
SDA	Synergie et Développement d'Afrique
SFS	Système des Filets Sociaux
SIDA	Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
SMIG	Salair Minimum Interprofessionnel Garanti
SNIAS	Système National d'Information d'Action Sociale
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SNRPS	Stratégie Nationale de Renforcement et de Promotion de Solidarité
SS	Sujet drépanocytaire homozygote (total)
SSP	Soins de Santé Primaires
TA	Tickets Alimentaires

TPE	Très Petites Entreprises ;
TSL	Taxe de Solidarité de Logement ;
UADL	Unités d'Appui au Développement Local ;
UNICEF	Fonds des Nations Unies Pour l'Enfance.
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

Sommaire

INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	1
PREMIERE PARTIE : CADRE GENERAL ET SPECIFIQUE DE LA RECHERCHE	26
CHAPITRE I : CADRE GENERAL DE LA RECHERCHE.....	28
CHAPITRE II : INSTITUTION HOSPITALIERE	60
CHAPITRE III : CADRE SPECIFIQUE DE LA RECHERCHE	105
DEUXIEME PARTIE : POLITIQUE DE CONSTRUCTION DE LA SOLIDARITE NATIONALE AU CONGO	126
CHAPITRE IV : GENERALITES SUR LA DIMENSION BIOMEDICALE DE LA DREPANOCYTOSE	128
CHAPITRE V : NOTION DE LA SOLIDARITE AU CONGO.....	137
CHAPITRE VI : PRESENTATION DE LA STRATEGIE NATIONALE DE RENFORCEMENT ET DE PROMOTION DE LA SOLIDARITE	172
TROISIEME PARTIE : LA DREPANOCYTOSE DANS L'UNIVERS SOCIAL BRAZZAVILLOIS	206
CHAPITRE VII : APPROCHE SOCIOLOGIQUE DE LA MALADIE.....	208
CHAPITRE VIII : LA MEDECINE TRADITIONNELLE COMME COMPOSANTE STRATEGIQUE DE SANTE AU CONGO	268
CHAPITRE IX : FONDEMENTS DE LA POLITIQUE NATIONALE DE MEDECINE TRADITIONNELLE.....	278
CONCLUSION GENERALE	287
REPRESENTATIONS CARTOGRAPHIQUES DE LA REPUBLIQUE DU CONGO	294
ANNEXES	351

INTRODUCTION GÉNÉRALE

1. Justification du choix thématique de la thèse

La recherche que nous avons entreprise porte sur les rapports de causalité chez les Brazzavillois entre :

- L'imaginaire de la drépanocytose et les recours thérapeutiques ;
- Les recours thérapeutiques de la drépanocytose et la solidarité familiale ;
- L'imaginaire de la drépanocytose et la solidarité familiale.

Pourquoi y consacrer une thèse ?

Deux raisons ont milité en faveur du choix de notre sujet :

- La première raison est d'ordre personnel ;
- la seconde est d'ordre scientifique.

Pour ce qui est de la première raison d'ordre personnel, nous avons observé que les patients drépanocytaires sont victimes de pratiques stigmatisantes et discriminatoires dans la société congolaise. Ces pratiques se manifestent par l'exclusion, l'abandon et par la prise en charge de la maladie par les parents très proches. C'est pourquoi, les familles affectées par la maladie d'un proche se référant aux différentes offres thérapeutiques (hôpital, église et centre de tradipraticiens).

Concernant la deuxième raison d'ordre scientifique, nous avons constaté que la plupart des travaux entrepris sur cette question, consacrent une part importante aux recherches d'ordre biomédical, clinique et pharmaceutique, etc. Au bilan de tous ces travaux et dans le contexte congolais, il est apparu que, la prise en compte de l'impact des déterminants culturels et sociaux dans l'offre de prévention et de prise en charge des patients drépanocytaires, est très peu prise en compte.

C'est pour combler ce déficit que nous avons entrepris ce travail. Il s'agit pour nous de construire une socio-anthropologie de la drépanocytose propre à la socioculture congolaise en général et brazzavilloise en particulier. Sur le plan théorique, notre travail se propose d'alimenter le champ de la socio-anthropologie de la drépanocytose, sous branche de l'anthropologie médicale.

En République du Congo, la maladie en général et la drépanocytose en particulier, renvoie à des systèmes de représentations, de pensées et de croyances qui caractérisent aussi bien, l’imaginaire individuel du sujet malade que l’imaginaire collectif de son groupe social d’appartenance. La nature spécifique de la drépanocytose conditionne très souvent, les recours thérapeutiques empruntés par les patients et/ou leur famille à la recherche permanente de la guérison. Aussi, les révélations de sorcellerie de nganga kissi (guérisseurs ou tradithérapeutes) et/ou les révélations divines des religieux (nganga nzambi), mettent à mal très souvent, la solidarité familiale en donnant lieu à la division (ou la désunion) des membres d’une même famille, ou à l’effritement des liens familiaux.

Les questionnements de cette recherche s’articulent autour de l’imaginaire de la drépanocytose, les recours thérapeutiques et de la solidarité familiale face à cette maladie du sang dans le contexte de la République du Congo.

En tenant compte de nos observations et constats, suivis d’une série de discussions avec les patients drépanocytaires, les agents de santé, les familles des malades, les ONG, les fondations, les associations de lutte et de prise en charge de la drépanocytose, les tradithérapeutes, les personnes ressources en la matière et l’analyse documentaire sur la question, il est apparu dans le contexte brazzavillois, les problèmes suivants :

- la drépanocytose est considérée comme une maladie liée à la sorcellerie (maladie mystique) ;
- les patients drépanocytaires sont considérés comme des morts vivants (kufa-lobi)¹ par les membres de leur groupe social d’appartenance, et par leur entourage immédiat ;

¹ **Kufa-lobi** (de **kufa** = mourir et **lobi** = demain), Signifie en lingala, l’une des deux (02) langues nationales de la République du Congo, au côté de Kituba, un sujet (individu) moribond ayant une courte espérance de vie. En d’autres termes, cette appellation désigne ce qui incarne la mort dans un proche avenir.

- la drépanocytose est la conséquence directe d'un mauvais sort qui frappe le patient et sa famille ;
- la consultation des religieux (nganga nzambi) et des tradithérapeutes (nganga kissi) à des fins thérapeutiques spirituelles (désenvoûtement et délivrance) et traditionnelles (désenvoûtement, délivrance et protection) ;
- la consultation des médecins (munganga) à des fins thérapeutiques modernes (examens cliniques et soins médicaux) ;
- le manque d'assistance sociale, matérielle et financière à l'égard de certains patients drépanocytaires dans le cadre de leur prise en charge médicale par les membres de leur famille biologique.

Ceci est observable dans les sociétés africaines confrontées à une dynamique sociale caractérisée par des rapports entre ce qui vient du dehors (de l'Occident) et ce qui émane du dedans (des réalités locales). Ces modalités du savoir, sont éminemment sociales et socialement construites. (Balandier, 1981)

La drépanocytose, considérée scientifiquement comme une maladie héréditaire, constitue aussi un objet d'étude sociologique, dans la mesure où elle se produit dans un environnement socioculturel.

En effet, le psychologue Dieudonné TSOKINI (2008, p.8), s'appuyant justement sur Zamenga BATUKEZANGA affirme que guérir le malade, « c'est pénétrer le mode socioculturel, connaître à fond la nature intime et ambiante du malade ».

2. Problématique

D'un point de vue sociologique, toute maladie est un phénomène signifiant qui peut être compris et expliqué par le malade lui-même. C'est ainsi que pour une même pathologie médicalement diagnostiquée, nous pouvons constater une multitude d'explications de la part des patients selon leur milieu socio-culturel. Cette constatation n'est pas le produit d'un hasard, mais plutôt le résultat réel d'un processus de socialisation que subissent les acteurs sociaux dans leur milieu social d'origine.

Il y a autant de sociétés au monde que de cultures et, par conséquent, autant de systèmes de représentations et de croyances. En d'autres termes, les facteurs socioculturels déterminent très souvent le modèle explicatif de la maladie chez les personnes qui en sont victimes. Il est donc légitime de s'interroger sur la rationalité qui sous-tend le modèle socio-culturel explicatif de la maladie.

Autrement dit, est-ce que l'analyse socioculturelle de la maladie peut être considérée comme une analyse rationnelle et universelle ?

La réponse qui en découle est loin de faire l'unanimité, pour la simple raison que le discours biomédical de la maladie n'obéit pas à la logique du modèle explicatif (ou paradigme) socio-culturel de la maladie. A cet égard J. TONDA et A. KOUVOUAMA (1993, p. 106), soulignent que

l'activité médicale est toujours interprétative et déductive, le médecin interprète les symptômes ressentis et présentés par son patient et les traduit dans les catégories ou le registre du savoir biomédical fondé sur les connaissances biologiques non seulement pour identifier la maladie, mais aussi pour faire administrer au patient le traitement médical le plus indiqué, en lien avec les résultats du diagnostic clinique.

Par ailleurs, dans le vocabulaire de l'anthropologie médicale anglo-saxonne, « illness » signifie, « la maladie du malade » par rapport aux représentations sociales que suscite la maladie. C'est donc une conception culturaliste de la maladie qui renvoie aux aspects magico-religieux des croyances traditionnelles. En d'autres termes, le sujet malade a son propre point de vue sur sa maladie. Autrement dit, le discours du patient sur sa maladie est fortement influencé par la nature de ses croyances magico-religieuses, qui elles-mêmes sont liées à des valeurs culturelles de son milieu social d'origine.

Le malade s'est forgé son propre paradigme ou modèle explicatif de sa maladie ? Ce modèle explicatif de la maladie est-il individuel, ou est-il lié à la culture où l'individu a été socialisé.

Le terme « sickness » correspond à la description de la maladie socialisée, autrement dit, c'est l'interprétation sociale de la maladie,

du fait qu'elle est abordée comme représentation sociale et charge symbolique par l'ensemble du groupe social et qu'elle sous-tend les modèles étiologiques et les comportements préventifs ou de recherche d'aide (Massé, 1995).

Tandis que, le terme « disease » désigne : « la maladie du médecin ou maladie au sens médical », selon le registre du savoir médical. Il correspond à un état de perturbation pathologique ou de dysfonctionnement physiologique.

G. CANGHILEM, cité par J. TONDA (1990, p. 35) considère que « *toute maladie est une situation pathologique qui conduit parfois l'acteur social vers un état de déviance* ». Autrement dit, la maladie en tant que situation pathologique peut conduire un acteur social à tenir un raisonnement irrationnel, à être en conflit avec l'ordre social (l'anomie : l'inobservation des normes sociales) donc à être dans un état de déviance.

En effet, la maladie peut engendrer chez un acteur social un comportement anémique : c'est le cas d'un malade mental qui pleure seul sans fondement dans la voie publique. La maladie comporte en elle-même sa propre réalité sociale, puisqu'elle recouvre une explication symbolique liée à la réalité culturelle qu'elle est censée représenter dans la mythologie ancestrale.

Les explications symboliques qu'incarne la nature d'une maladie ne sont toujours pas les mêmes selon que l'on se trouve dans tel ou tel univers culturel. Elles sont fonction de la nature de l'imaginaire social dont est issu le sujet malade. C'est pour cette raison que la maladie en général et la drépanocytose en particulier, en tant que « fait social », suscite toujours la curiosité des spécialistes des sciences humaines et sociales, notamment les sociologues, les anthropologues et les psychologues.

Plus de 50 millions de personnes dans le monde souffrent de la drépanocytose et 120 millions de personnes sont porteuses du trait drépanocytaire, dont deux tiers (2/3), soit 80 millions de personnes en Afrique. C'est pour cela qu'Alexis ELIRA DOKEKIAS, estime que « la drépanocytose est devenue un véritable problème de santé publique, mais pas encore une priorité de santé publique »².

Cependant, pour l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), lors de la tenue à Brazzaville, du 12 au 14 juillet 2019, du congrès africain d'hématologie, « la drépanocytose reste encore méconnue du grand public ». Nos Etats seuls sans l'appui des partenaires, ne pourront faire face à l'information, la communication, l'éducation, le dépistage, la prise en charge des patients et aussi la recherche fondamentale de certaines données. L'OMS, dans la mesure de ses moyens apportera son soutien nécessaire à la mise en œuvre des politiques nationales de prise en charge globale de la drépanocytose au sein de ses Etats membres.

La drépanocytose qui est une maladie génétique du sang prédomine en Afrique centrale où 30% de la population est drépanocytaire (Banquet, 2000). Au Congo, il existe deux (2) catégories de drépanocytaires, les premiers appelés les hétérozygotes (AS), sont partiellement atteints de la drépanocytose, et portent le trait drépanocytaire, tandis que les homozygotes (SS), constituent les grands malades (Boukougou, 1998). Cette deuxième catégorie de drépanocytose, appelée totale se caractérise par une destruction excessive des globules rouges qui entraîne une anémie sévère, c'est-à-dire une diminution du taux des globules rouges, encore appelés hématies dans l'organisme humain.

² Propos recueillis lors de l'enquête de terrain au Centre National de Référence la Drépanocytose (CNRDr).

Pour GIROT R. (2003), la drépanocytose est une maladie génétique de l'hémolytique chronique marquée par la survenue de crises aiguës. Elle s'attaque aux hématies et provoque des occlusions des vaisseaux sanguins. Cette maladie a une fréquence maximale en Afrique subsaharienne, soit 3 à 40 % de la population atteinte de la tare en comparaison avec d'autres communautés. C'est finalement le lien que la drépanocytose possède avec le sang, (qui selon les valeurs culturelles congolaises, est un liquide sacré qui incarne le « souffle de vie » des humains), qui constitue le fondement de l'imaginaire ou des représentations de la drépanocytose.

3. Objectifs de la recherche

Les objectifs poursuivis par la présente recherche sont les suivants :

- Contribuer à l'analyse et à la compréhension d'un phénomène social, l'imaginaire lié à la drépanocytose, comme une pathologie sanguine héréditaire familiale ;
- Analyser le rapport entre, d'une part l'imaginaire de la drépanocytose et les recours thérapeutiques choisis par les patients et/ou leurs familles, et d'autre part, entre l'imaginaire de la drépanocytose et la solidarité familiale dans le contexte congolais.

Notre thèse porte sur : Imaginaire de la drépanocytose, recours thérapeutiques et solidarité familiale chez les Brazzavillois.

Cette recherche est consacrée à l'exploration, l'analyse et l'interprétation de la drépanocytose dans la perspective socio-anthropologique (ou ethnomédicale).

- Cette recherche envisage d'analyser les facteurs qui déterminent l'imaginaire de la drépanocytose et les recours thérapeutiques des patients et/ou leurs familles ;
- Elle envisage aussi, d'analyser les effets de l'imaginaire de la drépanocytose sur la solidarité familiale dans le contexte socio-culturel Brazzavillois.

Cette étude ouvre entre autres, des pistes de réflexion sur la prise en compte des déterminants socioculturels dans l'offre de service. Les patients drépanocytaires ne vivent pas en autarcie, car ils sont confrontés à une double influence des valeurs dictées par la tradition et la modernité³.

Les Brazzavillois ne sont pas totalement déterminés par l'influence des traditions, car ils subissent diverses influences dont celles de la modernité.

Le contexte socio-culturel et économique, contribue à façonner les connaissances, les comportements et les attitudes face à la maladie et dans la quête de la guérison.

Les difficultés rencontrées dans la recherche de la guérison ou pendant les périodes de crise drépanocytaire, dont le manque d'argent dicte des stratégies diverses qui se manifestent, soit par la démission, autrement dit, par le déni de la maladie, soit par la recherche d'un bouc émissaire responsable de la maladie, d'où certaines accusations sorcellaires dans le contexte de la drépanocytose au Congo.

L'imaginaire de la drépanocytose serait lié à des croyances magico-religieuses associée à la culture véhiculées dans la société, et puis intériorisées par les acteurs sociaux à travers le processus de socialisation.

4. Population cible

La population cible de notre recherche est constituée de personnes répondant aux critères d'inclusion. Il s'agit notamment de la population constituée des :

- patients drépanocytaires homozygotes (SS), âgés de 5 à 35 ans, des deux (2) sexes, de nationalité congolaise, vivant à Brazzaville ;
- chefs de ménage âgés de 35 ans révolu à 80 ans, des deux (2) sexes, ayant à charge au moins un (1) patient drépanocytaire homozygote (SS) ;
- agents de santé assurant la prise en charge des patients drépanocytaires homozygotes (SS) au CHUB et au CNRDr Antoinette SASSOU NGUESSO ;

³ C'est ce que le psychologue **Dieudonné TSOKINI** appelle par la culture dynamique de l'entre deux.

- tradithérapeutes assurant la prise en charge des patients drépanocytaires homozygotes (SS) résidant à Brazzaville ;
- responsables des associations, des ONGs ou des fondations œuvrant pour la lutte contre la drépanocytose résidant à Brazzaville ;
- personnes ressources ayant une grande expertise dans la lutte contre la drépanocytose résidant à Brazzaville.

5. Situation socioculturelle

La République du Congo, comme la plupart des pays d'Afrique noire au Sud du Sahara, est fortement dominée par les croyances traditionnelles et les pratiques sociales qui y sont liées.

C'est ainsi qu'on constate fréquemment dans certaines communautés, la pratique de l'endogamie clanique ou lignagère, et surtout la pratique qui consiste à hériter les femmes (le lévirat). Ces pratiques sociales (mariages consanguins), sont parfois à l'origine de la propagation au sein de certaines familles, des tares héréditaires, comme celles de la drépanocytose.

L'Association Congolaise pour l'Information et la Prévention de la Drépanocytose (ACIPD) dans sa revue : « *Ce que vous devez savoir sur la drépanocytose* » publiée en janvier 2012, affirme que la ville de Brazzaville à elle seule, compte un taux de prévalence de la drépanocytose qui avoisine 26%, selon les résultats de l'analyse clinique de dons de sang (par Electrophorèse de l'hémoglobine), au niveau de la banque de sang du Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville (CHUB).

Cependant, ce taux de prévalence n'est pas uniforme, car il présente des disparités selon les Départements du Congo. Selon l'approche biomédicale, cette pathologie est la conséquence des mariages consanguins contractés sans bilan prénuptial. Or le modèle biomédical explicatif de la maladie, correspond à une rationalité différente de celle qui sous-tend le modèle explicatif (ou paradigme) socio-culturel.

Ce problème de santé publique est de plus en plus pris au sérieux par les pouvoirs publics, les Organisations Non Gouvernementales (ONGs), les associations et les fondations qui exercent leurs activités dans le secteur de la santé au Congo.

C'est ainsi que de façon indirecte, la fondation Congo-Assistance consacre tout un programme de prise en charge globale des patients drépanocytaires homozygotes, pour voler au secours de certaines familles en détresse.

Cette prise en charge globale intègre un paquet d'activités qui assurent en même temps : la sensibilisation (dans le cadre de la prévention), le dépistage, les soins médicaux, la prise en charge psychologique, le suivi et l'accompagnement social. Tels sont les enjeux du projet de construction dans l'enceinte du Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville (CHUB), d'un Centre National de Référence de la Drépanocytose Antoinette SASSOU NGUESSO (CNRDr).

L'existence et la propagation de la drépanocytose au Congo constituent un problème majeur de santé publique qui nécessite tant soit peu un éclairage sociologique. Car la présence de cette maladie et sa propagation au sein de la population congolaise en général et brazzavilloise en particulier, endeuillent des familles qui perdent des membres et sont désarmées. Face à cette triste réalité, on assiste progressivement à l'enracinement des croyances traditionnelles de type magico-religieux.

La forte audience dont bénéficient de nos jours, les serviteurs de Dieu (nganga nzambi) et/ou les guérisseurs traditionnels (nganga kissi) auprès de certains patients drépanocytaires homozygotes ou de leur famille, en quête de guérison rapide et à faible coût. Les consultations des serviteurs de Dieu et/ou des guérisseurs traditionnels se justifient aussi par le « mystère » que cache la maladie elle-même, du fait que la drépanocytose a un rapport étroit avec le sang humain qui, selon la culture congolaise est, « *un liquide sacré qui incarne la vie humaine* ». C'est ce caractère sacré du sang qui génère dans l'imaginaire collectif, semble-t-il, ces croyances magico-religieuses.

6. Revue de la littérature

Sans être exhaustif, nous pouvons citer les travaux de recherche qui ont abordé d'une manière ou d'une autre la présente problématique de recherche.

Dans la société camerounaise, nous rapporte le chercheur François NJIENGWE (1997), dans son article consacré à « la problématique de la drépanocytose dans la société camerounaise », que la drépanocytose est considérée en même temps comme une pathologie biomédicale et psycho-sociale. Elle entraîne la stigmatisation et l'exclusion sociale.

C'est ainsi que la majorité des patients drépanocytaires est assujettie au diktat du tabou social jusqu'à l'isolement forcé sous la pression des croyances magico-religieuses conditionnant souvent le choix des recours thérapeutiques. L'auteur revisite l'approche biomédicale et ethnomédicale de la drépanocytose dans la société camerounaise, tout en insistant sur la stigmatisation et le rejet social dont sont victimes les patients drépanocytaires à cause des croyances magico-religieuses qui en découlent.

Cependant, Marc Eric GRUENAIIS et al., dans son étude sur « le malade et sa famille, une étude de cas à Brazzaville », nous montre comment dans un contexte de maladie à Brazzaville, la conscience collective familiale domine la conscience individuelle de la personne malade, en lui imposant les recours thérapeutiques nécessaires à la guérison. Dans la quête de guérison, le point de vue du patient (personne malade) ne compte pas, mais plutôt c'est celui de son groupe social d'appartenance qui prédomine. Les recours thérapeutiques dépendent donc de l'étiologie sociologique de la maladie.

Dieudonné TSOKINI (2008), fait une déconstruction scientifique du discours dominant en matière de psychologie de la santé au Congo, en analysant les problématiques cliniques qui surgissent du fait du conflit vécu et observé et qui demandent à être exploitées et traitées dans le cadre de l'entretien, tant du point de vue de la relation d'aide que de la recherche.

C'est ici l'occasion de signaler que la maladie n'est pas seulement un mal biologique ou physiologique qui intéresse le médecin, mais elle est en même temps aussi un mal sociologique et psychologique, parce qu'elle se produit non seulement dans un environnement social bien précis, mais aussi parce qu'elle est vécue et interprétée par le sujet malade (patient) lui-même à travers la culture de son groupe social. Comme dans les deux précédents travaux de recherche, la particularité avec la présente étude réside au niveau des recours thérapeutiques suscités par l'imaginaire de la drépanocytose et son impact sur la solidarité familiale chez les Brazzavillois.

Joseph TONDA et Abel KOUVOUAMA (1993), nous présentent une approche socio-anthropologique de la maladie en élaborant une relation causale entre l'imaginaire de la maladie et le choix des recours thérapeutiques dans la société congolaise. Dans le contexte congolais, les maladies incurables sont souvent considérées comme un « mauvais sort jeté » sur le sujet malade (patient) et suscitent l'émergence des croyances magico-religieuses qui débouchent aux consultations des guérisseurs traditionnels, des féticheurs et des serviteurs de Dieu. La particularité de notre étude et celle-ci, se situe au niveau de la problématique de la solidarité familiale que nous prenons en ligne de compte, en tant que conséquences de l'imaginaire de la drépanocytose et des recours thérapeutiques chez certains Brazzavillois.

BUAKASA TULU KIA MPANSU (1973), quant à lui, établit un lien de causalité entre la pratique de la sorcellerie chez les peuples kongo du Zaïre, qu'il nomme par la pensée magique et structurale relevant de la *kindoki* et l'explication socioanthropologique des maladies. Lesquelles sont perçues et vécues ici comme un « mal social », qui nécessite forcément une réparation, donc une guérison rapide à travers les recours thérapeutiques spécifiques, en vue de rétablir la norme sociale rompue.

La maladie est considérée comme le résultat de la transgression d'une norme sociale. La *kindoki* constitue donc l'institution sociale qui participe à l'organisation et au fonctionnement de la vie sociale à travers le pouvoir magique de guérison que possèdent les sorciers.

La présente revue de la littérature nous révèle que le champ d'exploration de l'objet de notre recherche revêt une importance capitale ; parce qu'il nous permet de poser les jalons de futures recherches socio-anthropologiques sur une question de santé publique la drépanocytose qui, semble être l'apanage des spécialistes de la biomédecine (médecins).

Le foisonnement des questions de santé publique qui attirent actuellement, l'attention et la curiosité des spécialistes des sciences humaines et sociales au Congo, dans le but d'apporter une certaine contribution psychosociologique à la connaissance de la problématique du « mal être »⁴.

7. Question de recherche

Quels sont les facteurs qui déterminent l'imaginaire de la drépanocytose, les recours thérapeutiques et l'effritement de la solidarité familiale chez les Brazzavillois ?

8. Hypothèse de recherche

Le caractère chronique de la drépanocytose, sa transmission héréditaire et la recrudescence de cas des décès des patients drépanocytaires au sein des familles, dans un contexte social favorable à l'effervescence du phénomène religieux, associé à la précarité de vie des Brazzavillois, provoquent la persistance des croyances magico-religieuses sur la drépanocytose. Lesquelles sont à la base des recours thérapeutiques choisis par les patients drépanocytaires et leurs familles, et surtout à l'effritement de la solidarité familiale chez les Brazzavillois.

En effet, la précarité des conditions de vie dont sont victimes les patients drépanocytaires et leurs familles, dans un contexte d'effervescence du phénomène religieux, constituent un terrain favorable à l'émergence ou la résurgence des croyances magico-religieuses.

⁴ Le terme de « *mal être* », représente en même temps une maladie selon l'acception biomédicale, qu'un état de conflit psychologique et social, inhérent à une pathologie quelconque (acception psycho-sociale liée à la dynamique de la personnalité).

Ce qui explique le recours aux « nganga » ou tradipraticiens consultés au sujet de la drépanocytose, puisque l'insécurité matérielle qui se traduit par le manque de moyens pour se prendre en charge en cas de maladie, génère une insécurité.

C'est dire aussi que « toutes ces angoisses, ces frustrations de ne pas pouvoir réaliser ses ambitions, faute de moyens financiers (l'insécurité matérielle), favorisent un sentiment d'« insécurité spirituelle » qui les fait pencher vers la recherche de bouc émissaire et les rend attentifs au discours consolateur des églises nouvelles. Celles-ci ont explication à tout et prétendent avoir des solutions pour tout » (MISSIE, 2012, p.130).

9. Cadre théorique ou conceptuel

La thématique de notre étude relève du domaine de la sociologie de l'imaginaire qui, pour être exploré scientifiquement, nécessite une approche de la sociologie compréhensive d'une part, et une approche socio-anthropologique du phénomène religieux d'autre part.

En effet, pour Max WEBER et les tenants de cette approche sociologique compréhensive, « l'explication d'un phénomène social se situe essentiellement dans la conscience des personnes, elle est intérieure. Pour la découvrir, il faut passer par les opinions individuelles et y rechercher les principes et valeurs qui orientent les comportements des acteurs sociaux » (WEBER, 1971, p. 84).

Cette approche sociologique compréhensive est bien loin d'être une démarche subjectiviste, mais au contraire, elle représente la nature réelle d'une démarche objectiviste qui intègre les valeurs culturelles prônées par une communauté humaine, lesquelles se manifestent par les pratiques sociales, faisant l'objet évidemment d'une analyse sociologique.

Selon l'acception wébérienne, comprendre veut dire retrouver le contenu de sens que le sujet social vise par sa conduite. « Ce qui y est par conséquent compréhensible, c'est le fait d'y..., il faut donc que la signification subjectivement visée soit en quelque manière lisible par le sociologue. C'est cette ambiguïté relative à la saisie du sens que Weber lève avec la notion d'interprétation significative. La notion d'interprétation significative désigne ici l'extension herméneutique du concept de compréhension les activités sociales se laissent interpréter de façon compréhensible dans la mesure où leur signification est déjà donnée dans les raisons invoquées par les acteurs sociaux.

La notion wébérienne de compréhension n'est donc pas une notion simple et intelligible en soi, mais une notion complexe et composite. L'objectif de la compréhension wébérienne est en fait d'associer l'adéquation au sens subjectivement visé, ou interprétation significative, avec l'adéquation au sens objectivement valable, ou explication causale. Elle rend ainsi visible le continuum de rationalité entre la signification immanente à une activité sociale et son déroulement extérieur. Le sens objectivement valable, qui est la cause effective de l'activité qu'il s'agit d'expliquer, prolonge le sens subjectivement visé, qui est la raison plausible de l'activité qu'il s'agit de comprendre.

Quant à l'approche socio-anthropologique du phénomène religieux, nous convoquons les travaux de recherche de Joseph TONDA au sujet de la « Guérison divine » (2002, p. 243).

En effet, selon l'auteur, la maladie en tant que pathologie sociale, pour la traiter, nécessite une guérison divine en Afrique et ailleurs. Puisqu'elle mobilise puissamment les agents et fidèles des mouvements prophétiques, pentecôtistes ou charismatiques.

Ainsi, la combinaison de ces deux (2) approches de la sociologie compréhensive et de la socio-anthropologie du phénomène religieux, nous a permis, à terme, de vérifier notre hypothèse de recherche en mettant en relief

« l'imaginaire de la drépanocytose, les recours thérapeutiques et la solidarité familiale chez les Brazzavillois ».

10. Clarification des concepts

10.1. Imaginaire

Le terme imaginaire traduit l'idée d'une image mentale d'un objet matériel ou immatériel. Ainsi, l'imaginaire d'une maladie renvoie à l'interprétation sociale de cette maladie selon les croyances culturelles du groupe social auquel appartient l'individu.

Pour reprendre les termes de Pierre ANSART, l'imaginaire social désigne l'ensemble des représentations imaginaires propres à un groupe social : les mythes, les croyances cosmiques et religieuses, les utopies.

On suppose que cet ensemble, générateur de significations, participe à la vie commune, aux pratiques sociales : « ce sont ces liens, ces implications du symbolique dans les pratiques qui retiennent particulièrement l'attention des analystes du social » (ANSART, 2011).

C'est ce que Cornelius CASTORIADIS (1975), psychanalyste français d'origine grecque appelle par « significations imaginaires ». Pour cet auteur, on appelle imaginaire social, un magma de significations sociales à caractère imaginaire, dont la production ne se réfère pas à une ou plusieurs élaborations psychiques individuelles, ni même de groupes d'organisation.

Pour les comprendre, nous devons nous placer d'emblée dans une perspective sociétale. « les significations imaginaires sociales ne sont ni les représentations, ni les figures ou les formes, les concepts, écrit Cornelius CASTORIADIS. Elles ne sont pas plus des « types-idéaux » à la manière du sociologue allemand Max WEBER. Elles sont historiques, donc évolutives et produisent des institutions qui ne peuvent être analysées qu'en fonction du contexte culturel de l'époque. Elles sont des significations parce qu'elles renvoient à un sens.

10.2. Recours thérapeutiques

On entend par recours thérapeutiques, le parcours suivi par une personne exposée à un problème de santé pour tenter de le résoudre.

KLEINMAN les appelle, les comportements de recherche de soins ou stratégies de recours aux soins (health care seeking behaviour).

Ceux-ci répondent à la quête de la guérison et aussi à celle du sens de la maladie. Afin de rendre compte de ces recours thérapeutiques, KLEINMAN a développé le concept de « health care system » ou systèmes de recours aux soins. Lesquels systèmes ressemblent le réseau des réponses adaptatives aux problèmes humains entraînés par la maladie : croyances étiologiques, choix de traitements, statuts et rôles légitimés socialement lors des actions sur le malade, relations de pouvoir qui les accompagnent.

10.3. Maladie

Le terme « maladie » présente une polysémie. Son premier sens, pourrait-on dire, relève de la médecine et signifie un état physiologique ou psychologique dans lequel la santé et le bon fonctionnement de l'organisme sont affectés. Comme on peut le voir, cette acception ne considère la maladie que dans sa dimension biologique. Mais depuis quelques années il a été établi une causalité de la maladie en termes sociaux, en s'appuyant par exemple sur la relation mortalité et pauvreté. Cette conception a gagné en ampleur dans le domaine des sciences sociales avec l'apparition dans certaines communautés humaines des maladies comme la drépanocytose, reconnue comme la première maladie génétique au monde.

C'est ainsi que l'explication du médecin qui réduit la maladie à des facteurs et implications physiologiques est de plus en plus revisitée, puis mise en cause. L'on doit dire que la maladie est aussi une réalité sociale et psychologique, dans la mesure où les interprétations et les pratiques sociales autour du pathologique ou du normal portent la marque des croyances et /ou des réalités sociales. La maladie n'est donc pas simplement une altération des fonctions mentales ou physiques d'une personne ; elle est aussi, comme le dit MAYER, un événement social imposé par la condition biologique de l'homme. Le sens que lui donne FASSIN est assez significatif :

La maladie, parce qu'elle fait entrevoir la mort, a dans toutes les sociétés une triple inscription : physique, à travers la souffrance et la dégradation de l'individu ; culturelle, dans les interprétations et les thérapeutiques qu'elle rend nécessaires ; morale, par la lutte que s'y livrent le bien et le mal. Phénomène biologique, en quelque sorte naturel, elle est aussi un fait social.

A travers cette définition, on retrouve les trois sens (illness, disease et sickness) que les anthropologues anglo-saxons donnent à la notion de maladie. Ainsi, la maladie au sens illness, c'est « la maladie du patient » selon les croyances magico-religieuses relevant de sa culture. La maladie au sens disease, signifie « la maladie du médecin » selon le savoir biomédical. Par contre la maladie au sens sickness, c'est l'interprétation sociale de la maladie par l'entourage du patient. Elle est d'abord, pour reprendre les termes de GNAKOU, « une expérience subjective de quelque chose d'anormal, tels que la souffrance, les douleurs, les malaises (illness) ; ensuite, elle devient le signal d'un état d'altération biologique objectivement attestable de l'organisme (disease) ; enfin, une réalité socioculturelle qui est définie par la légitimation de l'état ou du rôle du malade à partir d'un diagnostic de l'état biophysique par le médecin (sickness) ». Ces trois dimensions de la maladie, insiste le sociologue togolais, servent de base à l'appréhension de la maladie en tant qu'une réalité objective d'ordre biologique, un vécu et une mise à l'épreuve de l'ordre social.

On peut voir ici que la maladie apparaît comme une absence de santé, un état qui altère le corps humain, un désordre biologique et / ou mental, une régression de la vie, une déficience physique, un dysfonctionnement des cellules, un manque d'harmonie, une forme de déviance, une punition divine, un sort, une malédiction, un envoûtement, un événement malheureux, une infortune, ... etc. C'est dire en d'autres termes que la maladie est une entité socioculturelle, et pour reprendre l'idée de Claudine HERZLICH, « *sa nature et sa distribution sont différentes selon les époques, les sociétés, les conditions sociales* » (1970, p. 74).

De ces différentes acceptions, on peut noter trois caractères de la maladie entendue comme un mauvais état de bien-être sur les plans physique, psychologique et social.

En somme, on parle de « *maladie* :

- Lorsqu'il y a sentiment d'une mauvaise santé lors de l'apparition de malaise ou de gêne fonctionnel ;
- Lorsqu'il y a mauvaise adaptation à l'environnement et incapacité d'y fonctionner au mieux et de maintenir son rôle social. La maladie s'exprime dans ce cas par la perte des rôles sociaux et par les conséquences fonctionnelles et sociales. Elle est incapacité fonctionnelle, un handicap ou un désavantage social ».

10.4. Drépanocytose

La drépanocytose selon l'acception biomédicale, est une anémie falciforme héréditaire qui attaque et transforme les hématies communément appelées globules rouges. Elle se transmet généralement dans les familles, des parents aux enfants, autrement dit des ascendants aux descendants et de générations en générations, par le biais du sang portant les tares drépanocytaires (gène S).

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la drépanocytose représente la première (1^{ère}) maladie génétique au monde. A ce titre, elle est reconnue comme un problème de santé publique par les Nations Unies par l'adoption de la résolution n° A63-267 de l'ONU.

Plus de trois (03) millions de personnes sur terre, souffrent de cette pathologie. En République du Congo, plus de 25% de personnes sont porteurs du trait drépanocytaire (gène S), ici il s'agit donc des personnes apparemment saines, mais qui peuvent transmettre la maladie, ce sont les personnes (AS), appelées encore hétérozygotes, et plus de 2% d'enfants naissent drépanocytaires homozygotes (SS).

Cette maladie est l'apanage des communautés qui prônent les types de mariages consanguins à travers l'héritage des femmes. La drépanocytose prend de l'ampleur surtout dans les sociétés à solidarité mécanique où les types de croyances traditionnelles de nature magico-religieuses prédominent (BANDENDISSA, 2014).

10.5. Solidarité familiale

Au sens de la présente étude, on entend par solidarité familiale, toute forme d'assistance sociale⁵, matérielle et financière qui existent entre les membres d'une même famille biologique, à vouloir s'entraider pendant les situations difficiles liées à la pauvreté économique et surtout pendant les périodes de maladies telles que la drépanocytose.

11. Méthodologie de la recherche

11.1. Champ d'investigation

Réalisée à Brazzaville, notamment au Centre National de Référence de la Drépanocytose (CNRDr) Antoinette SASSOU NGUESSO et au Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville (CHUB), qui représente le centre hospitalier le plus moderne, par rapport à l'existence en son sein d'un plateau technique médical moderne et le plus grand en termes des effectifs importants du personnel administratif et de santé qui y travaillent et de sa capacité d'accueil remarquable des patients en République du Congo.

11.2. Technique de recueil des données

Cette étude s'est déroulée en plusieurs étapes de travail et à chacune d'elles des techniques d'enquête diverses ont été prises en compte.

La première étape a consisté à recueillir les informations d'ordre général inhérentes à la thématique de notre recherche. Les techniques de collecte des données utilisées à ce propos étaient la recherche documentaire, les entretiens, les récits de vie des patients et les observations.

⁵ Dans le contexte du travail social, l'assistance sociale implique l'ensemble des mesures d'intervention auprès des individus, des familles, des groupes et des communautés pour améliorer leurs conditions de vie et prévenir les problèmes de précarité.

11.3. Echantillon et Echantillonnage

La deuxième étape a été la constitution de l'échantillon de la recherche. Celui-ci a été élaboré à partir de la technique d'échantillonnage aléatoire, tout en respectant la dimension « genre » des enquêtés, d'une part et l'ensemble des acteurs qui sont impliqués dans la prise en charge globale des patients drépanocytaires, d'autre part, à savoir :

- les patients drépanocytaires homozygotes (SS) vivant à Brazzaville ;
- les chefs de ménage ayant à charge au moins un (01) patient drépanocytaire homozygote (SS), vivant à Brazzaville ;
- le personnel de santé du CHUB et du CNRDr Antoinette SASSOU NGUESSO ;
- les tradipraticiens ou tradithérapeutes vivant à Brazzaville ;
- les responsables des associations, ONGs ou fondations de lutte contre la drépanocytose, vivant à Brazzaville ;
- les personnes ressources ayant une grande expertise dans la prise en charge des patients drépanocytaires vivant à Brazzaville.

C'est ainsi que pour les besoins de cette recherche, nous avons trouvé utile de retenir un échantillon raisonné de 40 enquêtés, constitués de :

- 10 patients drépanocytaires homozygotes (SS) de Brazzaville, dont 5 garçons et 5 filles ;
- 10 chefs de ménage vivant à Brazzaville, dont 5 hommes et 5 femmes ayant à charge au moins un (1) patient drépanocytaire homozygote (SS) ;
- 4 agents de santé de Brazzaville, dont 2 hommes et 2 femmes ;
- 4 tradipraticiens de Brazzaville, dont 2 hommes et 2 femmes ;
- 8 responsables d'associations de Brazzaville, dont 4 hommes et 4 femmes ;
- 4 personnes ressources vivant à Brazzaville, dont 2 hommes et 2 femmes.

Ces enquêtés ont été identifiés au niveau de la banque de sang, du service de pédiatrie grands enfants, du service d'hématologie clinique du Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville et au niveau du Centre National de Référence de la Drépanocytose (CNRDr) Antoinette SASSOU NGUESSO avec l'appui de l'assistante sociale du Programme National de Lutte contre la Drépanocytose (PNLD) et surtout du responsable de la santé de la fondation CONGO-ASSISTANCE.

11.4. Caractéristiques sociodémographiques de la population de l'échantillon

Les 40 enquêtés constituant notre échantillon, avaient un âge compris entre 5 et 80 ans, répartis de la manière suivante :

- 10 patients drépanocytaires homozygotes (SS) des deux sexes, vivant à Brazzaville dont l'âge varie entre 5 et 35 ans ;
- Et 10 chefs de ménage des deux sexes, vivant à Brazzaville ayant à charge au moins un (1) patient drépanocytaire homozygote (SS), dont l'âge varie entre 35 et 80 ans.
- Les 4 agents de santé, les 4 tradipraticiens, les 8 responsables d'associations et les 4 personnes ressources avaient un âge compris entre 35 et 80 ans.

Le tableau ci-dessous, présente la configuration de l'échantillon de notre étude :

Tableau 1: Présentation des caractéristiques de l'échantillon

Patients 5 à 35 ans		Chefs Ménage 35 à 80 ans		Pers. Santé 35 à 80 ans		Tradithéra. 35 à 80 ans		Respons. Ass. 35 à 80 ans		Pers. Res. 35 à 80 ans		TOTAL De 5 à 80 ans	
H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F
5	5	5	5	2	2	2	2	4	4	2	2	20	20
10		10		4		4		8		4		40	
25%		25%		10%		10%		20%		10%		100%	

Source : Auteur, 2019

Et enfin, la troisième étape a été celle de la collecte des données sur le terrain à partir de six (06) guides d'entretien, destinés aux six catégories de nos personnes enquêtées. Cette collecte des données a été rendue possible, grâce à l'autorisation de recherche délivrée par notre directrice de thèse et surtout à l'appui apporté par les personnes ressources rencontrées sur le terrain, notamment certains agents de santé évoluant au Centre Hospitalier et Universitaire (C.H.U) de Brazzaville et au Centre National de Référence de la Drépanocytose (CNRDr) Antoinette SASSOU NGUESSO.

Il sied de souligner que certains enquêtés ont été motivés à répondre à nos questions, car selon eux, échanger sur la drépanocytose, constituerait une sorte de soulagement moral qui leur permet de se libérer du champ de l'angoisse qui affecterait quotidiennement tous les membres de la famille.

Ils estiment que « être drépanocytaire homozygote (SS) ou avoir un enfant ou un parent drépanocytaire homozygote (SS) dans la famille est très pénible, parce que sa prise en charge médicale ruine non seulement les économies de chefs de ménage, mais elle contribue aussi à l'augmentation de la vulnérabilité de tous les membres de la famille ».

Cependant, à côté de cette catégorie d'enquêtés, il y avait une autre très réservée et méfiante de nous, qui ne voulait même pas s'entretenir avec nous au sujet de leur maladie, car selon ces derniers, livrer le secret de sa maladie à un inconnu, constitue un acte très dangereux pour l'honneur du patient lui-même et de sa famille biologique.

12. Difficultés rencontrées

Généralement, tout travail de recherche scientifique présente plus ou moins des difficultés de deux (2) ordres, à savoir les difficultés classiques et les difficultés spécifiques qui sont liées à la nature du sujet faisant l'objet de recherche.

12.1. Difficultés classiques

Elles sont liées à :

- l'insuffisance des ressources humaine, matérielle et financière nécessaires pour réaliser la recherche ;
- la confusion auprès des enquêtés entre le statut de chercheur (homme de sciences) et celui d'agent de service de renseignements de la police, notamment d'un agent de la sécurité d'Etat.

12.2. Difficultés spécifiques

Cette catégorie des difficultés relève de la nature même du domaine et de l'objet de la recherche.

Elles sont liées à l'interdiction formelle du public, d'avoir l'accès libre dans les services médicaux concernés par notre étude, d'où il fallait rester de temps en temps à l'entrée dudit service pour attendre les potentiels enquêtés. Ces tracasseries nous conduisaient parfois à solliciter l'aide de certains agents de santé, moyennant une motivation quelconque, pendant leurs heures des visites médicales.

Aussi, le refus catégorique de certains patients et chefs de ménage à accepter de réaliser un entretien avec nous au sujet de la drépanocytose, un refus qui serait justifié semble-t-il, par la peur de l'inconnu qui veut rentrer dans leur intimité. C'est ce qui est considéré, selon la déontologie de la profession médicale, comme une violation du secret médical de la vie privée des patients et de leurs familles. Raison pour laquelle, il nous a fallu de temps en temps solliciter l'appui des agents de santé pour les persuader du caractère anonyme de notre travail et surtout de l'utilisation des résultats de l'enquête, exclusivement à des fins scientifiques pour le grand bonheur des patients et de leurs familles.

Après avoir fait le décor des difficultés que nous avons rencontrées dans le cadre de cette recherche, nous allons maintenant présenter la première partie qui est consacrée au cadre général et spécifique de la recherche.

**PREMIERE PARTIE : CADRE GENERAL ET
SPECIFIQUE DE LA RECHERCHE**

Introduction partielle de la première partie

Cette première partie de notre thèse comporte trois (03) chapitres à savoir

- Cadre général de la recherche ;
- Institution hospitalière ;
- Cadre spécifique de la recherche.

CHAPITRE I : CADRE GENERAL DE LA RECHERCHE

I.1 Contextualisation de la recherche

Ici, il est question de présenter les aspects liés à la situation géographique, au contexte économique, social et culturel de la république du Congo avec un accent particulier sur Brazzaville où nous avons mené notre recherche.

I.1.1 Situation historique et démographique

D'un point de vue historique, 1880 fut la date où De Brazza a découvert pour la première fois le Congo ; et entre 1883-1885 il mit en place les premières administrations et créa la colonie du Congo-Français (BALANDIER, 1985, p. 99). Cette présence coloniale dans l'univers *Kongo* a enclenché une dynamique sociale dont l'ultime visée était le bouleversement des us et coutumes préexistants. L'économie d'autosubsistance, qui initialement fut le fruit d'une activité agricole traditionnelle, s'est métamorphosée au profit d'un système économique modernisé dans lequel l'effort acharné des paysans permettait l'exportation des cultures. La désorganisation d l'ordre traditionnel par l'ordre colonial a eu plusieurs conséquences au Congo-Français. Si nous remontons au XV^e siècle à l'époque de l'esclavage, pour GOMA-FOUTOU (2004, p. 178) :

Le démantèlement des valeurs culturelles traditionnelles (...) ce fut, à dire vrai, tout un processus qui, de l'acculturation à l'organisation pensée de l'établissement des valeurs chrétiennes (...) se traduisirent (...), par la désarticulation complète de l'ancien royaume Kongo et sa substitution par un royaume chrétien.

En effet, c'est à partir de cette opération visant à détruire les « fétiches » que finalement les *N'ganga* ou tradithérapeutes commençaient à être discrédités, leurs matériels brûlés.

Face à cette réalité, certains se repentaient en adhérant aux églises dites officielles (catholique, protestante), d'autres fuyaient carrément les villages. il y a aussi création de nouvelles infrastructures, c'est le cas de l'hôpital général de Brazzaville (actuellement Centre Hospitalier Universitaire), de l'hôpital Adolphe Cissé de Pointe-Noire. Ces hôpitaux accueillait des malades qui provenaient pour la plupart des zones rurales.

Il faut noter par ailleurs, que même si la présence coloniale a bouleversé les modes de pensée des populations congolaises, mais cela n'a pas été facile, car il y a eu des mouvements de résistance contre les pratiques modernes européennes apportées par le colon. Comme mouvement de résistance, on peut citer celui d'André Grenard Matsoua, qui s'est opposé farouchement à l'emprise coloniale (BALANDIER, 1971).

Situé en Afrique centrale, au cœur du continent, à cheval sur l'équateur, la République du Congo est un pays qui couvre une superficie de 342.000 km². Il est frontalier avec cinq (5) pays. Le Congo partage ses frontières, au Sud et à l'Est avec la République Démocratique du Congo (ex-Zaïre), à l'Ouest avec le Gabon, au Sud-Ouest avec l'enclave du Cabinda faisant partie de l'Angola, au Nord avec le Cameroun et la République centrafricaine. Au Sud-Ouest, le Congo couvre environ 170 Km de côte sur l'Océan atlantique. Cette position géographique fait du Congo une principale porte d'entrée et de sortie et lui confère la vocation de pays de transit en Afrique centrale.

Le pays compte douze (12) départements, notamment Brazzaville, le Pool, la Bouenza, la Lékoumou, le Niari, le Kouilou, Pointe-Noire, la Sangha, la Likouala, les Plateaux, la Cuvette et la Cuvette-Ouest.

La connaissance démographique de la population congolaise, depuis les années trente, à travers des estimations, de recensements et des enquêtes démographiques révèlent l'accélération rapide du taux d'accroissement de la population totale et la forte concentration urbaine.

La majorité de la population (environ 62%) est concentrée dans les grandes villes, notamment Brazzaville, Nkayi, Dolisie, Mossendjo, Ouessou et Pointe-Noire. Le paysage démographique, dans l'ensemble, comme l'avait montré G. SAUTTER (1996), est caractérisé par un déséquilibre entre la population urbaine et la population rurale et un sous peuplement général. Le Congo est un pays où la densité moyenne de la population est d'environ 11 habitants au km².

Les indicateurs démographiques révèlent un taux moyen d'accroissement annuel de la population d'environ 3,2%, un indice synthétique de fécondité de l'ordre de 4,9 enfants par femme, un taux de natalité d'environ 41,7 pour mille (‰) et une espérance de vie à la naissance de 51,1 ans. La population totale du Congo en progression constante depuis plusieurs années, est actuellement estimée, d'après les résultats du Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 2007 (RGPH 2007), à 3 697 490 habitants, dont 49,3 % d'hommes, 50,7% de femmes et de 40,7% des jeunes de moins de quinze ans. L'évolution rapide de la population congolaise depuis les années vingt jusqu'aujourd'hui a donné lieu à l'expression « *démographie galopante* » pour caractériser le rythme d'accroissement démographique. La scolarisation élevée sans discrimination des filles et garçons, laisse peu de place à la formation professionnelle et technique. Dans ce contexte, des jeunes scolarisés, souvent sans qualification, et d'autres qui ont une formation professionnelle, constituent une population active demandeuse d'emplois.

Le rapport national sur le développement humain (PNUD, 2002, p. 115), souligne que « le système productif congolais n'est pas adapté pour gérer les emplois à un rythme compatible avec celui de l'augmentation de la population active ».

Ainsi, mise en relief, la question de la démographie fait l'objet d'une attention particulière, comme en témoigne l'institution d'un département de la population au sein du ministère de la santé et la mise en œuvre des programmes de planification familiale bénéficiant de l'appui officiel des acteurs politiques locaux et du soutien logistique des organisations internationales en l'occurrence le FNUAP, l'IPPF et autres organismes dans le cadre de la coopération.

I.1.2 Contexte économique, social et culturel

Le Congo est un pays parmi les plus urbanisés d'Afrique, riche en ressources naturelles, notamment le pétrole et le bois, dont l'exploitation constitue la base essentielle de l'économie.

Cependant, comme le révèle le rapport sur le développement humain (PNUD, p. 39), les difficultés économiques, un lourd endettement et de conflits armés ont accentué la dégradation des structures et des équipements dans les différents secteurs de la vie économique et sociale. Dans ce contexte, la faillite des structures de santé ne permet pas d'assurer des soins et des prestations de qualité aux populations ; le système éducatif et la qualité de l'enseignement sont détériorés entraînant ainsi une baisse du niveau des performances scolaires et une augmentation de l'analphabétisme. La baisse générale de l'activité économique s'accompagne de l'aggravation du chômage, notamment en milieu urbain.

Le déclin de l'agriculture entraîne une insuffisance de la production locale, une détérioration de la situation alimentaire et une dépendance à l'égard des produits d'importation. Il en résulte une pauvreté croissante et des conditions de vie de santé précaires pour la population.

Le Congo est un pays caractérisé par une diversité de groupes ethniques et de traditions culturelles. L'ouverture au monde y a donné lieu à des mutations qui ont été observées, notamment en milieu urbain, par des chercheurs en sciences sociales et humaines.

Comme le montrent E. DORIER-APPRILL et A. KOUVOUAMA (1998), le contexte social brazzavillois présente des aspects de la modernité dans de nombreux domaines tels que l'éducation, l'information, l'alimentation, les loisirs etc. P. ANTOINE et J. NANITELAMIO, cités par L. VIDAL (2000), font état des changements ayant entraîné le « rétrécissement de la famille lignagère », l'érosion du mariage et de l'autorité des aînés sur les jeunes désireux d'affirmer leur autonomie. L'ordre traditionnel y est, certes ébranlé, mais la parenté, les liens familiaux et des référents traditionnels jouent encore un rôle essentiel.

Néanmoins, le Congo Brazzaville s'est réellement investi dans la relance effective de l'économie nationale en souscrivant à différents orientations.

Il s'agit entre autres, du sommet de Copenhague (1996) visant la réduction de moitié de la pauvreté d'ici l'an 2015, conformément aux Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), du Nouveau Partenariat Economique pour le Développement de l'Afrique et de l'Initiative Pays Pauvres Très Endettés.

Le revenu par habitant (PIB/tête) est de 1484 USS (Banque de France, 2006). Les différents secteurs contribuent au PIB à hauteur de 4.5% pour le secteur primaire, 73.7% pour le secteur secondaire (dont 63.3% pour le secteur pétrolier) et 21.8% pour le secteur tertiaire.

La situation de l'emploi est caractérisée par deux tendances lourdes :

- Un fort taux de chômage des jeunes, environ 40%, (alors que le taux de chômage général est de l'ordre de 19,4%) (BAD, 2005).
- Une forte inadéquation entre l'offre et la demande de travail. Les emplois offerts par l'appareil productif ne sont pas totalement pourvus, compte tenu du faible niveau de qualification des demandeurs d'emploi et de l'inadéquation entre la formation et l'emploi (les programmes de formation ne correspondent pas toujours aux besoins de l'appareil productif). La répartition de la population active par secteur d'activités met en évidence cette inadéquation. 58% de la population active est employé dans le secteur primaire, contre 13% dans le secteur secondaire (où l'offre de travail est généralement qualifiée) et 29% dans le tertiaire ;
- La prédominance du secteur informel qui offre des emplois précaires dans 10.000 unités contre 2.100 entreprises dans le secteur formel.

La période 2000-2006 a été marquée par une variation contrastée du taux de croissance du PIB, avec une croissance modérée au cours de la période 2000-2004 (4%), une accélération en 2005 (7.9%) et une stabilisation en 2006 (6.1%).

La conjugaison des facteurs internes (processus de paix, regain de la consommation privée et des investissements), et principalement des facteurs externes expliquent cette évolution positive. La conjoncture pétrolière explique très largement les différentes phases de croissance de l'économie congolaise. Les perspectives depuis 2008 semblent encore plus prometteuses au regard des investissements réalisés par les sociétés pétrolières et de l'évolution du prix du baril de pétrole depuis 2007.

Les aspects visibles de la modernité n'occulent pas des signes évidents qui révèlent la survivance des éléments de tradition. En effet, des formes de solidarité, des pratiques thérapeutiques associées à des croyances enracinées dans des traditions ancestrales, constituent des caractéristiques observables de la vie quotidienne à Brazzaville.

Dans ce contexte, l'observation des réalités conduit à poser la question du rapport de l'individu à la tradition et à la modernité. Depuis l'étude de G. BALANDIER (1985), notamment « sociologie des Brazzavilles noires », d'autres travaux tels ceux de F. HAGENDUCHER-SACRIPANTI (1992, 1994), font état de la complexité des réalités congolaises qui illustrent la coexistence des systèmes de référence traditionnelle et moderne.

I.1.3. Santé et politique sanitaire

Si depuis le développement de la pathologie, on n'emploie plus le mot de maladie (e) qu'au pluriel, a survécu trop longtemps la notion de santé (au singulier), concept vide mais unique pour lequel on s'efforce de trouver alors un contenu qui sera, par exemple, l'existence d'une force biologique intérieure à l'individu, d'où la résistance à « la » maladie.

Quelque chose comme une copie de ce que sera, à la même époque, pour un théologien, une prédestination, une grâce efficace évitant de tomber à chaque tentation dans le péché. Il est probable d'ailleurs que certaines de ces doctrines ne soient que des théologies laïcisées.

En fait, le coup de grâce ne fut réellement porté aux concepts globaux unitaires que le jour où le chapitre étiologique, grâce à la bactériologie, c'est-à-dire grâce à l'école pasteurienne, devint rigoureux. Le choc en retour le plus inattendu, qui marque bien, la nécessité de toujours définir les concepts de santé et de maladie l'une par rapport à l'autre, apparaissait alors.

On assistait, en effet, à cette notion inattendue qu'il n'y avait pas une force de résistance à la maladie mais des immunités spécifiques naturelles ou acquises (et, dans ce cas, spontanées ou provoquées) à un certain nombre de maladies. Plus même, on découvrait peu à peu que :

- un très petit nombre de maladies répondait aux thèmes simplistes où est tout et l'environnement rien (hémophilie...);
- un nombre à peine plus grand d'affections répondait aux schémas simples où tout est dans l'environnement (la peste, la variole...);
- et que, dans la plupart des cas, la maladie naissait, sur des terrains génétiques définis avec une extrême précision, par l'action d'un certain nombre de facteurs extérieurs à l'individu, unique ou associés, dont les actions étaient très étroitement spécifiques.

Chacun de nous a des maladies successives ou simultanées et chacun de nous a des prédispositions très variées et très spécifiques ou des protections plus ou moins efficaces mais toujours très définies vis-à-vis de facteurs multiples de l'environnement, facteurs qui ont d'ailleurs leur histoire propre dans le monde naturel, il y a plus d'un demi-siècle que les spécialistes du diabète avaient eu l'audace de parler de la « santé insulienne » des diabètes bien traités.

Cet exemple n'est plus isolé, il y a actuellement d'innombrables exemples de sujets porteurs de maladies indiscutables, mais contrôlées, et qui sont en état de santé thérapeutique parce qu'ils se soignent et tant qu'ils se soignent.

Pour tous ces sujets, cela a un sens de « tomber malade ». Ils peuvent être atteints d'une affection aiguë, intercurrente, voire d'une affection chronique, subir des interventions chirurgicales...subjectivement ou objectivement, une fois admise, comme une toile de fond, leur santé à l'état de maladie et reviennent à l'état de santé.

Contrairement à ce qu'insinuerait un mauvais emploi de la définition de l'O.M.S., considérant la santé « non seulement comme l'absence de maladie mais comme un état de complet bien-être physique et moral », ils sont en état de santé bien que malades et parce que traités.

Pour Stefan ZWEIG cité par Gustave-Nicolas FISCHER (2002, p.72) :

La santé, pour l'homme, est une chose naturelle, la maladie une chose antinaturelle. Le corps en jouit aussi naturellement que le poumon jouit de l'air et l'œil de la lumière. La santé vit et croit silencieusement en l'homme en même temps que le sentiment général de la vie. La maladie, au contraire, s'introduit subitement en lui comme une étrangère, se rue à l'improviste sur l'âme effrayée et agite en elle une foule de questions. Car puisque cet ennemi inquiétant vient du dehors, qui l'a envoyé ? Se maintiendra-t-il, se retire-t-il ? Peut-on le conjurer, l'implorer ou le maîtriser ?

La santé n'a jamais été une donnée, elle a toujours été une conquête difficile, surmontant ou rusant, supprimant ou cohabitant avec les maladies. Pour en jouir dans chaque situation concrète, l'homme défini par sa constitution génétique et son environnement, a besoin des autres, 'une société qui lui fournisse un *organiciste* et un *psychiste* capables de l'examiner, de dépister ses affections actuelles ou latentes, et de définir les aspects de plus en plus nombreux de son existence, afin de garantir son équilibre bio-socio-psychologique. La triple dimension humaine exige aux autres structures socio-sanitaires la prise en charge de ce triptyque à savoir le biologique, le social et le psychologique.

Les différences très importantes entre les pays du monde en ce qui concerne l'état de santé de leur population ne sont pas uniquement liées au degré de développement économique.

La part de la richesse de chaque pays consacrée à la santé est variable et l'on relève des écarts assez forts dans les pays développés de niveau sanitaire identique. Il n'en reste pas moins vrai que santé et développement sont étroitement liés ; mais il faut tenir compte également des facteurs culturels et politiques.

Les progrès considérables accomplis dans la diffusion de la médecine moderne (vaccination, traitement de nombreuses maladies) se manifestent sans conteste par l'allongement de la durée de la vie qu'on observe presque partout, mais ils n'ont pas réduit l'inégalité des divers pays entre eux face à l'accès aux soins. Bien plus, dans chaque pays, en dehors de ceux qui ont pu développer un système de protection social étendu, les différences sont très marquées entre les catégories sociales, qui accèdent aux soins de façon très inégale selon leur situation économique, leur niveau d'instruction, leur résidence urbaine ou rurale. Toutefois, le progrès social n'est pas continu, notamment en raison de l'émergence de maladies infectieuses.

I.2 Santé et développement

Le slogan de l'Organisation Mondiale de la Santé, « *la santé pour tous en l'an 2000* », s'est évidemment avéré utopique. Mais, en réalité, il traduisait une volonté de mobilisation générale en faveur des actions de santé qui seule, par une démarche coordonnée et déterminée des pouvoirs politiques et des populations, peut apporter un progrès notable de la santé dans le monde.

La santé et le développement économique sont étroitement liés et sont les enjeux majeurs de la coopération internationale. Les institutions internationales à compétence mondiale des Nations Unies y jouent un grand rôle, au premier rang desquelles l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.), le Fonds International de Secours à l'Enfance (F.I.S.E.), connu davantage (sigle anglo-saxon) comme UNICEF (United Nations International Children Found), la Banque mondiale.

Une action d'envergure est également mise en œuvre par de nombreux Etats eux-mêmes dans le cadre de l'aide bilatérale, par exemple pour la France de façon importante dans des pays qui ont été dans le passé des colonies. Mais il faut tenir compte également d'organisations non gouvernementales (O.N.G.) en nombre considérable, dont le développement récent est parfois spectaculaire, comme c'est le cas pour les associations médecins sans frontière, Médecin du monde, Médecins d'Afrique et psy d'Afrique etc.

I.2.1 Politique sanitaire

L'extension de l'activité médicale dans les sociétés les plus avancées ou non, comporte un aspect économique et professionnel.

L'aspect économique est le plus connu ; on le rappelle brièvement. Soigner la totalité d'une population représente un poste économique important. Il faut former pour cela des hommes qui exerceront les professions médicales et paramédicales, ce qui implique l'existence des facultés et d'écoles ayant toutes les filières adéquates à l'accès aux soins modernes de santé ; il faut aussi des établissements de soins ; il faut en outre fabriquer des produits pharmaceutiques enfin, une instrumentation de plus en plus complexe et onéreux est devenue indispensable. L'évolution rapide de tout cet équipement est maintenant bien connue.

Très longtemps, certes, la médecine n'a coûté que le prix de la visite médicale, et c'est probablement pour cela que, certains économistes croient qu'ils résoudre le problème du coût de la médecine en revoyant les ressources des agents de santé à la hausse. Ce dernier élément n'est plus en réalité qu'un poste modeste par rapport au coût total : l'augmentation du nombre des possibilités thérapeutiques et celle du nombre des malades qui peuvent y avoir recours vont de pair, ne serait-ce qu'à cause de l'allongement de la vie humaine qui fait que chaque individu peut accumuler plusieurs maladies.

Un aspect de ce phénomène est l'utilisation continue, pendant des périodes indéfinies, de traitements majeurs pour les maladies chroniques. L'augmentation du poste « soins médicaux » dans la consommation des individus est une des plus rapides (avec les consommations de culture et de loisirs).

Il en résulte que les dépenses médicales, à cause de leur caractère inopiné et intermittent, sont de plus en plus mal intégrées dans les perspectives budgétaires familiales, même aisées. Il faut se préparer à la maladie comme à l'incendie et à la vieillesse, par un mécanisme de prévision, c'est-à-dire d'assurance ; et sous ce rapport, les modalités d'assurance diffèrent selon leur caractère partiellement ou totalement obligatoire, l'étendue du domaine qu'elles couvrent, la nature juridique (privée, publique ou intermédiaire) des organismes assureurs, l'existence complémentaire de mécanismes d'assistance publique ou de charité privée.

La profession médicale, dans son ensemble, a pris conscience d'elle-même. Elle s'est modernisée et a gagné son prestige en même temps que son niveau de vie au cours du XIX^e siècle. Sans méconnaître ses origines historiques et sociologiques, elle considère comme allant de soi, les conditions d'exercice qui lui étaient assurées pendant cette période. L'élaboration juridique à laquelle se sont livrés les milieux professionnels (serment d'Hippocrate, l'ordre des médecins, etc.) reflète de telles habitudes de penser. Il ne suffit pas toutefois d'en souligner la fragilité historique, il faut se demander si ce mode d'exercice tel qu'il est défini est mode d'exercice de la médecine, sachant que le problème de la présence effective du psychologue de la manière générale et du psychologue en milieu hospitalier se pose.

On peut comprendre cela par ce que la fonction pose problème, notamment la reconnaissance du titre de psychologue par les pouvoirs publics (TSOKINI, 2011).

Ce qui revient à s'interroger sur les garanties que les centres hospitaliers donnent aux malades qui présentent des pathologies psychosomatiques. Ces pathologies exigent l'implication du psychologue clinicien. Même si celui-ci, spécialiste de la santé au plan mental, n'a prioritairement pour terrain de prédilection que la psychiatrie, qui est une branche de la médecine qui s'occupe des maladies mentales.

Les pathologies mentales les plus courantes dans la Région africaine (O.M.S., 1999) comprennent des troubles mentaux courants : la dépression, la schizophrénie, l'épilepsie, les problèmes de santé mentale des enfants, les troubles mentaux d'origine organique, les troubles dus aux stress post traumatiques, l'usage et l'abus des substances psycho actives. En l'absence de données fiables, l'ampleur de ces pathologies est encore mal connue au Congo Brazzaville.

Toutefois, des facteurs aggravant la mauvaise santé mentale sont bien présents. Il s'agit notamment des stress post traumatiques, qui ont suivi les conflits sociopolitiques récurrents que le Congo Brazzaville a connus, l'augmentation du chômage, l'accroissement de la pauvreté au sein de la population, le manque de structures sociales pour assister les plus vulnérables, l'augmentation de la consommation des substances psycho actives, l'augment des actes de violence en particulier les viols de femmes et d'enfants, les ravages du VIH et du SIDA.

Afin de mieux faire face aux problèmes de santé mentale, le Congo Brazzaville dispose depuis 2002 d'une stratégie nationale de santé mentale dont la mise en œuvre gagnerait à être renforcée.

I.3 Modernité et itinéraire thérapeutique

La modernité n'est ni un concept sociologique, ni un concept politique, ni proprement un concept historique. C'est un mode de civilisation caractéristique, qui s'oppose au mode de la tradition, c'est-à-dire à toutes les autres cultures antérieures ou traditionnelles : face à la diversité géographique et symbolique de celles-ci, la modernité s'impose comme une, homogène, irradiant mondialement à partir de l'Occident. Pourtant elle demeure une notion confuse, qui connote globalement toute une évolution historique et un changement de mentalité.

Inextricablement mythe et réalité, la modernité se spécifie dans tous les domaines : Etat moderne, technique moderne, musique et peinture modernes, mœurs et idées modernes – comme une sorte de catégorie générale et d'impératif culturel. Née de certains bouleversements profonds de l'organisation économique et sociale, elle s'accomplit au niveau des mœurs, du mode de vie et de la quotidienneté – jusque dans la figure caricaturale du modernisme. Mouvante dans ses formes, dans ses contenus, dans le temps et dans l'espace, elle n'est stable et irréversible comme système de valeurs, comme mythe et, dans cette acception, il faudrait l'écrire avec une majuscule : la modernité. En cela, elle ressemble à la Tradition.

Comme elle n'est pas un concept d'analyse, il n'y a pas de lois de la modernité, il n'y a que des traits de la modernité. Il n'y a pas non plus de théories, mais une logique de la modernité, une logique de la modernité, une idéologie. Morale canonique du changement, elle s'oppose à la morale canonique de la tradition, mais elle se garde tout autant du changement radical.

C'est la « tradition du nouveau » (Jean Baudrillard, 2002, p. 317). Liée à une crise historique et de structure, la modernité n'en est pourtant que symptôme. Elle n'analyse pas cette crise, elle l'exprime de façon ambiguë, dans une fuite en avant continuelle. Elle joue comme idée - force et comme idéologie maîtresse, sublimant les contradictions de l'histoire dans les effets de civilisation. *Elle fait de la crise des valeurs*, une morale contradictoire. Ainsi, en tant qu'idée où toute une civilisation se reconnaît, elle assume une fonction de régulation culturelle et rejoint par-là subrepticement la tradition.

Parlant de la genèse de la modernité, nous signalons que l'histoire de l'adjectif « moderne » est plus longue que celle de la « modernité ». Dans n'importe quel contexte culturel, l'« ancien » et le « moderne » alternent significativement. Mais il n'existe pas pour autant partout une « modernité », c'est-à-dire une structure historique et polémique de changement et de crise. Celle-ci n'est repérable qu'en Europe à partir du XV^e siècle, et ne prend tout son sens qu'à partir du XIX^e siècle.

Nous avons aptitude à croire que la modernité serait copier l'Occident ou se confondre avec sa manière d'être et de penser. Cette intégration / assimilation demandée aux Africains n'est alors autre chose que désagrégation, aliénation et effacement de soi. La société dite « moderne » a également tendance à piétiner les valeurs morales fondamentales pour jeter son dévolu sur les biens matériels : ce comportement social est confondu avec le modernisme.

D'autres diront que la modernité serait une évolution vers la globalisation, vers un brassage où, cependant, les plus puissants décident pour tous et surtout pour protéger leurs intérêts car « *on ne mondialise pas innocemment* » comme le disait le professeur Joseph Ki-Zerbo (Joseph Ki-Zerbo, *identités, identité pour l'Afrique*, film de Dani Kouyaté).

La modernité est ainsi confondue avec l'uniformisation et l'universalisme occidental conquérant. La modernité que nous appelons est essentiellement le savoir-vivre ensemble dans le respect et l'exactitude. C'est pour cela que la modernité devrait se reposer sur la possibilité d'échanger sans pour autant s'anéantir et se dépouiller de ce qu'on est et de ce qu'on a. Etre moderne c'est encore contribuer, par son histoire, par ses richesses originales propres et par celles de ses ancêtres, à l'évolution du monde en mouvement.

L'interférence actuelle de la tradition et de la modernité est à l'origine aujourd'hui de la profonde transformation dont sont sujettes les sociétés africaines dites traditionnelles en général, et la société *Kongo* en particulier. La violente acculturation à laquelle ces sociétés sont soumises n'est sans doute pas sans conséquence sur l'image traditionnelle que l'on se fait du malade et de la manière de le prendre en charge et de le soigner. Cette acculturation se fait de plusieurs manières parmi lesquelles :

- L'acculturation économique qui contribue à l'exode rural des hommes, des femmes, des jeunes et des adultes en particulier. Ceux-ci vont en ville chercher du travail et, en conséquence vident les villages qui sont censés être des lieux où l'on conserverait la tradition.

- L'acculturation politique et administrative qui engendre de nouvelles stratifications sociales ayant des répercussions sur l'implication socioculturelle des Kongo qui oscillent entre la région du Pool, du Niari-Bouenza et de la Bouenza.
- L'acculturation religieuse qui arrive de tous côtés : avec les Pasteurs / Prêtres qui pénètrent dans la communauté Kongo munis du prestige semble-t-il incontestable du christianisme missionnaire ou syncrétique.
- L'acculturation culturelle enfin, avec la scolarisation qui est en train de remettre radicalement en question les systèmes de valeur traditionnels des Kongo.

Tout ce que l'on peut dire c'est qu'aux yeux de la population *Kongo*, aujourd'hui les systèmes de comportement sont plus diversifiés et moins homogènes qu'ils ne l'étaient il y a quelques années.

A présent, d'autres systèmes d'interprétations de la maladie viennent s'ajouter : les interprétations « modernes », chrétiennes et bien sûr les interprétations psychologiques (rares) qui relient la maladie à des événements de la vie de l'individu, sociologiques et enfin évidemment médicales. Les modèles économiques, sociaux, politiques et religieux européens ont eu chez les *Kongo* les effets déstructurateurs et restructurateurs.

C'est une des caractéristiques de la culture kongo : elle est relativement vulnérable au contact avec la modernité. Néanmoins, malgré l'apparition de nombreux modèles explicatifs de la maladie, le caractère traditionnel de la maladie n'a pas disparu. Par conséquent, l'interférence entre tradition et modernité n'a pas non plus fait disparaître le *N'ganga*. Avec la modernité, c'est-à-dire la médecine moderne, il y a eu l'apparition des agents de la santé qui arrivent avec des procédés médicaux modernes. Ils soignent les malades à partir des médicaments appelés *manganga* en Kongo. C'est de là certainement qu'est partie l'appellation *munganga* / Le *N'ganga* des blancs qui désigne l'infirmier/ le médecin etc., bref ! L'agent de santé.

Sans remettre en cause les offres présentes de services de santé, nous nous proposons d'examiner ce que pourrait être l'apport de la médecine traditionnelle à travers un personnage : le *N'ganga* ou tradipraticien/ tradithérapeutes. Il s'agit de voir comment ce personnage de la société traditionnelle peut-il en s'intégrant au sein d'une société dite moderne (avec la présence de la médecine moderne), offrir son savoir (méthodes et techniques) dans l'approche de la maladie.

De nombreux malades consultent le *N'ganga* à la suite d'échecs successifs des recours antérieurs et des difficultés de la biomédecine à traiter de manière significative et définitive certaines pathologies. L'examen des itinéraires thérapeutiques nous permet d'envisager la logique possible de l'agencement des recours. Signalons toutefois que la notion d'itinéraire thérapeutique (ou de processus de quête de la guérison) doit être comprise comme le parcours suivi par chaque usager parmi la gamme des recours disponibles sur le marché des soins.

Ce parcours est toujours précédé par les étapes suivantes :

- la perception par le sujet d'un état de dérèglement entraînant une demande d'identification et d'interprétation ;
- l'élaboration d'un diagnostic ;
- le choix d'un traitement ou d'un thérapeute (*N'ganga*).

Revenons aux différentes phases du parcours thérapeutique. En premier lieu, lorsque la maladie apparaît, elle ne suscite pas de questionnement particulier. Souvent, l'automédication constitue le premier recours. Ensuite, ce n'est que lorsque les symptômes sont perçus comme ceux d'une maladie non banale qu'il devient nécessaire de s'adresser à un spécialiste. Ainsi, commence la chaîne des recours thérapeutiques extérieurs.

On pourrait résumer ainsi le recours thérapeutique :

- 1- Automédication ;
- 2- Consultation d'un généraliste ;
- 3- Consultation d'un spécialiste ;

- 4- Consultation d'un *N'ganga*. Il peut être un *N'ganga N'kissi* (*guérisseur*) ou un *N'ganga N'nzambi* (religieux ou prophète).

Examinons ces étapes. Il faut entendre par automédication l'ensemble des pratiques de soins que mettent en œuvre les individus, sans faire appel à des spécialistes, médecin ou *N'ganga*. Il peut donc s'agir d'une automédication avec les produits de la biomédecine ou à l'aide de la phytothérapie. Ici, la phytothérapie renvoie au niveau 1 du *bunganga*, celui des maladies bénignes, *maladies naturelles ou de Dieu* ; ce niveau est accessible à une large couche sociale. Mais, dans la part des cas, les soins d'automédication sont accompagnés des conseils des membres de la famille. Généralement, ce sont les personnes âgées qui sont sollicitées, en fonction de leurs expériences et de leur vécu. Chaque famille compte ce type de personnes sur lesquelles on peut s'appuyer pour les premiers diagnostics. Selon leur niveau d'éducation, leurs conseils peuvent s'étendre non seulement aux savoirs en thérapies traditionnelles mais aussi en biomédecine. Lorsqu'un sujet n'a pas des moyens pour se soigner, il peut commencer par le *N'ganga* ou par les « *bizinga* » ou « centre thérapeutique spirituel ». Si ces premiers soins sont marqués par leur insuccès, le malade passe ensuite à la consultation d'un généraliste. Celui-ci est de deux ordres : il, peut s'agir d'une consultation dans un centre médical, par exemple, ou les interprétations d'un *N'ganga* de niveau 1, selon la classification des *N'ganga* que nous avons établie.

La troisième étape, la consultation d'un spécialiste, dans la plupart des cas, fait référence à la biomédecine. Justement, les difficultés de la définition du rôle et de la place du psychologue dans les institutions hospitalières, ne permet pas facilement aux usagers de ces institutions de s'adresser au psychologue devant un problème touchant à la vie psychologique de l'individu en situation d'instabilité, de déséquilibre ou encore en situation conflictuelle. C'est dans pareil cas que le psychologue doit visibiliser sa profession, parce qu'il est spécialiste des problèmes liés aux troubles de la personnalité appelés troubles de comportement (TSOKINI, 2008).

En effet, c'est la réalité psychique qui intéresse le psychologue clinicien et le psychanalyste, d'autant plus que leur attention porte sur l'homme comme sujet et être de relation. A propos, S. FREUD (1974, p. 156) cité par BOUYER dit que : « la réalité psychique est une forme d'existence particulière, qu'il ne faut pas confondre avec la réalité matérielle ».

On remarque très souvent qu'entre les deuxième et troisième phases, les malades se concentrent sur les soins hospitaliers. La consultation du généraliste va conduire à celle du spécialiste. Lors de ces deux phases, le malade procèdera à de nombreux examens biologiques.

Malheureusement, si le malheur persiste, on observe un repli stratégique du malade. Cette quatrième étape va le conduire à un retour vers la médecine traditionnelle. Cette fois, il consulte directement, un *N'ganga* de niveau 2. On voit bien que ce retour intervient lorsque tous les autres recours ont échoué. Le choix de ce *N'ganga* est capital car c'est lui qui porte la responsabilité de la première interprétation sorcellaire de la maladie : il indique le type de maladie, les types de soins possibles et le type de *N'ganga* peut aider à recouvrer la santé. De toute façon, le passage d'une étape à une autre est conditionné par l'insuccès des traitements et l'insatisfaction du malade lors des étapes précédentes.

Cependant, il faut aussi considérer que la perception de la gravité d'une affection est toujours fonction de la culture ou de l'individu en question. La perception d'un état comme pathologique fait intervenir des schèmes socioculturels qui peuvent varier d'une culture à une autre, d'un individu à un autre, « *la fièvre des Blancs n'est pas la fièvre des Noirs* » disent Gollnhoffer et Sillans (1976).

L'entourage du malade est fortement présent dans la prise de décision relative au recours thérapeutique. Cet entourage constitue ce que Janzen (1995) désigne par « groupe organisateur de la thérapie » qui intervient d'ailleurs à plusieurs étapes différentes : c'est lui qui établit le premier diagnostic sur la nature de la maladie.

C'est lui, aussi, qui, en lieux et places du malade lui-même, organise et propose les recours thérapeutiques les plus adéquats. C'est encore lui, selon l'état de gravité de la maladie, qui quotidiennement apporte au malade le soutien moral et financier dont il a besoin et le suit dans son parcours vers la guérison.

La lecture du parcours thérapeutique et l'analyse des discours produits nous conduisent à considérer que du point de vue des malades, des parents et, certainement, des *N'ganga*, il n'y a aucune contradiction à recourir tantôt au *N'ganga*, tantôt au médecin. En réalité, en fonction de l'état du malade, du diagnostic qui en est établi et des considérations culturelles, on glisse facilement de l'hôpital au *N'ganga*. Le *N'ganga* sait parfaitement qu'il intervient à un moment crucial dans l'itinéraire thérapeutique des malades. Ils sont souvent le dernier maillon de la chaîne des recours thérapeutiques dans le processus de guérison. La consultation du *N'ganga* intervient souvent en fin d'itinéraire thérapeutique, aux limites de la bio médecine, lorsque celle-ci ne peut résoudre de manière satisfaisante une situation de maladie ou d'infortune. De fait, le *N'ganga* prend le relais du médecin et son rôle est très essentiel.

Il s'agira donc pour lui de pallier les insuffisances des recours thérapeutiques institutionnalisés consultés antérieurement et de proposer une autre manière de traiter la maladie et le malade ; il constitue aussi une autre alternative. Ces situations sont perçues comme suffisamment critique pour légitimer finalement le recours au *N'ganga*. Le recours aux médecins traditionnelles est le plus souvent sous-entendu par une distinction étiologique qui constitue peut-être le critère essentiel car permettent d'emblée d'établir une distinction et un classement des origines possibles des maladies.

Les maladies sont classées entre celles dont les causes seraient « naturelles » et celles dont les causes seraient « non naturelles ». Contrairement aux maladies naturelles, celles du second type font appel, dans le processus de guérison, à d'autres types de traitements que ceux issus de l'hôpital.

Comme on l'a vu dans le parcours ci-dessus, cette interprétation est vécue ouvertement à partir de la troisième phase. Le malade et son entourage sont convaincus qu'il s'agit d'une autre chose que d'une maladie normale.

Ces conclusions les conduisent à solliciter un *N'ganga*. C'est ainsi qu'il apparaît que le recours au *N'ganga* intervient au terme d'un itinéraire thérapeutique varié, lorsque la bio médecine a montré son inefficacité. On observe donc que le *N'ganga* n'est pas sollicité pour les mêmes raisons que le médecin. Celui-ci intervient principalement lorsque le mal a résisté aux prescriptions médicales et a pris place au sein d'une conception étiologique sorcellaire. En dehors de la conception d'étiologie sorcellaire, il y'a des pathologies qui résistent à la chimiothérapie et, qui sont soignées par la psychothérapie. Que dire du *N'ganga* auprès de qui le malade se confie en cas d'échec du médecin ou praticien organiste dans sa prise en charge ? Le *N'ganga* n'a pas que le rôle de diagnostic et de thérapeute, parce qu'il ne soigne pas que le corps. Il va au-delà du corps, en soignant aussi l'esprit par le biais de sa parole qui est puissante. Car, pour Laplantine (1976, p. 51) : « En Afrique, tout commence et tout finit par la parole, ... ».

Nous pouvons déduire que le *N'ganga* pratique la psychothérapie sans certainement le savoir. Il soigne l'homme dans sa globalité, en agissant sur le corps et sur l'esprit. Le *N'ganga* est donc un médecin traditionnel ou un praticien traditionnel qui répond aux attentes globales du malade. La modernité et l'itinéraire thérapeutique relance le débat relatif à la prise en charge des malades. Justement, étant donné que le médecin est un organiciste, il est sensé de toujours placer ensemble avec lui, un psychiste ou un psychologue en vue de répondre de façon globale, aux attentes du malade. Avec la modernité, un sujet qui présente une résistance à la bio médecine, devra systématiquement être consulté et pris en charge par un psychothérapeute. Ceci pourrait éviter aux malades d'être partagés entre deux types de soins : moderne et traditionnel.

Néanmoins aujourd'hui, la concurrence entre médecine moderne et médecine traditionnelle baisse d'intensité. Ces deux médecines coexistent de plus en plus en Afrique, en Amérique latine et en Asie. Selon l'O.M.S. (2005), différents pays de ces continents font appel à la médecine traditionnelle :

- En Afrique, jusqu'à 80 % de la population a recours à la médecine traditionnelle au niveau des besoins de soins de santé primaires.

- En chine, les préparations traditionnelles à base de plantes représentent entre 30 et 50 % de la consommation totale de médicaments.⁶

A titre d'illustration, au Nord-Kivu à Goma par exemple, les médecins et thérapeutes ou *N'ganga* reconnaissent leurs compétences mutuelles et collaborent étroitement, pour soigner au mieux les malades. Ils ne sont plus concurrents mais complémentaires. D'ailleurs beaucoup de praticiens des hôpitaux reconnaissent l'apport de la médecine traditionnelle dans le traitement de certaines maladies comme : les hémorroïdes, les dysménorrhées ou règles douloureuses chez les femmes, les fractures etc. pour lesquelles les praticiens traditionnels sont très qualifiés. Pour Passy MUBALAMA (2011, p. 23-24) :

Les médecins traditionnels ou *N'ganga* travaillent avec les plantes dont nous reconnaissons les vertus et, qu'on le veuille ou non, certains malades vont toujours et pour n'importe quelle maladie, consulter les médecins traditionnels. Ils y croient. Cette situation s'explique par le contexte qui favorise la croyance aux remèdes surnaturels. Mais aussi et surtout, par l'absence ou l'insuffisance de structures médicales et l'accès difficile aux médicaments. Les personnes malades n'ont souvent que peu de solutions.

D'ailleurs, ces tradipraticiens ou *N'ganga* n'hésitent de faire usage des moyens les plus modernes pour faire connaître leurs compétences. Ainsi, font-ils appel à la publicité sous toutes ses formes : panneaux de publicité de bonne facture révèle généralement leur identité, leur résidence, mais aussi et surtout leurs différents domaines de compétence c'est-à-dire les maladies qu'ils sont sensés guérir sans oublier le large éventail de services qu'ils sont susceptibles de fournir à leurs clients. Cette stratégie d'approche rappelons-le, obéit moins à une volonté de rompre avec les racines du terroir qu'à un simple désir de se mettre au même diapason que leur concurrents. C'est la raison pour laquelle, qu'il s'agisse de panneaux, de pancartes ou de banderoles, le message reste le même :

⁶ http://www.who.int/traditionnal_medecine/fr/

« Nous proposons des soins, mais ceux-ci tirent leur efficacité d'une entité, d'une puissance qui n'est pas de l'ordre de la rationalité ». On peut lire le genre d'inscription suivant : Consultation mystérieuse, médicament contre le poison et les fusils nocturnes, etc. (Mensah, 2004, p. 56).

Par ailleurs, si la société actuelle reconnaît le mérite des individus en leur octroyant des diplômes, les *N'ganga* ou tradipraticiens n'entendent pas naviguer à contre-courant de la logique, d'où l'établissement de certificats dits d'aptitudes ou de droit d'exercer la médecine traditionnelle.

Cette situation dénote bien d'une volonté de se conformer à la nouvelle donne, celle que nous apporte la rationalité occidentale. Même s'il faut relativiser en disant que cette logique qui veut que le plus compétent soit reconnu par la communauté n'est pas une spécificité occidentale.

Si le diplôme sanctionne la fin de la formation d'un individu dans un domaine donné dans le système dit moderne, l'expérience pratique de tous les jours ainsi que le nombre de succès engrangés vont fortement déterminer la compétence de tel ou tel autre *N'ganga*.

Il faut aussi ajouter qu'à l'inverse de la société dite moderne qui offre des formations diplômantes c'est-à-dire où n'importe quel individu peut se lancer et obtenir son diplôme sans que celui-ci ait nécessairement une vocation ou un penchant sur le domaine, le système traditionnel va, lui privilégier le côté aptitude et prédisposition des candidats. Ce qui freine la volonté d'usurper des titres ou fonctions du moins en ce qui concerne les *N'ganga* du village.

Pour ce qui est des *N'ganga* de la ville, les réalités sont toutes autres puisque ces derniers échappent au « contrôle » de la communauté et préfèrent s'individualiser pour selon certains, s'affranchir des contraintes du village et de la famille⁷.

⁷ <http://www.anthropologie-gabon.info>

C'est cet effort de « conformité à l'occidental » qui fait dire à bon nombre de critiques et de commentateurs que les sociétés africaines notamment celles au sud du Sahara se trouvent comme partagées, écartelées entre deux univers, c'est le cas de Luneau (2002, p. 51) qui dit qu'il y a en Afrique « une tradition qui ne se laisse pas oublier et une modernité qui la fascine et la violence ».

On remarque aussi que le *N'ganga* qui fait recouvrer la santé n'est pas nécessairement le premier à avoir été consulté. Ceci suppose que les malades ont rencontré auparavant d'autres *N'ganga* dont les soins se sont révélés sans effet. Il arrive très souvent que le malade rencontre divers *N'ganga* sans succès avant de trouver la guérison.

On comprend bien ici qu'une affection qui résiste aux prescriptions du médecin n'est pas nécessairement résolu par le premier *N'ganga* consulté. Il nécessite parfois la consultation de plusieurs autres. Dans les traitements, le *N'ganga* ne se préoccupe pas essentiellement des symptômes et autres signes de la maladie. Il recherche avant tout l'origine de celle-ci en tenant compte de la perception et des représentations qu'elle suscite dans l'esprit du malade et de son entourage.

La prise en compte de toutes les étapes qui constituent l'itinéraire-type du malade qui le conduit en dernier recours chez les *N'ganga* permet de mieux entrevoir la façon dont se construit et s'articule le recours aux médecines traditionnelles. Le choix d'un traitement est donc tributaire et fonction à la fois de variables structurelle (composition du champ médical) et conjoncturelles (nature de la maladie, modèles culturels en présence).

I.3.1 L'espace socio-psychiatrique congolais

La réalité psychiatrique congolaise permet de saisir la teneur et la portée du fait pathologique et l'action clinique à envisager de manière à l'inscrire dans le sens de la complémentarité nécessaire en milieu hospitalier.

La dynamique culturaliste fortement marquée par le courant ethnopsychiatrique et ses récurrents méthodologiques consacrés est actuellement la perspective la plus retenue dans le domaine de la psychologie pathologique et de psychiatrie africaines. Il convient de rappeler le rôle joué par l'école de Fann à Dakar avec Henri Collomb qui a permis une impulsion incontestable.

La philosophie de cette école, d'intérêt méthodologique évident, renvoie à une conception de la maladie mentale qui tient compte des contingences socioculturelles. Celles-ci se traduisent par un mode d'organisation psychoaffective multipolaire du système de la personnalité de l'individu africain. A cet égard, Ibrahima SOW (1977, p. 58), à propos du regard clinique estime que :

Les symptômes psychopathologiques en tant que productions doivent être analysés dans le cadre dynamique qui les a produits. Une telle étude procède d'une approche dynamique où les interprétations seront opérées dans le cadre même où se manifestent les productions psychiques.

En réalité, en dehors du cadre purement définitionnel, c'est toute une problématique qu'il faut définir, celle de la psychopathologie africaine dont l'articulation théorique et méthodologique renvoie à l'approche du système de la personnalité où le moi individuel est en relation avec le moi groupal.

Ce contexte anthropologique s'articule à, travers un état de conscience où coexistent le moi individuel et le moi groupal dans une sorte de relation de dépendance. Cette donnée spécifique est à l'œuvre tout au long du développement du sujet et donnera cours à un mode particulier d'organisation de la personnalité de l'individu.

L'intérêt méthodologique et surtout pratique que suggère ce référentiel théorique est celui de situer la pertinence des approches particulières tout en privilégiant la dimension anthropologique régulant tout procédé d'analyse de la réalité africaine en général, congolaise en particulier. Cela constitue, en effet, un acquis méthodologique certain destiné à des interventions psychologiques, mais aussi une sorte de motivation réelle afin d'entreprendre des pratiques cliniques significatives en milieu congolais.

Ces approches, à bien des égards, renvoient au modèle de la psychologie clinique de la santé qui, du point de vue de l'articulation des données cliniques, tend à les contextualiser. Il s'agit d'un modèle qui met en relief la problématique du vécu du patient en interaction, et qui oriente l'approche sur le patient dans son contexte.

A ce propos, Marie-Santiago DELEFOSSE (2002, p. 73) estime que :

L'important, c'est la portée de la perspective intégrative et à articuler ou du moins à prendre en compte plusieurs niveaux d'appréhension du sujet en tant que toujours situé.

Plus saisissante encore est l'approche dite clinico-pathologique qui, comme le souligne Anne ANAUT (2003, p. 19), concernant la question de la vulnérabilité particulièrement,

suppose de s'intéresser aux processus intrapsychiques, mais aussi aux événements et contextes pathogènes, à tenter à les comprendre, à repérer les éléments de fragilité interne et externe et à proposer des modalités d'intervention visant à aider les sujets vulnérables et à trouver des pistes pour prévenir les risques.

Dès 1955, Lagache dans le cadre de l'approche clinique en psychologie de la santé, appelle de ses vœux une psychologie médicale. Nouvelle discipline pour les psychologues, celle-ci devrait regrouper un nombre d'objets proches de ceux de la psychologie de la santé telle qu'elle sera définie dans les années 1980 aux Etats-Unis. En effet, pour cet auteur, la psychologie médicale s'attache à :

- Prendre en charge psychologiquement les patients atteints de la maladie somatique ;
- Comprendre les effets et conséquences de la relation médecin/malade/famille ;
- Décrire de manière différentielle les traits psychologiques suivant les types et formes de maladie ;
- Elucider le poids des valeurs et croyances des groupes et leur influence sur les suivis des prescriptions, des consignes de prévention, etc.

Cependant, cette nouvelle discipline ne peut renoncer à sa méthode clinique et en ce sens, elle se distingue de la psychologie de la santé, qui nous vient des pays anglo-saxons :

Nous concevons mal une psychologie médicale qui ne soit pas principalement clinique ; en revanche, le terme « psychologie clinique », sans exclure les domaines proprement médicaux, a été introduit surtout pour connoter l'extension de l'esprit clinique et de la méthode clinique à l'étude approfondie de cas individuels qui ne sont pas forcément médicaux ; mais nous avons dit que la psychologie médicale elle-même débordait dans des domaines qui ne sont forcément pathologiques (Lagache, 1955, p. 152).

Ainsi, en tant que médecin, philosophe, psychologue, psychanalyste et promoteur de la méthode clinique en psychologie, Lagache se refuse à ignorer l'importance de la prise en compte de l'activité du sujet dans son « monde » intérieur et extérieur. Ici, l'appel à la clinique en tant que démarche et méthode de travail concerne un sujet conçu dans son activité de mise en sens et en interaction, puisque la psychologie médicale doit :

Mettre en relief l'interdépendance de l'organisme et le milieu ; on a été ainsi amené à élaborer des concepts qui permettent d'échapper à la dichotomie organisme-situation, en intégrant les deux notions dans une représentation d'ensemble. C'est à ce besoin que répond la notion de champ psychologique, c'est-à-dire du champ des interactions de l'organisme et de l'entourage. (Lagache, 1955, p. 159).

Au point de vue de l'histoire des idées dans la tradition psychologique française, on voit combien les domaines de la santé et de la maladie ne sauraient être considérés comme des objets d'étude nouveaux. Ainsi, au point de vue des pratiques, ce seront les psychologues cliniciens qui vont, dès ses origines, investir le champ de la psychologie médicale de Lagache et imposer une approche théorique presque exclusivement psychanalytique et/ou psychosomatique. Cette orientation a favorisé une certaine confusion entre méthode (clinique) et théorie (psychanalyse). Si bien qu'alors que les bases de la psychologie médicale définie par Lagache laissaient une place à d'autres courants théoriques cliniques (différentiels, humaniste t/ou phénoménologique), cette discipline n'a pu se développer au sein de la psychologie et a trouvé refuge chez le ...médecins (Jeammet, Reynaud, Consoli, 1996).

Cette psychologie de la santé, tout comme le psychologue praticien, répond à une demande sociale et médicale pragmatique inhérente à une conception économique typiquement américaine, et à une approche d'ensemble, en France, relativement biologique et adaptatrice de la psychologie dans ce pays. Suivant les orientations actuelles de l'IUPsyS (International union of Scientific Psychology), il convient de modérer, si ce n'est d'interroger, les imports directs d'une culture psychologique d'un pays à un autre.

En psychologie, avant toute adhésion à une norme comportementale externe, il faut alors tenir compte de la souplesse des mécanismes d'ajustement et de l'inventivité adaptative individuelle qui diffère profondément d'un cas à l'autre. L'étude clinique et qualitative de l'histoire du sujet et des spécificités de son milieu de vie permet de rendre compte des « solutions résilientes » propres à chaque cas. L'avenir d'une démarche clinique en psychologie de la santé se jouera à travers la capacité (ou non) des praticiens et chercheurs intervenant dans le domaine de la santé, à rendre compte de leurs interventions et de leurs modernisations théoriques.

I.3.2 La pratique psychiatrique au Congo Brazzaville

Le constat sur le terrain fait apparaître une réalité quelque peu « atypique », au regard de l'interférence des pratiques curatives observées lors de la gestion sociale du trouble mental. De manière générale, l'institution officielle intervient en second lieu et se trouve marquée par certains nombre de représentations et de significations subséquentes. L'observation de ces deux procédures d'investigation thérapeutiques simultanément sollicitées laisse penser à une double perception familiale et sociale du trouble mental. En réalité, il s'agit d'une seule perception du trouble qui mérite d'être saisie culturellement, du trouble mental, à travers l'existence d'un circuit ou trajet thérapeutique qui se pose dans les termes suivants : patient (soutenu par la famille) – guérisseur (s) et/ou secte religieuse-Hôpital psychiatrique. (Dieudonné Tsokini, 2008, p. 63).

Ce circuit révèle que la décompensation psychiatrique suscite d'emblée le recours au guérisseur (*N'ganga N'kissi*), en passant, pour certains par une secte religieuse consulter un (*N'ganga N'zambi*) avant d'arriver au service de psychiatrie où l'on consulte le thérapeute moderne / Le *N'ganga* des blancs ou (*Munganga*).

Il semble traduire

l'enracinement ou la perception cognitive de la maladie mentale au sein des sociétés africaines, issues d'une conception de l'homme qui traduit une certaine attitude face au déséquilibre mental. Autrement dit, ce circuit réaffirme, réactualise la pensée originelle de l'Africain face à une conception de l'homme dont le désordre mental est toujours vécu et exprimé en termes d'agression persécutive, le patient se situant, dans ces conditions, en position de victime (Tsokini, 1994, p. 247).

Cela constitue une indication psychopathologique fondamentale rapportée dans la majorité des recherches sur la psychiatrie traditionnelle africaine, mais elle demeure d'actualité en matière d'exercice de la psychiatrie au Congo Brazzaville et en Afrique noire de manière générale.

On peut dire que la signification profonde de ce circuit est à rattacher à la nature culturelle du fonctionnement de l'individu africain face à la maladie mentale, ce qui explique l'attrait pour les pratiques des guérisseurs traditionnels qui sont socialement tolérés. Comme le fait remarquer Abel Kouvouama, les guérisseurs sont consultés comme si l'on consultait un infirmier de quartier sans aucune gêne. Précisément, il indique que :

Les guérisseurs sont nombreux à Brazzaville et nullement en voie de disparition. La visite chez le guérisseur est aussi banale que la consultation chez l'infirmier de quartier. Il est un simple technicien traditionnel de la santé. Il opère son diagnostic à partir des symptômes cliniques et intervient au même titre que l'infirmier, pour traiter les maladies naturelles (Dorier-Apprill et Kouvouama, 1998, p.100).

Cette situation relègue l'hôpital psychiatrique au bout du circuit pour lui assigner un certain nombre de significations, celle de dernier recours notamment, ou probablement dans le pire des cas, celle de gardiennage après de multiples échecs subis auprès des guérisseurs. En tout état de cause, pour déconcertante qu'elle soit surtout pour l'observateur étranger, elle interpelle le spécialiste de la santé mentale dans le cadre de la pratique clinique, mais aussi les autres spécialistes de la question de l'homme, puisqu'il s'agit d'une question plurielle en soit qui doit être posée dans une perspective multidimensionnelle.

Concernant la pratique psychiatrique proprement dite, notamment dans sa dimension thérapeutique, ces considérations méritent d'être prises en compte afin de saisir la véritable signification du conflit de l'hospitalisation demandée. Pour Dieudonné Tsokini (2008, p. 68), cela signifie intégrer la famille en vue de l'obtention d'un consensus car elle constitue un pôle d'investigation, non négligeable, compte tenu de sa responsabilité par rapport au circuit ou au trajet thérapeutique effectué avec le patient. L'attitude de la famille face à la maladie et aux divers consultations ou démarches engagées auprès des guérisseurs et médecin de l'hôpital psychiatrique, déterminera le degré de son implication dans le processus de cure envisagée.

D'ailleurs, la pratique de la psychothérapie de groupe au service de psychiatrie de Brazzaville révèle l'importance des accompagnants dans la prise en charge psychiatrique des malades. Chaque malade hospitalisé a au moins un accompagnement choisi par le groupe familial selon des critères précis de la représentativité : l'accompagnement constitue un support affectif intervenant de manière déterminante dans la relation thérapeutique, notamment psychothérapeutique.

Cela traduit une disposition phylogénique culturellement déterminée par une organisation psychoaffective faite de dépendance de l'individu dans son existence relationnelle, d'où cette sollicitation permanente de l'« autre ». Ainsi, l'évolution ou le destin du malade et de sa maladie dépendront d'une certaine manière, de sa famille, de sa volonté apparente ou non de résoudre de conflit qui est, dans une certaine mesure, son conflit.

L'individualisation du malade avec sa maladie par la famille apparaît comme un masque social, c'est-à-dire un mécanisme de défense contre lequel il faut agir. Aussi convient-il de noter que ce circuit thérapeutique, précédemment évoqué, lorsqu'il est suivi par les malades rend complexe l'entreprise thérapeutique, car certains malades arrivent à l'hôpital dans un état de morbidité très prononcé et probablement très avancé sur le plan clinique.

L'appréhension du circuit et son utilisation par le praticien dans le but thérapeutique constitue une indication majeure consistant justement à établir un consensus, en montrer le bien-fondé, autrement dit impliquer le malade et la famille dans le processus de cure, représente une attitude fondamentalement rassurante à visée thérapeutique.

Cette perspective thérapeutique s'appuie sur une problématique théorique qui saisit le trouble mental dans sa genèse et son devenir à partir d'une certaine conception de l'homme en tant que réalité psychosociale, où l'autre apparaît déterminant dans la structuration de la personnalité de l'individu. Les échecs et les diverses désadaptations qui apparaîtront seront analysés et interprétés en fonction de l'arrière-plan socioculturel sur lequel se greffent et s'évaluent les conduites adaptées ou désadaptées de l'homme dans la société.

En ce qui concerne les activités relatives à la pratique psychiatrique, il conviendrait de mettre en application des mesures dont l'objectif est l'humanisation de l'assistance psychiatrique et son extension à l'ensemble des populations dans les conduites de prévention.

Il faut donc, pour cela, créer les conduites d'une pratique socialisante, à l'instar de la politique de sectorisation, afin d'éviter la séparation, l'isolement, la honte, et faciliter la communication. L'application réelle d'un quelconque programme thérapeutique exige, pour sa réalisation, une implication responsable des pouvoirs publics dans la gestion des problèmes de santé mentale. Cela passe par la création d'une institution psychiatrique au sein d'une société en pleine mutation où les problèmes de déséquilibre des individus sont d'une actualité déconcertante, compte tenu du nombre impressionnant de malades psychiatriques errant dans la ville de Brazzaville. Ainsi, la construction d'une véritable structure de prise en charge, avec son atout qualitatif en personnel soignant, psychiatres, médecin généraliste, psychologue cliniciens et autres compétences, demeure une des premières mesures à adopter, si l'on veut véritablement s'attaquer au problème de santé mental qui se pose aujourd'hui avec une acuité toute particulière.

I.3.3 Hétérogénéité et interférence psychiatrique

Dans un milieu urbain en plein changement comme Brazzaville, la référence à la tradition recouvre en réalité une grande diversité de pratique. Si ces pratiques s'enracinent dans le même fond culturel, beaucoup, comme le rapportent Dorier-Apprill et Kouvouama, ont été métissés par le mélange de méthodes et de rites provenant des diverses régions du pays, et même par des emprunts à la médecine occidentale. Beaucoup de malades n'hésitent pas à cumuler traitement chimique à base de plantes locales, dans l'espoir d'une efficacité maximale. Et pour certaines maladies, on se rend d'abord chez le *N'ganga* /Tradithérapeute/ guérisseur, le traitement de type traditionnel étant réputé apporter de meilleurs résultats.

A Brazzaville comme au village, le guérisseur est un simple technicien traditionnel de la santé. Il établit son diagnostic à partir des symptômes cliniques, et intervient au même titre que l'infirmier pour traiter les maladies dite « naturelles ». Il est impuissant face aux maladies « provoquées », c'est-à-dire liées à l'envoûtement et pour lesquelles il faut consulter un spécialiste capable d'influer sur les forces maléfiques. Ce spécialiste, c'est le *N'ganga* ou le féticheur.

Ce qui est plus saisissant, quant à la portée sociale de la présence encore vivace du guérisseur, c'est la représentation qu'ont les Congolais, particulièrement, les habitants de Brazzaville, de la maladie qui n'est pas toujours considérée comme phénomène biologique. L'interprétation des causes est placée au centre même du processus de guérison : le mal ne frappe pas par hasard, il est déclenché selon un mode surnaturel par un agresseur extérieur, et révèle des pratiques communément regroupées sous le terme de sorcellerie. Toute maladie suspecte ne peut donc être interprétée qu'en termes de relation persécutive, conformément à la théorie de l'attribution causale qui cherche à rendre compte de la réalité des personnes ou l'individualisme n'est pas une valeur fondatrice. Il s'agit en fait d'un système de causalité basé sur la multiplicité des attributions externes et la coexistence d'explications internes et externes pour un même fait chez une même personne.

CHAPITRE II : INSTITUTION HOSPITALIERE

Les hôpitaux possèdent une histoire s'étendant sur plus d'un millénaire ; d'établissement d'assistance charitable, ils sont devenus les outils essentiels d'une politique de santé au bénéfice de la population dans son ensemble. Le progrès des communications, l'institution de la Sécurité sociale et l'évolution des techniques de soins médicaux ont abouti à la conception d'un réseau d'établissement hiérarchisés et coordonnés participant à la protection et à la promotion de la santé.

La qualification du personnel et la qualité de l'équipement spécialisé deviennent les objectifs principaux du développement du système sanitaire. Cependant, le coût des soins hospitaliers, dont le taux de croissance dépasse celui du revenu national dans les pays développés, doit être balancé par une contribution efficace du système sanitaire au retour des malades et des blessés.

Le cadre législatif, les procédures administratives et les techniques modernes de gestion doivent concourir à accroître l'efficacité du système des soins médicaux sans négliger son rôle social.

Le système hospitalier est le meilleur champ d'application des méthodes diagnostiques et thérapeutiques ; il favorise l'enseignement et la recherche médicale. Des méthodes statistiques d'analyse de la demande effective en soins médicaux, en fonction de paramètres démographiques et socio-économiques, permettent de mesurer l'écart entre la demande et les besoins théoriques et de fonder la planification sur une base objective.

En se référant au développement historique des hôpitaux, il ressort que l'hébergement et le traitement des pauvres, des malades et des invalides sont apparus d'une part, dans les pays où les grandes religions (bouddhisme, christianisme et islam) se sont affirmées, et, d'autre part, aux périodes de prospérité économique et de développement du droit. A partir de ces pays, l'institution hospitalière s'est répandue dans d'autres régions qui étaient soumises à leur influence politique ou culturelle.

II.1 L'organisation hospitalière

A partir de l'organisation hospitalière contemporaine, l'hôpital a reçu deux définitions de l'organisation mondiale de la santé (O.M.S). La première est pratique : « Établissement desservi de façon permanente par au moins un médecin et assurant aux malades, outre l'hébergement, les soins médicaux et infirmiers »

L'autre définition décrit la fonction que l'hôpital moderne devrait assumer :

L'hôpital est l'élément d'une organisation de caractère médical et social dont la fonction consiste à assurer à la population des soins médicaux complets, curatifs et préventifs, et dont les services extérieurs irradiant jusqu'à la cellule familiale considérée dans son milieu ; c'est aussi un centre d'enseignement de la médecine et de la recherche bio social (Ghimbi, 2011, p. 150).

L'hôpital joue actuellement un rôle considérable, grâce à deux facteurs dont le développement est irréversible : le progrès des sciences médicales qui impose la concentration du personnel qualifié et des équipements spécialisés des institutions de haute technicité d'une part, la facilité des communications qui va de pair avec l'urbanisation d'autre part.

Le système hospitalier doit donc être rendu accessible à toutes les classes sociales et couvrir toute l'étendue géographique où vit la population. Cet impératif entraîne la création de complexes hospitaliers constitués d'un certain nombre d'établissements hiérarchisés, juridiquement répartis sur le territoire et étroitement coordonné. L'étude statistique des différentes maladies et des conditions d'efficience optimale du nombre de lits de chaque service spécialisé, ainsi que l'utilisation des hôpitaux pour l'enseignement médical et la recherche conduisent à considérer que la « région » (de un à trois millions d'habitants) constitue le cadre adéquat pour un réseau hospitalier coordonné.

Un autre aspect de l'organisation hospitalière est l'intégration des activités préventives et curatives. Le système dualiste, qui conduit au développement d'instructions de médecine sociale indépendantes des hôpitaux à leur fonction curative, n'est plus justifié. En effet, mis à part les vaccinations obligatoires et les programmes d'hygiène publique portant sur l'environnement, rien ne distingue la médecine sociale du dépistage précoce de maladies existantes mais plus ou moins ignorées des patients. En outre, tout dépistage positif entraîne une sanction thérapeutique. Les activités extra-murales de l'hôpital se développent largement en intégrant les programmes de médecine sociale.

Un dernier fait à considérer réside dans la difficulté croissante qu'éprouvent les collectivités locales à financer la construction et le fonctionnement d'établissement hospitaliers. Le financement des hôpitaux se ramène actuellement à un seul type : intervention du budget de l'Etat.

La mise en place progressive de la régionalisation hospitalière s'avère inévitable. Elle entraîne la nécessité d'étudier et d'adapter des méthodes de planification sanitaire prenant en considération les perspectives de l'aménagement du territoire et la tendance du marché des soins en fonction du développement socio-économiques des populations. Les hôpitaux doivent donc progresser en technicité.

Le système hospitalier est appelé à occuper une place importante dans les programmes de développement. Les techniques diagnostiques et thérapeutiques se perfectionnent, ce qui entraîne des investissements croissants en personnel et en équipement. Le rapport des dépenses de santé au produit national au Congo, est de l'ordre de 0,71% (Annuaire statistique du Congo, p.59), comparativement à celui des pays développés qui est de l'ordre de 10%.

Les dépenses hospitalières correspondent à la moitié environ des dépenses globales de santé et elles doivent s'accroître avec l'intégration progressive de la médecine préventive. Comme l'espérance de vie à la naissance semble devoir augmenter à 51,1 ans au Congo Brazzaville⁸, il résulte que le contrôle des naissances et les succès de la thérapeutique amèneront un vieillissement de la population et la multiplication des cas de maladies chroniques et dégénératives.

Si l'on observe au Congo Brazzaville une saturation des demandes pour maladies aiguës (maladies contagieuses, maladies transmissibles, pédiatrie, neurologie, endocrinologie, gastroentérologie, chirurgie générale...), il est certain que la demande effective en soins est loin d'être à la mesure des besoins réels ; le marché ne peut donc que s'amplifier. L'O.M.S. se donne pour objectif la protection sanitaire globale de la population et recommande l'unification des services de santé de base. Ces derniers ne peuvent avoir leur pleine efficacité que si les hôpitaux s'intègrent dans un système à l'intérieur duquel le personnel sanitaire et la population ont toute une liberté de circulation et l'industrialisation et l'urbanisation.

L'hôpital est appelé à jouer un rôle croissant dans la protection et la promotion de la santé et pourra en outre démontrer la valeur économique des soins médicaux. En régime de plein emploi, la santé et l'éducation de la population sont les conditions du développement. Il en est de même dans tous les pays économiquement qualifiés, car ils sont rares, même s'il y a sous-emploi global.

L'emplacement des hôpitaux a trop souvent été décidé en fonction de critères qui ont conduit à des implantations extérieures aux agglomérations. Or, les techniques architecturales, l'expansion urbanistique et le souci de faire de l'hôpital l'instrument essentiel d'une politique de protection et de promotion de la santé imposent l'intégration des institutions sanitaires dans le tissu urbain.

⁸ *Projet de document de politique sectorielle du secteur de l'éducation à l'épidémie du VIH et du Sida, Brazzaville, mars 2012, 66 pages.*

Cette nouvelle conception pose problème de la dimension optimale des hôpitaux. Il est prouvé d'une part que les petits hôpitaux ne peuvent plus satisfaire de façon économique les impératifs de la médecine moderne, d'autre part, que les très grands établissements souffrent de graves difficultés d'organisation et de gestion.

L'hôpital constitue un instrument essentiel de l'enseignement pratique de la médecine, des soins infirmiers et des techniques paramédicales. Selon une tradition établie depuis des siècles, les enseignants des sciences cliniques sont membres de la faculté et chefs de services hospitaliers. Trois solutions existent pour résoudre des problèmes de cette double fonction. Ou bien, comme en Russie, l'enseignement de la médecine dépend du ministère de la santé ; ou bien, comme aux Etats-Unis, il existe des hôpitaux universitaires dépendant des écoles de médecine ; ou bien comme en France, une convention lie certains hôpitaux et l'université, réalisant ainsi les centres hospitaliers universitaires (C.H.U.) issu de la loi Debré du 31 décembre 1970, tel est le cas au Congo Brazzaville.

Le problème de l'enseignement clinique est actuellement un des plus ardues, car la complexité croissante des sciences médicales dans les secteurs les plus avancés (neurochirurgie, physiologie des appareils rénal, cardiaque et pulmonaire, réanimation, etc.) attire l'attention des enseignants vers des doctrines et pratiques qui s'éloignent de la médecine de base.

En conséquence, les hôpitaux utilisés pour l'enseignement de la médecine de la médecine ont tendance à comprendre une large proportion des services hautement spécialisés et à sélectionner les malades atteints d'affections rares ou atypiques. Instruments admirables pour l'enseignement postuniversitaire et la formation des spécialistes, les hôpitaux universitaires préparent mal l'étudiant à affronter les problèmes journaliers de l'exercice de la médecine dans une collectivité.

Le même étudiant est également mal préparé à assumer la protection et la promotion de la santé de la population dont il aura la charge. Ainsi s'aggrave l'écart entre une médecine de ces exceptionnels et les besoins de bases des groupes humains.

L'O.M.S. insiste pour que l'enseignement de la médecine s'oriente vers les besoins de base, par l'utilisation des hôpitaux généraux et des centres médicaux et de santé. Cette approche est particulièrement impérative pour les pays en voie de développement comme le Congo Brazzaville, où les programmes de santé n'ont de chance de se développer que si leurs promoteurs peuvent démontrer leur valeur économique par la réduction des invalidités et résultant des maladies et des accidents les plus fréquents.

II.2 Organisation et fonctionnement du système de santé au Congo Brazzaville

Au Congo la protection et la promotion de la santé constituent un droit fondamental de la personne humaine. La santé, composante indissociable et instrument du développement socioéconomique, représente un secteur d'investissement et dit de ce fait obéir aux règles d'utilisation rationnelle des ressources afin que le meilleur état de santé de la population soit le garant de la prospérité, du développement économiques et social du pays. Ces propos nous permettent de voir les fondements et les principes directeurs de la Politique National de Santé.

II.2.1 Les fondements

La politique Nationale du système de santé repose sur quatre fondements majeurs : **Droit à la santé.** Les différentes lois fondamentales de la République du Congo garantissent à tous, le droit à la santé. Equilibre et harmonie de toutes les possibilités de la personne humaine (biologiques, psychologiques et sociales), la santé exige d'une part la satisfaction des besoins fondamentaux de l'homme qui sont qualitativement les mêmes pour tous les êtres humains et une adaptation de l'homme à un environnement en perpétuelle mutation d'autre part. Cependant, si la santé est un droit tel qu'énoncé ci-dessus, il est demeure pas moins vrai que le devoir de toute personne, à titre individuel ou collectif est de contribuer à la prise en charge des problèmes de santé dans ses composantes : promotionnelle, préventive, curative et ré adaptative.

Equité. Dans son ensemble, la population doit avoir un accès équitable à l'offre de soins et à des prestations des santés de qualité de telle sorte que chaque individu et chaque collectivité dispose effectivement des soins et prestations de qualité selon ses besoins.

Solidarité. L'accès équitable à l'offre de soins et de prestations de santé devra être soutenu par une redistribution appropriée des ressources disponibles, en vertu de la solidarité de l'ensemble de la nation face à la maladie et à la santé.

Démocratie. L'orientation libérale de la société congolaise fait de la santé un espace privilégié d'expression des droits humains et d'exercice des libertés fondamentales. La Politique Nationale de Santé consacre ainsi l'homme comme acteur et bénéficiaire du développement sanitaire.

La politiques Nationale de Santé repose sur les axes stratégiques ci-après : promotion et protection de la sante, garantie de l'accessibilité aux soins et services, intégration des activités, promotion du secteur privé, renforcement des capacités de gestion du système de santé, décentralisation du système de santé, rationalisation des activités et utilisation des ressources ainsi que la participation des collectivités et des individus.

La Politique Nationale de Santé vise à améliorer l'état de santé des populations afin de promouvoir leur participation au développement socioéconomique du pays. La concrétisation de ce but passe par la réalisation de trois objectifs généraux :

- Promouvoir et protéger la santé des individus et des collectivités sur l'ensemble du territoire ;
- Garantir l'accessibilité des populations aux services et aux soins de santé de qualité ;
- Renforcer les capacités nationales à la gestion du système de santé.

II.2.2 Principes directeurs de la Politique Nationale de Santé

La Politique Nationale de Santé édicte des principes directeurs qui doivent guider sa mise en œuvre.

- Le ministère en charge de la santé assure la tutelle technique et administrative de la mise en œuvre de la politique nationale de la santé sous le triple contrôle des pouvoirs exécutif, législatif et des représentants de la société civile.
- L'Etat doit restructurer l'organisation et le fonctionnement de l'administration pour mobilisation et l'utilisation optimale des ressources en vue d'une meilleure gestion du système de santé
- L'Etat doit assurer, grâce à ses fonctions de régulation et d'arbitrage et en tant que gérant de la santé des citoyens, les conditions d'une saine concurrence et d'un développement harmonieux du système national de santé
- L'Etat recherche un meilleur rapport coût-efficacité dans la gestion du système national de santé en fonction des ressources disponibles et des priorités identifiées.

II.2.3 Organisation et gestion du système de santé

Sur le plan conceptuel un système de santé est un ensemble de structures et de procédures mises en place dans un pays pour évaluer les risques sanitaires, contrôler les maladies, restaurer la santé, prévenir les maladies et promouvoir la santé. Elles comprennent des structures de soins, de gestion et de coordination de l'action sanitaire ainsi que des institutions d'aide à la prise de décision et des structures de production de ressources.

Perçu tel quel, aucun texte ne définit à ce jour, l'organisation et le fonctionnement du système national de santé au Congo. Toutefois, le secteur santé du Congo comprend deux composantes essentielles : le secteur public constitué des structures de gestion, de soins et d'appui sous tutelles soit du ministère en charge de la santé, soit des autres départements ministériels et le secteur privé composé des structures privées à but non lucratif (ONG, Association, Confessions religieuses) et celles à but lucratif. Ce système s'articule autour de trois niveaux opérationnels hiérarchiques : central, intermédiaire et périphérique. Chaque niveau comprend une structure d'administration et de gestion.

Le système de santé est administré par le Ministère en charge de la santé, lequel est structuré en trois niveaux hiérarchiques : central, intermédiaire et périphérique, conformément aux textes en vigueur⁹.

II.2.4 Le niveau central

Le niveau central est un rôle stratégique et normatif dans la planification, le suivi, l'évaluation, la coordination, la mobilisation et l'allocation des ressources. Il comprend le Cabinet du ministre en charge de la santé, les directions rattachées (DEP, DIRCOOP), l'inspection Générale de la Santé, la Direction Générale de la Santé, la Direction Générale de la Population et les Directions des Organismes sous tutelle (CHU, LNSP, CNTS). Les directions et l'inspection générales sont composées de directions ou inspections divisionnaires (Figure 1).

⁹Décret n° 98-256 du 16 juillet 1998. *Portant organisation de la direction générale de la santé*
Décret n° 2003 – 167. Du 8 Août 2003. *Portant organisation du ministère de la santé et de la population.*

Figure 1: Organigramme du système de santé

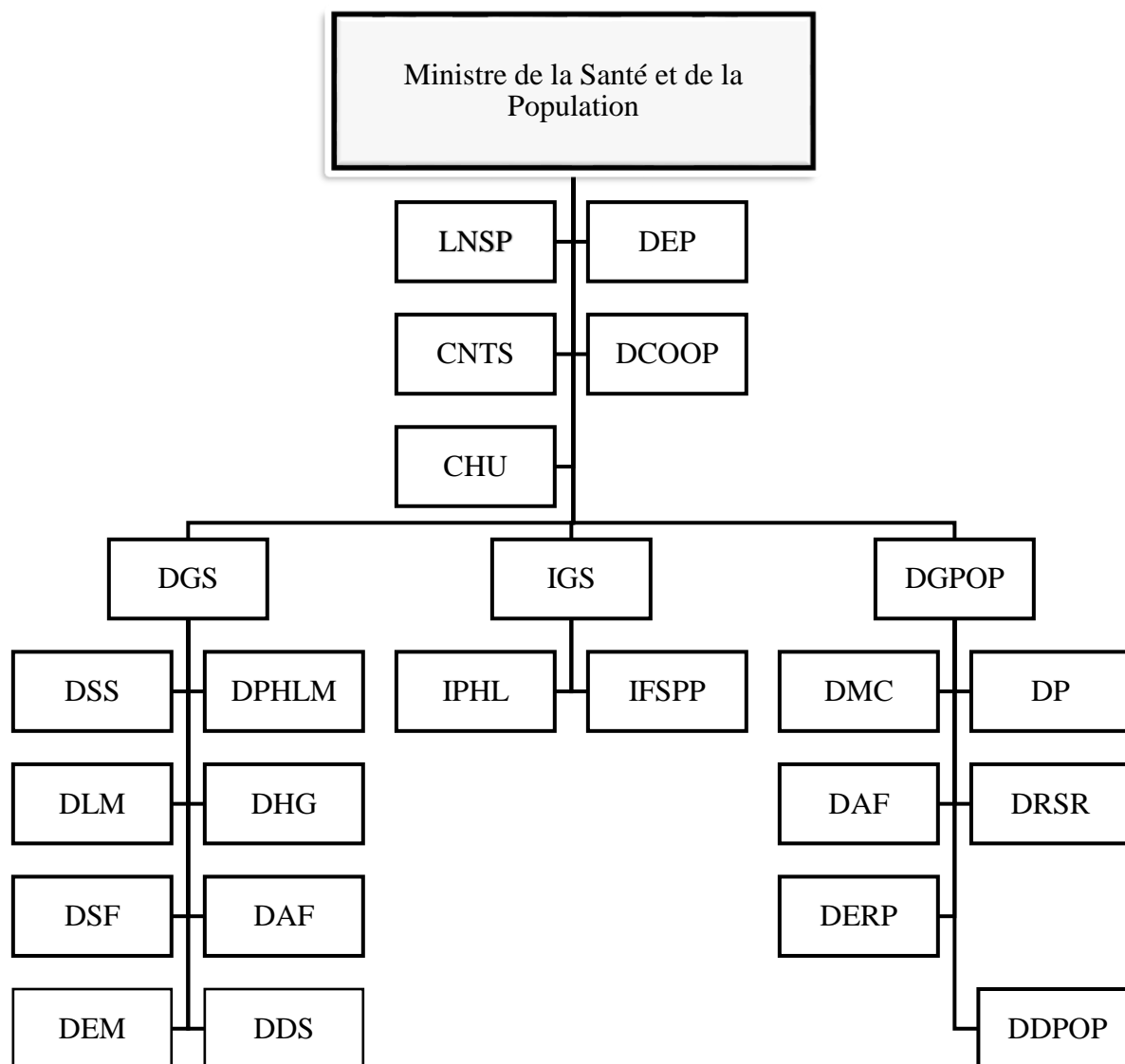


Figure 2: Légende de l'organigramme du système de santé

Légende	
1. LNSP :	Laboratoire National de Santé Public
2. CNTS :	Centre National de Transfusion Sanguine
3. COMEG :	Congolaise des Médicaments Essentiels Générique
4. DEP :	Direction des Etudes et de Planification
5. DCOOP	: Direction de la Coopération
6. CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
7. DGS	: Direction Générale de la Santé
8. DSS	: Direction des Services Sanitaires
9. DLM	: Direction de Lutte contre la Maladie
10. DSF	: Direction de Santé de la Famille
11. DPHLM	: Direction des Pharmacies, Laboratoires et du Médicament
12. DHG	: Direction de l'Hygiène Générale
13. DAF	: Direction de l'Administration et des Finances
14. DEM	: Direction des Equipement et de la Maintenance
15. DDS	: Direction départementale de la Santé
16. IGS	: Inspection Générale de la Santé
17. IPHL	: Inspection des Pharmacies et Laboratoires
18. IFQPP	: Inspection des Formations Sanitaires Publiques et Privées
19. DGPOP	: Direction Générale de la Population
20. DMC	: Direction de Migration et des Catastrophes
21. DP :	Direction de la Prospective
22. DRSR	: Direction de la Recherche en Santé de la

Il ressort de l'organisation et du fonctionnement du niveau central ce qui suit :

- Chevauchement des attributions ex : Décret n° 98-258 sur l'IGS « l'IGS veille au bon fonctionnement du système de santé, attribution de la DGS (Décret n° 98-256), DEP/DGS, DGS/DPOP
- Délégation de responsabilité peu pertinente (le SCAS peut-il coordonner la mise en œuvre d'un plan National, peut-il mobiliser les ressources nécessaires de la mise en œuvre d'un plan ?)
- Délégation des responsabilités peu efficace (les organismes sous tutelle sont-ils des projets ? ou des programmes finis ? A qui revient la coordination opérationnelle, à la DGS ou au cabinet ?)
- L'inexistence des liens fonctionnels entre le CNTS, le LNSP, structures d'appui clinique au système de soins de santé et la Direction Générale de la Santé du fait de leur ancrage au Cabinet ;
- L'inexistence des liens fonctionnels entre la Direction Générale de la Santé et le CHU, hôpital demeurant général qui, à l'instar des autres hôpitaux généraux, devrait relever de l'autorité du Directeur Général de la Santé (décret n° 256/98 du 16 juillet 1998 portant organisation et fonctionnement de la Direction Générale de la Santé) ;
- Au sein de la Direction Générale de la Santé, certains programmes de lutte contre la maladie ne disposent pas de textes juridiques ;
- Les structures administratives accusent d'innombrables faiblesses : vétusté des locaux, manque de mobiliers, d'équipements et matériels bureautiques, de véhicules et moyens de communication, l'absence de politique d'amortissement et de maintenance des équipements matériels. Du fait du déficit en personnels, de nombreux services et secteurs manquent d'administrateurs réduisant les capacités d'organisation et de gestion des programmes.

- Le niveau intermédiaire

Le niveau intermédiaire joue un rôle d'appui technique aux Circonscriptions Socio-Sanitaires (CSS) dans la transmission des informations, l'adaptation spécifique des normes nationales aux conditions locales, leur application et la supervision des Equipes Cadres des CSS. Il comprend les directions départementales de la santé composées chacune des services suivants : Actions sanitaires, Etudes, Planification et Formation, Administration, Finances, Personnel et Matériel. Quoiqu'existant dans les Départements, les secteurs Opérationnels des Grandes Endémies (SOGÉ) et les services d'hygiène Générale, ne figurent pas dans l'organigramme des DDS, tel que défini par l'arrêté n°223 du 5 Février 1997.

Dans le cas spécifique du département de la Cuvette, la localisation du secteur opérationnel n°3 à Makoua, hors du chef-lieu, ne facilite pas les prises de décision.

Au niveau des ressources, on constate ce qui suit :

A ce jour, deux des douze (12) départements de la santé sont animés par un médecin formé en santé publique, par contre trois d'entre eux sont appuyés par l'assistance technique locale soutenue par l'Union Européenne à travers le Projet d'Appui au Système de santé du Congo Brazzaville (PASCOP). Cet appui du PASCOP est organisé autour des médecins de santé publique à l'exception de la Cuvette. Les services rattachés à ces directions départementales sont pour la plupart animés par du personnel auxiliaire généralement très peu formé en santé publique et/ou en administration sanitaire. Cette situation traduit la sous administration des directions départementales de la santé et limite les capacités financières des DDS.

Enfin, dans le cadre de la coopération bi et multilatérale, ces dernières années, seuls quelques départements à savoir les départements du Pool, de la Cuvette, du Niari, du Kouilou, les Plateaux et de Brazzaville bénéficient des appuis extérieurs.

II.3 Le niveau périphérique et opérationnel

Le niveau périphérique est l'unité opérationnelle de planification et de mise en œuvre du plan. Il est représenté par les circonscriptions socio sanitaire (CSS) lesquelles sont subdivisées, chacune, en cas de santé ; selon les normes, chaque CSS doit couvrir entre 50.000 et 100.000 habitants en milieu rural, et 100.000 à 300.000 habitants en milieu urbain. Cependant, pour des raisons d'accessibilité géographique, quelques CSS du milieu rural pourrait avoir moins de 50.000 habitants. Une CSS est composée d'un réseau de formations sanitaires ambulantes (centre de santé, CSI, cabinets privés, centres médico-sociaux) e appuyés par un hôpital de référence. Elle est administrée par une équipe cadre chargée de planifier, mettre en œuvre les activités et gérer les ressources de la CSS.

Du point de vue opérationnel, aucun texte ne fixe l'organisation structurelle des Equipes Cadres des CSS, en dépit de la composition et de attributions définies par l'arrêté n°223 du 5 février 1997 portant Organisation et Fonctionnement des Directions Régionales de la Santé et des Circonscriptions Socio Sanitaires.

De fait, les équipes cadres ont un bureau exécutif à composition non standardisée comprenant notamment un médecin-chef de CSS, un chef de section action sanitaire, un chef de section chargé de relation avec les communautés, chef de section SIS et un chef de section administration et gestion. L'équipe cadre est assistée par un comité de gestion, organe de participation de la population.

Des 27 CSS planifiées en 1992, seules 5 ont eu une Equipe Cadre fonctionnelle et 13 ont engagé le processus de rationalisation des centres de santé et de hôpitaux de référence de leurs CSS, fondé sur le recouvrement des coûts, l'utilisation des stratégies diagnostic traitement, l'intégration des soins et le développement du paquet standard d'activités sur une approche programmatique, participation communautaire au management des CSI.

A l'exception de quelques-unes d'entre elles, la plupart des équipes de gestion sont dépourvues de locaux, de moyens de transport (véhicules tout terrain, motos, hors bords), du matériel de bureau et didactique.

Le processus de rationalisation et de développement des CSS a connu un relâchement du fait du faible accompagnement technique par le niveau central de l'inadéquation de l'allocation des ressources. Par ailleurs, il n'existe pas de mécanismes appropriés de financement des CSS. Dans ce contexte, faute d'allocations budgétaire spécifiques aux CSS pour leur fonctionnement et leur investissement, leur financement est principalement assuré de façon interne par les contributions des centres de santé et hôpitaux de base. Ce financement interne n'est pas codifié et de disparités sont constatées d'une CSS à une autre. Elles concernent à la fois les montants, la périodicité de versement et les lignes budgétaires.

On observe en outre de très faibles taux de visites de supervision effectuées par les Equipes Cadres des CSS. Ceci a pour conséquence la mauvaise utilisation des ordigrammes, des normes et procédures en consultations prénatales (CPN) et en suivi et promotion de la croissance de enfants de moins de 5 ans ainsi que la non observance des principes de cogestion entre les professionnels de la santé et les membres du comité de santé.

II.4 Organisation opérationnelle

Le système de dispensation de soins est constitué de trois types de structures opérationnelles¹⁰.

Ce sont les formations sanitaires ambulatoires, les formations sanitaires d'hospitalisation et les formations sanitaires spécialisées. Deux secteurs assurent l'offre des soins : le secteur public et le secteur privé.

¹⁰ Décret n° 96/525 du 31 décembre 1996, portant définition, classification et mode de gestion des formations sanitaires publiques en République du Congo

II.4.1 Secteur public

II.4.1.1 Formations sanitaires ambulatoires

Le PNDS 1992-1996 prévoyait de développer un réseau de 199 centres de Santé Intégrés (CSI) desservant chacun, une population allant de 2.500 habitants à 10.000 habitants en milieu rural et de 10.000 habitants à 15.000 habitants en milieu urbain.

A terme, l'ensemble du territoire devrait compter 266 CSI. L'évaluation de la situation sanitaire nationale faite en 2002 a toutefois montré que, sur l'ensemble du territoire, seul 60 CSI, soit 31% avaient été rationalisés et développaient un paquet minimum d'activités (PMA) complet étant donné ce faible niveau d'implantation des CSI, le système de soins est encore caractérisé par la présence de multiples postes et centres de santé non rationalisés. En 2005, près de 20 à 30% des formations sanitaires de premier contact étaient fermés pour de multiples raisons, notamment : le manque de personnels, de matériels techniques et le délabrement des infrastructures¹¹.

Le plan actuel (2006-2010) prévoit développer 41 circonscriptions socio-sanitaires (contre 27 en 1992), pour une couverture de 351 centres de santé dont 227 sont retenus pour les cinq (5) années avenir (note de service n°00215/MSP/CAB/DGS du 26 juin 2006). En raison de l'enclavement de certains départements et de l'inaccessibilité de certaines formations sanitaires (HR), les plans de découpage en CSS de tous les départements ont été révisés.

II.4.1.1.1 Activités des centres de santé : application du paquet minimum d'activités

Le paquet minimum d'un centre de santé comprend :

- l'administration des soins curatifs, préventifs, promotionnels et réadaptatifs ;
- l'administration et la gestion des ressources ;
- les stratégies mobiles et semi-mobiles.

¹¹ Carte sanitaire

De façon générale, les centres de santé non rationalisés délivrent un paquet d'activités incomplet limité aux consultations curatives et prénatales.¹²

En outre, faute de disposer d'un système d'approvisionnement performant, toutes les formations sanitaires connaissent de fréquentes ruptures de stocks de médicaments qui grèvent considérablement la qualité des soins.

La nécessité d'appliquer correctement le paquet Minimum d'activités (PMA) procède de ce qu'il permet de solutionner, au niveau du CSI, environ 80% de problèmes de santé d'une communauté, étant entendu que 10 à 15% relèvent de l'hôpital de base et le reste, soit 5 à 10%, des hôpitaux généraux.

Les centres de santé intégrés disposent, à la différence des centres des centres de santé non rationalisés d'un minimum d'équipement standard comprenant un microscope, un appareil à tension un pèse-bébé.

Les enquêtes réalisées dans les formations sanitaires ambulantes relèvent des faiblesses dans la mise en œuvre du PMA ; ces faiblesses sont beaucoup plus marquées dans les centres non rationalisés. Les faibles performances des CSI rationalisés dans la mise en œuvre du PMA s'expliquent dans une large mesure par l'absence des supervisions constatées au sorti de la période de conflits que le Congo a connus, la destruction des plateaux techniques des centres, ainsi que le déplacement des nombreux agents formés à l'application des instructions.

II.4.2 Utilisation des services et des CSI

Selon l'EDSCC-1, l'utilisation de services de santé est moyenne. Cette situation est fortement influencée par le statut socioéconomique des ménages et par l'image des structures de santé telle que perçue par les ménages. Selon l'étude « Brazzaville, pauvreté et problème environnementaux ». La faiblesse du pouvoir d'achat explique le recours à l'automédication en première intention (46%) des chefs de ménage, la structure de santé intervenant en seconde intention (26%).

¹² *Evaluation de la situation sanitaire nationale ; CTS/PNDS, 2002*

L'utilisation des CSI a été appréciée à travers les résultats de la consultation curative, du suivi prénatal, du suivi de la croissance et du programme élargi de vaccination de routine, notamment en ce qui concerne le BCG, le DTC3-P3, le VAR, le VAT 2. Il ressort des enquêtes réalisées dans les CSI rationalisés que :

- Le taux moyen d'utilisation de la consultation curative est de 0,3 nouveaux cas par habitant et par an en milieu urbain et 0.18 nouveaux cas en milieu rural ;
- Le taux d'utilisation de la consultation prénatale, se situe autour de 54,3% ;
- Le taux de couverture de la consultation des enfants de moins de 5 ans est égal à 52,5% en milieu rural et 35% en milieu urbain.

Les taux de couverture vaccinale réalisés par les CSI pour les antigènes de référence sont respectivement de 65,4% pour le DTC3-P3, et 66,5% pour le VAT2 en 2005.

Dans l'ensemble, l'utilisation des CSI reste faible du fait : des ruptures fréquentes des stocks de médicaments essentiels génériques ; la sous information des communautés sur les actions de santé ; les faiblesses observées dans la supervision et le monitoring des activités.

II.4.3 Formations sanitaires d'hospitalisation

Les formations sanitaires d'hospitalisation comptent 6 hôpitaux généraux, à savoir le Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville, Hôpital A. Sicé, Hôpital 31 juillet d'Owando, l'Hôpital Central des armées, l'Hôpital général de Dolisie, hôpital général de Loandjili, 16 hôpitaux de base et 12 cliniques.

Leur capacité globale est d'environ 3000 lits, tous secteurs confondus, soit un ratio d'I lit pour 1000 habitants, indice conforme à la norme préconisée par l'OMS. Les profils des formations sanitaires d'hospitalisation diffèrent selon leur typologie et l'environnement de leur implantation.

II.4.3.1 Les hôpitaux de base

En 1992, Le plan prévoyait de développer 27 hôpitaux de base (Hôpital de référence des CSS) à travers le territoire national, dont les activités devaient être structurées autour de quatre services d'hospitalisation : chirurgie, maternité, pédiatrie et médecine. Leurs niveaux de fonctionnement varient d'un hôpital à un autre. A ce jour, 24 Hôpitaux de base sont fonctionnels avec une capacité d'accueil globale d'environ 1945 lits. La plupart sont confrontés à des pénuries de médicaments, à un sous équipement, à un manque de source d'énergie et d'approvisionnement en eau ainsi qu'à l'absence de directives techniques pour la prise en charge des malades.

Les résultats de la collecte des données sur les équipements biomédicaux, effectuée dans 14 hôpitaux d référence (9 ruraux, 5 urbains) indiquent que seuls 6 d'entre eux (4 urbains et ruraux) disposent d'un équipement d'imagerie médicale fonctionnelle ; 4 n'ont pas d'équipement de stérilisation et 2 ne disposent d'aucune boîte abdominale complète pour les actes de chirurgie courante. De façon générale, les hôpitaux de base sont dans un état de dénuement tel que toute perspective d'offre de services de qualité est conditionnée par une remise à niveau de leur plateau techniques et de leurs infrastructures.

Au niveau des hôpitaux de base, le taux moyen d'occupation des lits est de 77,25% en milieu urbain et de 48,5% 25 en milieu rural ; la durée moyenne de séjour, quant à elle, est de 5,2 jours en milieu urbain et de 3,8 jours en milieu rural.

La continuité de la prise en charge des patients entre les niveaux de soins est appréciée à travers des résultats de la référence/contre référence. Dans l'ensemble, les hôpitaux de base ont un faible taux de réalisation de la référence en raison de leur rationalisation. Trois hôpitaux de base seulement (hôpitaux des CSS de Dolisie et Makélékélé) avaient amorcé le processus de rationalisation avant 1997. Les problèmes identifiés en la matière sont liés, d'une part aux ressources financières du patient, et de l'autre à la perception de l'hôpital par ce dernier.

De manière générale, le fonctionnement des hôpitaux de base est marqué par les contraintes suivantes :

- Insuffisance et obsolescence des équipements médico-techniques ;
- Vétusté des infrastructures ;
- Insuffisance qualitative et quantitative du personnel ;
- Insuffisance d'intégration dans le système de santé de district.

II.4.3.2 Les hôpitaux généraux

L'hôpital général est le deuxième niveau de référence du système de soins. Il devrait disposer en principe d'unités cliniques spécialisées et d'un plateau technique complet permettant de réaliser une activité médicale continue et complémentaire à celle des Hôpitaux de Base. Des 6 hôpitaux généraux dont dispose le Congo, la situation actuelle se présente ainsi qu'il suit :

L'hôpital général de Dolisie détruit pendant la guerre a été totalement réhabilité avec l'exécution de la municipalisation du département du Niari.

Quoique classé parmi les hôpitaux généraux, l'Hôpital Général 31 juillet d'Owando ne présente pas totalement les caractéristiques attendues d'un établissement de cette catégorie. Il ne dispose totalement ni de l'équipement technique approprié, ni du personnel adéquat et par conséquent n'offre pas les prestations de spécialités normalement attendues.

Au-delà de ces spécificités, les hôpitaux généraux sont également marqués par l'obsolescence des équipements, de l'insuffisance de personnel qualifié, des pénuries de médicaments et consommables médicaux. En outre la maintenance des équipements disponibles est insuffisante.

Le niveau du plateau technique qu'offrent les hôpitaux généraux a été, entre autre, apprécié sur la base de la disponibilité et de la fonctionnalité des équipements essentiels de diagnostic et de traitement des cas.

Ce sont : le scanner, l'électroencéphalogramme, la bombe à cobalt, le microtome, le mammographe, l'analyseur de gaz de sang, l'analyseur multiparamétrique de biochimie, l'endoscope pneumologique, l'endoscope urologique et l'équipement d'hémodialyse. Il ressort de cette appréciation que des six hôpitaux généraux, seul le CGU de Brazzaville dispose de 7 équipements fonctionnels sur 10.

L'hôpital A Sicé ne dispose que de 2 équipements fonctionnels (l'électroencéphalogramme et endoscope pneumologique) et l'hôpital central des armées d'un scanner. Aucun des équipements ciblés n'existe dans les autres hôpitaux.

L'insuffisance quantitative et qualitative du personnel médical est une caractéristique majeure des hôpitaux généraux.

A l'exception du Centre hospitalier et Universitaire de Brazzaville (CHUB), les services fournis par les hôpitaux ne diffèrent pratiquement pas de ceux offerts par les hôpitaux de base.

II.4.3.2.1 Hôpital Adolphe Sicé

Cet hôpital compte 7 services spécialisés : gastro entérologie, gynécologie obstétrique, pédiatrie, néonatalogie, maladies infectieuses, hématologie et chirurgie. En 2002, cet établissement a accueilli plus de 30000 malades en hospitalisation, avec un taux d'occupation des lits égal à 68% et une durée moyenne de 5 jours.

Parmi les facteurs qui entravent le fonctionnement de l'hôpital figurent : la multiplicité des circuits d'admission des patients, le volume important de consultations primaires, le déficit du plateau technique et la faible motivation du personnel. Son jumelage avec l'hôpital du Havre, en France, a permis des missions d'échange d'expériences, la formation des techniciens en maintenance biomédicale et le renforcement partiel de son plateau technique.

II.4.3.2.2 Hôpital Général de Dolisie

Conçu pour une capacité de 200 lits, cette structure est un hôpital interdépartemental pour les départements du Niari, de la Bouenza et de la Lékoumou. A son inauguration en 1989, il comptait les spécialités cliniques ci-après : médecine, chirurgie, gynécologie obstétrique, pédiatrie, néonatalogie, ophtalmologie, ORL et stomatologie. Malgré les dommages subis pendant la guerre, le fonctionnement actuel de l'hôpital général de Dolisie a connu une nette amélioration.

II.4.3.2.3 Hôpital Général 31 juillet 1968 d'Owando

Pour une capacité de lits très inférieure par rapport aux autres hôpitaux généraux du Congo Brazzaville, et, au-delà de sa vocation interdépartementale initiale, l'hôpital Général 31 juillet d'Owando fonctionne comme un hôpital de base, et ne dispose d'aucun service de spécialité.

II.4.3.2.4 Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville

Pour bien comprendre et connaître le fonctionnement du Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville, nous avons examiné son statut et ses missions, son organisation et son fonctionnement. Nous avons aussi présenté sa capacité hospitalière, son plateau technique, ses prestations sanitaires et ses ressources financières.

❖ Statut et missions

Le Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville (CHUB) est un établissement public à caractère administratif et social doté d'une personnalité morale et ayant une autonomie de gestion. Le Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville (CHUB) est un hôpital de référence de 3^{ème} niveau, qui a pour vocation d'être un centre d'excellence en matière de soins, de formation et de recherche médicale. Il est chargé de :

- Assurer les soins de qualité aux patients ;
- Contribuer à la formation initiale et à la permanente du personnel médical et paramédical ;
- Promouvoir la recherche biomédicale.

❖ *Organisation et fonctionnement*

Le Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville (CHUB) est administré par un Comité de Direction et dirigé par son Directeur Général. Il dispose de trois organes consécutifs : Le conseil d’Etablissement, La commission Médico-technique et la Commission Paritaire d’Avancement.

❖ *Capacité hospitalière et plateau technique*

En 2012, le Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville (CHUB) avait une capacité d’hébergement de 761 lits, répartis entre quatre principaux services d’activités :

Tableau 2: Capacité d’hébergement au CHU de Brazzaville en 2012

Service	Capacité en termes de lits	Pourcentage (%)
Médecine et spécialités médicales	333	43,73
Chirurgie et spécialité chirurgicale	173	22,73
Pédiatrie	168	22,07
Gynécologie obstétrique	87	11,43
Total	761	100

Source : Service des Ressources Humaines du CHU, 2017

Ces lits sont répartis entre 265 salle d’hospitalisation, dont 48 chambres individuelles soit 18,3% ; les chambres collectives représentant 81,7%.

Au cours de ces dernières années, d’importants efforts ont été consentis pour l’acquisition de nouveaux équipements et la remise en état du plateau technique du CHUB. En dépit de ces efforts, le CHUB demeure confronté à d’importants problèmes de maintenance des équipements biomédicaux. Il convient de noter que certaines unités ne sont plus fonctionnelles ou sont devenu très limitée dans leurs capacités opérationnelles en raison de l’indisponibilité des équipements techniques, cas de l’hémodialyse, des urgences et de services de réanimation notamment.

Le personnel du CHUB compte 1787 agents. En dépit de cette évolution, la structure globale du personnel en poste au CHUB est demeurée constante : le personnel paramédical représente 46,50% des agents, le personnel administratif 37,66%, le personnel médical 8,44%.

Sur le plan du statut professionnel, le CHUB emploie deux catégories de personnel : les contractuels (1 111) et les fonctionnaires (676). Les contractuels sont recrutés par le CHUB qui assure leurs charges salariales. Les fonctionnaires affectés au CHUB représentent 37,83% de ces effectifs. En sus de leur rémunération versée par la fonction publique, ces derniers perçoivent un complément de salaire à charge du CHUB.

Cette structure du personnel a des implications importantes sur les coûts de fonctionnement du CHUB d'autant plus que le ratio lits/personnels indiquent des surnombres pour certaines catégories professionnelles : 1 sage-femme pour 1,5 lits ; 1 IDE pour 3 lits ; 1 Agent Technique de Santé pour 3 lits.

Par ailleurs, le personnel médical dans son ensemble ne représente que 8,9% des effectifs. Certains services en dépit de leur importance ne disposent que d'un seul spécialiste, cet état de fait handicape sérieusement le CHUB dans sa vocation d'enseignement, de recherche et d'établissement de référence tertiaire.

Toutefois, des efforts d'investissements non négligeables ont été consentis pour l'acquisition de divers équipements et la réhabilitation des infrastructures au cours de cette période.

Les réalisations budgétaires indiquent que l'Etat demeure le principal pourvoyeur des ressources de fonctionnement et d'investissement du CHUB.

Sur le plan fonctionnel, le taux moyen d'occupation des lits est d'environ de 60% avec une durée moyenne de séjour de 6 jours, avec un taux de mortalité hospitalière globale de 10%. Les données disponibles ne permettent pas de renseigner sur la qualité et la nature des prestations rendues par le CHUB. Toutefois, les faibles taux de disponibilité des équipements techniques observés montrent les limites réelles des performances attendues du CHUB.

❖ *Etablissements sanitaires spécialisés*

Ils comprennent : le Laboratoire National de Santé Publique (LNSP), le Centre National de transfusion Sanguine (CNTS), la Congolaise des Médicaments Essentiels Générique (COMEG), les Centres de Traitement Ambulatoires (CTA) spécialisés (deux centres de traitement ambulatoire du SIDA, deux centres antituberculeux et deux centres de traitement des lépreux).

➤ *Le Laboratoire National de Santé Publique (LNSP)*

Au terme du décret N° 69/290 du 21 juillet 1969, le Laboratoire National de Santé Publique (LNSP) est un établissement public, doté d'une autonomie de gestion et dont les missions essentielles sont : la recherche, les examens de laboratoire, les vaccinations et l'appui ainsi que le contrôle de qualité du réseau national des laboratoires périphériques. Le LNSP est structuré en six laboratoires : virologie, bactériologie, reproduction, parasitologie, hématologie et biochimie.

Au cours des dix dernières années, la situation du LNSP n'a pas cessé de dégrader. Le volume global des analyses réalisées au LNSP de 1996 à 2002 a régressé de plus en plus de 46,4%, avec en corollaire la chute des recettes qui sont passées de 175.944920 CFA en 1996 à 85.633.165 CFA en 2002, soit une chute de 51,3% au cours de cette période.

De nombreux facteurs expliquent cette dégradation, notamment :

- La faiblesse du plateau technique. Le renouvellement amorcé en 1996 a été stoppé en 1997. A ce jour, environ 60% des équipements du LNSP sont d'usage ;
- La mauvaise répartition des ressources humaines. Le LNSP compte actuellement 85 agents dont 43 administratifs soit 50.6% ; et 42 professionnels techniques soit 49.4%, dont 9 personnels cadres. Cette structure du personnel témoigne de la pléthore du personnel administratif et de l'insuffisance du personnel technique ;

- L'approvisionnement inadéquat en réactifs et en consommables. La part du budget du LNSP consacré au renouvellement des réactifs et des consommables ne dépasse guère 9%, alors que la norme indicative est de 30%, pour garantir la viabilité d'un laboratoire.

➤ *Le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS)*

Selon les termes du décret 94-613 du 26 octobre 1994 portant son organisation, sa création et son fonctionnement, le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) est un établissement public à caractère administratif et scientifique doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Il est chargé notamment : d'élaborer la politique nationale de transfusion sanguine, promouvoir la recherche opérationnelle et assurer la coordination nationale des activités de transfusion sanguine

Le CNTS dispose à ce jour d'un réseau de services constitué par : le centre Départemental de Transfusion Sanguine de Brazzaville, et le Centre Interdépartemental de Transfusion Sanguine de Pointe Noire. Celui d'Owando n'est pas encore fonctionnel. Par ailleurs, des postes transfusion sanguine et dépôts de sang sont implantés dans les hôpitaux ci-après : Talangai, Makélékélé, A Sicé, Tié-Tié, Dolisie, Sibiti, Abala, Gamboma, Owando, Ouesso, Impfondo et CHUB.

Le personnel du centre national de transfusion sanguine est actuellement composé de 106 agents toute catégorie confondue : 54 contractuels (décisionnaires), 36 fonctionnaires détachés (émargement du budget de l'Etat plus complément par la CNTS), 10 temporaires, 6 agents de l'Etat associés exerçant dans les hôpitaux de référence. 70% de ce personnel exerce à Brazzaville et à Pointe Noire.

Les cadres supérieurs avec ou sans doctorat sont au nombre de 10 agents dont 8 techniciens (médecins, biologistes et deux administrateurs).

Il y a trois cadres supérieurs diplômés en transfusion sanguine et en hématologie parmi lesquels deux seront en retraite dans trois ans au plus tard. Cette situation traduit la nécessité d'assurer rapidement la formation spécialisée des cadres avec doctorat afin de garantir la relève et renforcer la capacité du CNTS en gestion.

De 2003 à 2005 le nombre de prélèvements est passé de 18245 à 31.536 soit une croissance d'environ 57%. Trois types de dons sont pratiqués au Congo : le don familial, le don volontaire régulier, le don rémunéré « masqué ». On note une prédominance des donneurs familiaux.

La qualification biologique des dons est faite par le dépistage sérologique des infections ci-après : VIH, Hépatite B (AgHBs), hépatite C (HCV) et la syphilis.

Avant 2001, le centre national de transfusion sanguine a bénéficié puis acquis dans le cadre des projets issus des organismes tels : la coopération française, la coopération italienne, l'OMS, l'union Européenne un financement ayant permis d'équiper entre 1992 et 2000 ses services techniques. Cet équipement a subi des pillages lors des derniers troubles sociopolitiques et n'a pas été renouvelé.

Les centres interdépartementaux sont équipés en :

- Fauteuils de prélèvements ;
- Chaîne ELIZA classiques de laboratoire ;
- Centrifugeuse de paillasse ;
- Réfrigérateurs (banques de sang électrique, quelques banques mixtes) dans les hôpitaux ;
- Deux chambres froides (une en panne complète à Pointe Noire) ;
- Congélateur à plasma ;
- Deux groupes électrogènes.
- Un certain nombre de contraintes handicapent le CNTS ; notamment :
 - L'absence d'une politique transfusionnelle ;
 - L'absence des standards et modes opératoires ;
 - La non maîtrise des mécanismes d'approvisionnement en consommables et autres matériels ;
 - L'absence d'un plan de développement des ressources humaines.

➤ *Les services de santé des forces armées congolaises*

Les formations sanitaires des Forces Armées Congolaises comprennent : un (01) Hôpital Général (Hôpital central des Armées Pierre Mobengo de Brazzaville), deux (02) hôpitaux départementaux Pointe Noire et Dolisie, une clinique chirurgicale à Pointe Noire (Clinique Océan), et 10 infirmeries, avec une capacité globale de 540 lits dont 300 pour l'Hôpital central des Armées. Toutes ces formations sanitaires reçoivent également des malades civils sans distinction. Elles sont approvisionnées par une pharmacie centrale basée à Brazzaville.

En 2005, l'effectif du personnel comptait 879 agents dont 537 militaires (61%) et 341 civils (39%).

En 2003, le service de santé des armées a signé un Protocol d'accord de partenariat avec le MSP sur l'utilisation du personnel cadre de l'Armée. Le non mobilisation des fonds alloués dans le cadre du budget d'investissement ou de fonctionnement a limité l'exécution optimale des missions assignées.

➤ *Les centres de traitement ambulatoire (CTA VIH/SIDA)*

Deux centres de traitement ambulatoire sont implantés à Brazzaville et à Pointe Noire.

Ils sont le produit de la coopération du Congo avec la Croix Rouge Française. Ils assurent la prise en charge psychosociale et médicale des malades du SIDA et des personnes vivant avec le VIH.

Tableau 3: Répartition des établissements de santé (C.H.U. et Hôpitaux) du secteur public en 2009 par département selon le type.

Départements	C.H.U.	Hôpitaux	
		Généraux	De base
Pointe Noire ¹³	0	3	1
Niari	0	1	2
Lékoumou	0	0	1
Bouenza	0	0	4
Pool	0	0	4
Plateaux	0	0	3
Cuvette	0	1	2
Cuvette-Ouest	0	0	3
Sangha	0	0	1
Likouala	0	0	1
Brazzaville	1	0	4
Total	1	5	26

Source : Annuaire statistique du Congo 2009.

Les résultats consignés dans le tableau n°4 sont les plus récents conformément au Plan de Développement National de la Santé (PNDS) de 2010. Nous constatons que la ville de Brazzaville compte en tout quatre (04) hôpitaux de base et un Centre Hospitalier universitaire (C.H.U.).

Tableau 4: Répartition des structures du secteur public par typologie et selon le lieu

Type de structure	Milieu d'implantation			
	Urbain	Semi urbain	Rural	Total
CHU	1	0	0	1
HG	4	1	0	5
HR	8	11	1	20
CSI PMAE	7	33	33	73
CSI PMAS	58	26	87	171
Centre de santé/poste de santé/Dispensaire	77	31	378	486
Laboratoire National de Santé Publique	1	0	0	1
Centre National de Transfusion Sanguine	1	0	0	1
CTA	2	0	0	2
Service des Grandes endémies	5	4	0	9
Léproserie	2	0	0	2
TOTAL	166	106	501	771

Source : PNDS, 2005

¹³ y compris Kouilou.

Le tableau 4 nous présente toutes les structures du secteur public de la santé. Les résultats qui y sont consignés nous permettent d'avoir une vue globale sur la situation structurale de la santé au Congo Brazzaville.

Tableau 5: Structure d'appui

Type de structure	Milieu d'implantation			Total
	Urbain	Semi urbain	Rural	
Laboratoire National de Santé Publique	1	0	0	1
Centre National de Transfusion Sanguine	1	0	0	1
CTA	2	0	0	2
Service des Grandes endémies	5	6	0	11
Léproserie	2	0	0	2
COMEG	1	0	0	1
Total	12	6	0	18

Source : PNDS, 2005

Le tableau 6 enfin, nous présente les structures spécialisées de la santé sur toute l'étendue de la République du Congo.

II.4.3.2.5 Programmes et Projets spécifiques

Les programmes spécifiques concernent plusieurs domaines de santé prioritaires. A ce jour, le ministère a mis en place des programmes et projets spécifiques ci-après :

- Programme Elargi de Vaccination
- Programme National de Lutte contre la Tuberculose ;
- Programme National de Lutte contre le Paludisme ;
- Programme National de Lutte contre le VIH/SIDA
- Programme National de Lutte contre l'onchocercose ;
- Programme National de Lutte contre la lèpre et Ulcère de Buruli ;
- Programme National de Lutte contre la trypanosomiase ;
- Programme National de Lutte contre la schistosomiase ;

- Programme National de Lutte contre les maladies diarrhéiques ;
- Projet Prévention Transmission Mère Enfant (PTME) ;
- Projet Initiative Congolaise d'Accès aux Anti Rétro Viraux ;
- Projet d'Appui au Système de Santé du Congo Brazzaville.

Tous ces programmes et projets sont fondés soit sur des politiques, soit sur des stratégies nationales. Pour la plupart, ils sont organisés et fonctionnent sur un mode vertical. Les niveaux d'organisation et de fonctionnement, y compris les mécanismes de suivi et évaluation, sont très variables d'un programme à un autre en fonction du soutien obtenu de la coopération multilatérale. Toutefois, on observe une intégration progressive de leurs activités au niveau opérationnel.

De façon générale, la mise en œuvre de leurs activités est fortement tributaire des financements extérieurs. Ainsi, certains programmes connaissent des périodes de fort ralentissement voire d'interruption de leurs activités faute de ressources extérieures ; cas des programmes de lutte contre la trypanosomiase, la schistosomiase et les maladies diarrhéiques.

II.5 Secteur privé

Il est régi par le décret n° 88/430 du 6 juin 1988 fixant les conditions d'exercice libéral de la médecine et des professions, paramédicales et pharmaceutiques en Républiques Populaire du Congo.

Il se subdivise en deux sous-secteurs :

Le privé à but lucratif et le privé à but non lucratif représenté par les structures des confessions religieuses, des ONGs et des Associations.

On note un réseau privé de soins en pleine expansion comprenant : des structures de médecine moderne et des structures de médecine traditionnelle.

Les structures de médecine moderne sont composées des formations sanitaires ambulatoires et d'hospitalisation (les cabinets médicaux, les cabinets de spécialités, les cabinets de soins infirmiers, les centres médico-sociaux, les cliniques) et les structures pharmaceutiques (les dépôts pharmaceutiques ; les grossistes répartiteurs et des officines pharmaceutiques). Il existe également des laboratoires biomédicaux.

II.6 Les structures de médecine traditionnelle

Elles comprennent des unités de soins implantées dans certaines formations sanitaires, des centres thérapeutiques animés, soit par des ordres confessionnels, soit par des tradipraticiens regroupés en association ou agissant seuls. La stratégie de promotion de la médecine traditionnelle, mise en œuvre à compter de l'année 1986, repose sur le recensement des plantes médicinales, l'identification des tradipraticiens, la production et l'homologation des remèdes traditionnels. Les faiblesses majeures résident dans la non-publication du projet de loi-cadre sur la médecine traditionnelle, la faible organisation des tradipraticiens et la modicité des ressources allouées à la constitution de l'herbier et du droguier national.

Les faiblesses du secteur public et la présence de nombreux diplômés sans emploi, ont contribué l'émergence d'un secteur privé qui toutefois, s'est implanté sans respecter la réglementation en vigueur, notamment dans les quartiers péri-urbains. La contribution du secteur privé au financement de la santé n'est pas documentée.

II.7 Ressources humaines

De 2006 à 2012, les effectifs du personnel, toutes catégories confondues, sont passés de 9.491 à 7.908 agents, comme l'indique le tableau ci-dessous. Cette baisse consécutive aux départs massifs à la retraite et aux timides recrutements opérés dans la fonction publique, ne couvre pas les besoins. Il y a inadéquation entre les besoins de travail et les ressources nécessaires.

Tableau 6: Répartition du personnel de santé par département en 2016

Qualification	Kouilou	Niari	Lékoumou	Bouenza	Pool	Plateaux	Cuvette	Cuvette- mest	Sangha	Likouala	Brazzaville	Pointe-Noire	Total
Médecins spécialistes	1	3	1	2	1	2	0	1	2	1	65	59	138
Médecins généralistes	4	8	2	10	7	6	10	6	2	4	66	66	191
Pharmaciens	0	3	0	0	1	2	1	1	0	0	21	7	36
Administrateurs de santé..	2	7	1	2	1	0	2	0	0	1	5	7	28
Assistant sanitaire généralistes	9	21	1	24	6	6	0	3	1	1	338	56	466
Assistant sanitaire spécialiste	5	64	19	32	14	15	36	16	10	14	193	153	571
Sages-femmes	20	40	11	28	43	21	27	11	9	14	439	218	881
IDE	67	125	23	90	88	62	68	45	21	22	570	619	1800
ARTS	35	105	25	61	97	57	186	49	31	43	446	243	1378
Préparateurs en pharmacie	2	1	0	3	3	0	1	1	0	3	12	1	27
TQL	3	8	1	6	6	8	9	1	5	2	103	19	171
TAL	5	18	8	12	38	19	22	12	10	16	206	49	415
Puéricultrices	16	49	23	22	34	10	12	14	7	10	296	213	706
Aides-soignants	4	6	4	3	14	6	6	2	1	28	66	9	149
Garçons et filles de salle	6	3	0	1	22	17	3	1	4	3	87	11	158
Total personnel soignant	179	461	119	296	375	231	383	163	103	162	2913	1730	7115
Administrateurs en SAF	1	5	1	3	4	0	2	0	1	1	6	3	27
Agents spéciaux principaux	4	1	0	1	3	0	0	0	1	1	22	10	43
Secrétaires principaux d'administration	4	6	0	4	4	6	6	2	3	2	162	39	238
Secrétaires d'administration	5	8	0	6	7	7	21	1	4	4	100	44	207
Secrétaires comptable	2	6	1	3	6	3	1	0	1	0	40	15	78
Professeurs de lycée	5	6	0	3	3	0	0	0	2	0	8	10	37
Autres catégories..	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	161	0	163
Total personnel non soignant	21	32	2	21	27	16	31	3	12	8	499	121	793
Ensemble personnel	200	493	121	317	402	247	414	166	115	170	3412	1851	7908

Sources : Annuaire des statistiques sanitaires, 2012

Nous constatons que la République du Congo compte au total 7908 agents de santé, en 2012. Brazzaville en compte 3412, soit 43,13% de l'effectif total. Cependant, dans la déclinaison des qualifications, celle de psychologue n'apparaît pas. Elle est certainement englobée dans autres catégories.

II.8 L'accueil

C'est la manière de se comporter, de recevoir quelqu'un qui arrive dans un lieu. A l'hôpital, l'accueil comporte deux phases ou deux étapes qui sont : le bureau administratif et l'admission dans le service.

II.8.1 Le bureau administratif

Il s'agit d'un guichet où une hôtesse inscrit le patient comme étant hospitalisé et c'est grâce à une demande faite par un médecin ou par un autre hôpital. Cette demande est importante pour le remboursement de la mutuelle ou ; pour connaître avec exactitude le nombre de jours d'hospitalisation.

Que noter pour cette inscription ?

- L'identité complète ;
- L'adresse ;
- La date et l'heure d'entrée (très importantes pour les assurances quand il s'agit d'un accident) ;
- L'état civil (si le patient est mineur, indiquer le nom du père ou de la mère ou du tuteur), le service et le numéro de la chambre d'hospitalisation ;
- Les renseignements de mutuelle ou de service pouvant participer aux frais d'hospitalisation.

Buts de cette inscription

- Pour la participation de la mutuelle ou du service aux frais d'hospitalisation ;
- Permettre à l'hôpital de répondre à toutes les questions concernant l'occupation des lits ;

- Cette phase d'« accueil » est marquée par :
- La prise en charge du patient et de la famille qui n'est pas administrative ;
- L'abord possible du côté financier de l'hospitalisation.

La réception par le malade d'un petit guide qui lui permettra de mieux connaître l'hôpital. On y trouve : les différents services qui le composent, toutes les possibilités de distraction, les plans architecturaux, les heures de visites et quelques conseils pratiques tels que : déposer de grosses sommes d'argent ou des objets de valeur au coffre.

Le malade reçoit un questionnaire permettant à ce dernier de donner son appréciation à propos de son séjour (compliments, critiques, suggestions, etc.). Dans certains hôpitaux, des bénévoles de la croix rouge se chargent de guider les patients et leur familles vers l'unité hospitalière. Il est évident que vu l'ampleur de certains hôpitaux, on pourrait facilement s'y perdre ce qui augmentait l'anxiété du malade.

En cas d'urgence, il n'y a pas de demande d'hospitalisation.

- Si le patient est seul, il est inscrit après, (on fait appel à la famille pour compléter les formalités requises) ;
- Si le patient est amené sans papier et inconscient, on fait appel à la police.

II.8.2 L'admission dans le service

La réception d'un malade à l'hôpital est pour l'agent de santé, d'une incidence journalière, mais il n'en est pas de même pour le malade et sa famille. En effet, le moment de l'admission est souvent difficile et le premier contact du patient et de sa famille avec le personnel soignant est crucial.

Du point de vue psychologique, le patient qui se fait hospitalisé est généralement souffrant ou porteur d'une souffrance. Il arrive dans un milieu inconnu. Il a peur de l'inconnu, de ce qu'on va lui faire, de son devenir. Le patient a besoin d'un accueil bienveillant et chaleureux.

On doit créer une sensation de confiance vis-à-vis des médecins et du personnel infirmier (agent de santé), ainsi qu'une impression de sécurité. Parce que le patient est brusquement soustrait à son milieu familial, ses amis, son milieu professionnel. Le patient peut avoir des soucis, des inquiétudes et des peines. Il a en conséquence une attitude égoïste : attitude infantile tout à fait normale. Il ne verra que lui, aura besoin qu'on s'occupe de lui, et de lui uniquement et aura besoin de soulagement. C'est pourquoi, il vital d'être courtois et intéressé. Le bien être dépend de ce premier contact.

II.8.3 Les buts de l'accueil

Les buts de l'accueil sont : rassurer le patient, s'occuper de la famille du patient, et mieux connaître le patient.

II.8.3.1 Rassurer le patient

Pas de faux espoir : il est nécessaire d'expliquer au patient tout ce qu'il va subir et cela sans mentir. Il faut éviter des expressions comme : *ce n'est pas grave ce que vous avez ! – vous ne resterez pas longtemps.*

Lui donner confiance : se présenter (donner votre nom), respecter l'identité du patient (le vouvoyer, l'appeler par son nom) et faire sentir au patient qu'il est entendu ;

- Si sa chambre est encore occupée, faire patienter le patient dans une salle d'attente ;
- La prise en charge sera immédiate.

II.8.3.2 S'occuper de la famille du patient

- La rassurer, lui permettre d'être la mieux informée sur l'évolution du patient ;
- La sortir du circuit médical, ne pas permettre qu'elle accompagne le questionnaire mais la tenir au courant des dernières nouvelles.

Le personnel hospitalier se substitue en quelque sorte à la famille et c'est au moment de l'admission qu'il prend le malade en charge pour le soigner et pour veiller à son bien-être. Il faut dès lors que le malade puisse continuer à se sentir une véritable personne et non un simple numéro.

II.8.3.3 Mieux connaître le patient

Cette connaissance se fait d'un point de vue physique, moral et psychologique. Dans ce cas, il faut être mieux préparé à réagir face aux problèmes qui pourront survenir durant l'hospitalisation.

II.8.4 Aspects pratiques de l'accueil

L'accueil se fait dans une chambre particulière ou dans un local prévu à cet effet, si le malade a choisi une chambre commune. Dans ce local il y séjournera un minimum de temps vu l'anxiété qu'il engendre.

II.8.4.1 Comment réaliser cet accueil ?

- Accueillir le patient par son nom. Ceci permet à celui-ci de se sentir attendu et connu ;
- Se présenter et expliquer au patient pourquoi vous allez lui faire subir un entretien. C'est dans le but d'ouvrir le dossier médical, infirmier et psychologique.

C'est un moment qui sert à collecter un nombre important d'informations qui permettront de constituer l'anamnèse (histoire de la maladie), le patient étant la source principale de la maladie.

Cette démarche permet une conception globale du nursing de l'infirmier. Ce processus est divisé en plusieurs étapes :

- La collecte des données ;
- L'interprétation des données (identifier les besoins exprimés ou non) ;
- La planification de ces besoins ;

- Etablir l'ordre des priorités ;
- Formuler les actions envisagées dans le plan de soins ;
- L'exécution des actions soins techniques, personnalisés au patient ;
- L'évaluation.

Envisager objectivement l'efficacité des soins en fonction des résultats obtenus, c'est-à-dire adapter ou corriger si la démarche n'aboutit pas au but fixé.

II.8.4.2 Réaliser l'anamnèse

La collecte de données est la première démarche du nursing. Elle montre l'intérêt de l'agent de santé non seulement à l'aspect du malade mais aussi à sa culture, à son éducation, à son mode de vie socio-économique, à ses relations familiales et amicales.

Durant cet entretien, l'agent de santé tiendra compte de tous les éléments actuels et antérieurs influençant la personnalité et l'état de santé du patient. Selon la conception globale du patient, celui-ci est considéré à part entière.

Tout ce processus doit se dérouler dans le calme et avec patience, sans précipitation.

II.8.4.3 Installation du patient dans la chambre

L'installation se fait en fonction du choix (chambre particulière ou commune) ou des besoins (en isolement). Cependant, certaines obligations doivent être observées comme :

- Respecter si possible les affinités du malade : leur langue, leur âge, leur profession, leur milieu socio-culturel ;
- Préparer obligatoirement la chambre avant l'arrivée du malade (aération, réglage de la température, rideaux tirés, ouvrir le lit, préparer le matériel nécessaire en fonction de la pathologie : aspiration gastrique par exemple) ;
- Présenter le malade aux autres voisins de chambre (en cas de chambre commune) ;

- Aider le patient à s'installer (ranger les effets personnels dans l'armoire, le conseiller de mettre les bijoux et grosses sommes d'argent à la famille ou de les déposer au coffre de l'hôpital) ;
- Reprendre les médicaments en notant ce que le malade prend (les posologies exactes). Ceux-ci lui sont rendus à son départ sauf s'ils font partie du traitement ;
- Veiller à l'hygiène du patient (soins d'hygiène réalisés avec tact, déshabillage) ;
- Expliquer les fonctionnements de l'équipement hospitalier, la routine de l'hôpital, les habitudes de l'hôpital : heures de visites, heures de repas, etc. ;
- Expliquer le patient, le nombre d'équipes qui s'occuperont de sa prise en charge ;
- Montrer où se trouve les toilettes, la sonnette, l'éclairage, etc. ;
- Vérifier si le patient est en jeun ou non (s'il doit le rester ou non). Sinon donner à manger ;
- Etablir une feuille de température au nom du patient ;
- Signaler la présence d'un service social (problème de garde d'enfants, financier...);
- Veiller à la réalisation de l'examen médical correct et consciencieux, au cours duquel le malade pourra poser les questions nécessaires.

II.8.5 Rôle des agents de santé vis-à-vis du linge du patient

A l'accueil, faire revêtir le patient du pyjama.

- Recueillir chaque pièce de linge sans l'approcher de soi ;
- Si le linge est sale, le ranger plié dans un sac poubelle. Sinon ;
- Ranger ou aider le patient à ranger son linge personnel, s'il n'est pas tenu de se coucher tout de suite l'armoire vestiaire ou le rendre à la famille ;
- Manipuler le linge appartenant au malade avec soin ;
- Ne jamais marquer de répulsion.

Les conseils de l'agent de santé à la famille sur la qualité de la lingerie personnelle du malade s'articulent autour d'un certain nombre de principe qui sont :

- Le linge doit être propre, facilement lavable, absorbant et désinfectable, de préférence en tissu coton pour supporter l'ébullition.
- L'idéal c'est de confectionner pour les patients, des pyjamas ou robes de nuit en coton, en flanelle ou en lin, car ces tissus absorbent la transpiration.
- Déconseiller l'utilisation de linge en textile synthétique qui n'absorbe pas la transpiration, qui provoque les réactions cutanées.

II.8.6 En quoi consiste l'examen clinique du patient à son entrée à l'hôpital ?

Dès l'entrée du malade à l'hôpital, un examen physique est réalisé plus ou moins rapidement. Il est composé de l'inspection (examen visuel), la palpation qui se fait par le toucher et de percussion qui se fait en donnant par choc un son que le médecin apprécie.

Le médecin pose les actes suivants :

- Auscultation (c'est une méthode auditive, soit directement par l'oreille, soit indirectement par l'intermédiaire du stéthoscope) ;
- Examen des activités (facultatif) ;
- Examen radiographique ;
- Prélèvement en vue d'un examen au laboratoire ;

Les agences paramédicales s'occupent de :

- Mensurations : mesurer, peser, prise de la température, prise des pulsations, mesure de la tension artérielle ;
- Recueil des urines pour recherche d'éléments chimiques, microscopique, bactériologiques.

Ces examens se font la plupart du temps au lit du patient ou idéalement à la salle d'examen disposant d'un matériel adapté. Dans bien des cas, ces examens peuvent être d'une grande gêne pour le malade : l'y préparer psychologiquement, veiller à ce qu'il ne se refroidisse pas, ménager sa pudeur, l'informer que ces résultats seront répétés durant son séjour à l'hôpital, rester à la disposition du patient de pouvoir lui donner les enseignements nécessaires pour le rassurer.

Tous les enseignements concernant le malade sont retranscrits au dossier :

- Sur la feuille de température ;
- Sur la feuille d'admission.

Les agents paramédicaux doivent tenir régulièrement à jour ces documents. Il constitue un élément important qui ne doit pas faire défaut et auquel on doit pouvoir se référer durant tout le séjour du malade à l'hôpital et/ou lors d'une rechute ou lors d'une complication ou à l'occasion d'un séjour ultérieur à l'hôpital ou lors d'une évacuation sanitaire.

II.9 La demande

Les recherches actuelles portant sur l'analyse détaillée de la demande effective en soins médicaux par le groupe définis de population et sur la corrélation de cette demande avec les facteurs socio-économiques qui influent sur elle. En se référant à la loi de l'offre et de la demande en économie, la demande exprime les « besoins en produits, en service, que le consommateur est prêt à acquérir pour un prix donné » (Dictionnaire universel, 2002, p. 335).

Dans le cadre de la santé, Dieudonné Tsokini (2008) s'accorde avec Yves Prigent (1994, p.58) que :

La demande est une respiration de l'âme, un signe profond de santé. On est souvent malade pour ne pas demander, on guérit en apprenant à demander, la première demande étant celle de guérison : celui qui vient consulter est déjà guéri puisqu'il sait demander un soulagement. La demande est cet engagement de la parole vers l'existence et les autres et elle est acte de désir individuel.

Cela procède d'un certain vécu d'une expérience malheureuse souvent circonstancielle qui, tout en affectant l'individu, l'amène à formuler un appel dans la réalisation de son désir face à un destin compromis ou qu'il s'assombrit. Aussi parle-on communément de demande d'aide, de réparation, de reconnaissance de son être rompu, mais toujours une demande adressée à l'autre.

La demande s'inscrit dans une optique où l'homme en crise ou en souffrance exprime un souhait, celui de retrouver le sens de l'existence en péril pour qu'il se réinscrive dans la dynamique de la vie, débarrassé de cette souffrance.

Du point de vue du principe analytique, ce que la psychothérapie de l'enfant, par exemple, dégage, c'est le fait que la demande mérite d'être analysée et que toute demande, qu'elle soit faite ou non dans l'urgence, mobilise les positions libidinales et d'identification, les défenses des uns et des autres ainsi que la dynamique propre au groupe familial.

Un autre principe est qu'une demande initiale peut s'effacer complètement derrière d'autres ou devant l'évocation de lointaines souffrances. La pratique clinique en matière de psychothérapie d'enfant, indiquent Marie-Cécile et Edmond Ortigues (1986), révèle que :

Bien souvent les parents demandent de supprimer un symptôme avec l'idée qu'ainsi tout irait mieux comme avant. Et dans cette optique le médecin choisit les plaintes, les symptômes que lui offre le consultant, ceux qu'il sait nommer, soigner. Aussi laissera-t-il choisir certaines plaintes pourtant incitantes parce qu'il ne sait qu'en faire et construira un tableau clinique auquel il peut répondre.

En tout état de cause, la demande résulte d'une souffrance socialement perçue par l'entourage et soumise à l'autre pour être soulagée. Elle est tributaire de la représentation sociale de la souffrance qui, dans sa thématization psychologique et culturelle renvoie à la question du lien. Pour qu'il y ait demande, il faut une souffrance qui occasionne une plainte en tant qu'appel au lien avec l'autre. C'est dans la force de cet appel au lien que se situe la difficulté d'être face à la souffrance, mais aussi où émergent les pistes en vue de l'intégration de la demande dans l'acte thérapeutique (D. Tsokini, 2008).

La demande adressée au psychologue peut-être sous forme d'interpellation à propos d'un patient par l'ensemble des membres de l'équipe soignante. L'expérience les demandes émanant du patient lui-même ou de sa famille sont assez rares, en médecine interne. Il arrive que les demandes soient formulées au détour d'un couloir, à la faveur d'une rencontre fortuite avec un soignant. Le psychologue peut aussi être « appelé ». Enfin les sollicitations peuvent aussi être adressées au cours du staff, lorsque l'équipe se réunit pour passer en revue la situation du patient.

Contrairement à ce que l'on pourrait croire, les modalités d'appel au psychologue sont rarement corrélées avec la « gravité » et l'importance du besoin. Dans la plupart des cas, la demande est transmise directement, oralement, et s'inscrit dans une relation préexistante. Pour Ch. Veil (2000), l'ordre des priorités incombant au psychologue dans un tel contexte est le suivant : identifier la demande implicite du soignant ou du groupe ; rencontrer le patient ; répondre au soignant ; travailler avec le patient.

Il apparaît essentiel de cerner les aspects manifestes et latents de toute demande exprimée. Une des premières questions à laquelle le psychologue doit se confronter pourrait être formulée ainsi qu'il suit : pour quelle raison estime-t-on que le patient a besoin de me rencontrer ? Le psychologue doit garder à l'esprit que la demande émane d'un tiers et non du patient lui-même, ce qui implique deux possibilités : soit le patient a exprimé une souffrance psychique que le soignant a entendue, soit c'est le soignant lui-même qui se trouve en difficulté face à ce patient. D'où l'importance d'entrer en contact avec le patient ou la famille concernée afin de déterminer le Sujet à l'origine de la demande.

Une autre question se pose : comment articuler une demande médicale concernant la vie psychique d'un patient de telle sorte que ce dernier puisse se la réapproprier ? La mise en place d'un cadre d'écoute est en effet à ce prix. Pour Corole Augé (2001), la nécessité s'oppose aux praticiens dont l'activité engage un lien avec autrui – sans qu'il ait entre eu un objet à proprement parler comme contenu de l'échange – de s'interroger comme véritable objet de la demande. Toute demande est en effet demande d'autre chose. En s'efforçant de satisfaire la demande immédiatement sans entendre le désir inconscient, on risque d'alimenter de nouveau la répétition.

II.9.1 Contexte de la demande

Il apparaît que le psychologue amène l'équipe à s'interroger sur sa motivation à demander le bilan au-delà des aspects manifestes de l'interrogation diagnostique. Les demandes itératives sont parfois susceptibles de traduire les positions ambivalentes des autres soignants à l'égard du psychologue, ou du moins de ce qu'il représente.

Celui-ci en effet n'est pas en possession d'un savoir médical, contrairement aux infirmiers et aux médecins, ce qui le rend susceptible à certains moments d'être « utilisé », mis à contribution comme « technicien des tests » afin de justifier sa présence, notamment lors des réunions de synthèse où sont généralement formulées les demandes de bilan à l'occasion d'une discussion sur le patient.

Cela est d'autant plus vrai dans un service où « l'agir » constitue la manifestation symptomatique prépondérante des patients et où le risque de glisser dans des considérations factuelles et défensivement opératoires est grand pour les soignants : contraction sur les aspects somatiques, les contraintes organisationnelles ou encore emploi du temps des patients.

Derrière la tentative de réduction du psychologue à sa fonction de « testeur », comme sous toute tentative de refuge – ou de considération de l'autre – derrière un savoir, se lisent les résistances (contre-transférentielles) à l'élaboration de l'équipe dans son ensemble, le psychologue compris.

A l'instar de l'analyse maniant un langage trop intellectualisé ou du médecin privilégiant un abord trop médical du patient, le psychologue doit éviter en miroir l'accueil qui consiste à s'abriter derrière une « technicité » ou un langage trop savant dont le caractère défensif est bien souvent éminemment contre-thérapeutique : le principe de base de la psychothérapie institutionnelle se trouvant bafoué.

Doit-on rappeler en effet, pour paraphraser Racamier (1970, p.87-88), que ce qui compte une institution psychiatrique pour obtenir un changement (thérapeutique) n'est pas l'appréhension du Sujet à travers « un savoir » fixe et rigide, même s'il ne faut pas négliger l'importance des connaissances. C'est bien plus la mise en commun au sein d'une équipe des regards subjectifs portés par ces membres sur un même patient, celui-ci engage avec chacun des liens différents, qui permet de rétablir la continuité entre des aspects très clivés de son fonctionnement.

En outre, les demandes répétitives des enseignements sous couvert d'interrogation diagnostique peuvent servir de masque aux mouvements dépressifs, au sentiment d'impuissance des soignants à l'égard de patients résistants au traitement. Le psychologue doit veiller à identifier le latent derrière le manifeste afin de ne pas laisser réifier derrière une technique car parfois la tentation est grande de devenir complice.

CHAPITRE III : CADRE SPECIFIQUE DE LA RECHERCHE

Ce troisième chapitre est consacré à la présentation générale du champ d'investigation de la recherche (la ville de Brazzaville), notamment le Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville (CHUB) et certaines entités médicales concernées par l'étude et plus précisément le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS), le service d'hématologie clinique du CHUB, le service de pédiatrie grands enfants du CHUB, la banque du sang du CHUB et le Centre National de Référence de la Drépanocytose (CNRDr) Antoinette SASSOU NGUESSO.

Ces services reçoivent beaucoup de patients drépanocytaires homozygotes (SS), pour les besoins de soins médicaux et d'hospitalisations (service d'hématologie clinique et de pédiatrie grands enfants) et pour les achats de poches de sang à transfuser aux patients drépanocytaires homozygotes (SS) pendant les périodes de crise de la maladie.

III.1 Présentation générale de la zone d'investigation

III.1.1 Bref aperçu historique de Brazzaville

Brazzaville est une ville africaine au destin singulier, elle a été fondée le 3 octobre 1880, par l'explorateur français d'origine italienne Pierre Savorgnan De Brazza. Entre 1883-1885, il mit en place les premières administrations et créa la colonie du Congo-Français (Balandier, 1985).

Cette présence coloniale dans l'univers Kongo a enclenché une dynamique sociale dont l'ultime visée était le bouleversement des us et coutumes préexistants. L'économie d'autosubsistance, qui initialement fut le fruit d'une activité agricole traditionnelle, s'est métamorphosée au profit d'un système économique modernisé dans lequel l'effort acharné des paysans permettait l'exportation des cultures.

La désorganisation de l'ordre traditionnel par l'ordre colonial a eu plusieurs conséquences au Congo-Français. Si nous remontons au XVème siècle à l'époque de l'esclavage, selon GOMA-FOUTOU (2004, p.178) :

Le démantèlement des valeurs culturelles traditionnelles (...), ce fut, à dire vrai, tout un processus qui, de l'acculturation à l'organisation pensée de l'établissement des valeurs chrétiennes (...) se traduisirent (...), par la désarticulation complète de l'ancien royaume Kongo et sa substitution par un royaume chrétien.

Brazzaville deviendra dès 1904, la capitale du Congo-français et de l'Afrique Equatoriale Française (AEF). Elle accède ensuite au statut de capitale de la France Libre, dès le début de la Seconde Guerre Mondiale en 1940, après l'occupation de la France par l'Allemagne Nazie.

C'est à Brazzaville que fut promulguée la nouvelle politique coloniale française, au cours de la « Conférence de Brazzaville » tenue en 1944. Prélude à l'émancipation des anciennes colonies françaises d'Afrique noire. Ville historique, Brazzaville devient après la proclamation de l'indépendance en 1960, la Capitale de la République du Congo. Depuis lors, elle va abriter d'importants événements internationaux, parmi lesquels on peut citer notamment :

- le lancement du mouvement olympique africain avec l'organisation des 1ers jeux africains au Congo en 1965 ;
- la première conférence des hommes des sciences d'Afrique ;
- la première conférence des écrivains contre l'Apartheid ;
- l'initiation du « Fonds Africa » qui a contribué à la libération de la Namibie et de l'Afrique du Sud du régime infrahumain de l'Apartheid.

III.1.2 Population

La population actuelle de Brazzaville avec sa banlieue atteint 2.000.000 d'habitants.¹⁴ Elle est régulièrement enrichie par un afflux de ruraux et de migrants étrangers. Ce qui conforte Brazzaville dans son rôle de ville libre et de terre d'accueil, qui se nourrit de l'hospitalité légendaire des congolais en général, et des Brazzavillois en particulier.

¹⁴ Voir **CONGO : *Guide de l'investisseur***, 2009-2010, Editions : Les princes de l'équateur (LPE), p. 183

En ce début du troisième millénaire, Brazzaville compte parmi les villes les plus cosmopolites d'Afrique. Il s'y développe actuellement une activité économique en pleine croissance.

III.2 Présentation Générale du Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville (CHUB)



Figure 3 : Photo du Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville (CHU-B) : entrée principale

Source : Auteur, 2019.

Pour bien comprendre et connaître l'organisation et le fonctionnement du Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville, nous avons trouvé nécessaire de revisiter les textes juridiques portant création, organisation et fonctionnement de cet établissement hospitalier de premier rang en République du Congo. Nous avons aussi présenté sa capacité hospitalière, son plateau technique, ses prestations sanitaires et ses ressources financières

III.2.1 Statut et missions

Le Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville (CHUB) est un établissement public à caractère administratif et social doté d'une personnalité morale et ayant une autonomie de gestion.

Le CHUB est un hôpital de référence de 3^{ème} niveau, qui a pour vocation d'être un centre d'excellence en matière de soins, de formation universitaire et de recherche médicale. Il est chargé de :

- Assurer les soins de qualité aux patients ;
- Contribuer à la formation initiale et à la formation continue du personnel médical et paramédical ;
- Promouvoir la recherche biomédicale.

III.2.2 Organisation et fonctionnement

Le CHUB est administré par un comité par un Comité de Direction et un Directeur Général. Il dispose de trois (03) organes consultatifs :

- Le Conseil d'Etablissement ;
- la Commission Médico-Technique ;
- et la Commission Paritaire d'Avancement.

III.3 Capacité hospitalière et plateau technique

En 2016, le CHUB avait une capacité d'hébergement de 761 lits, répartis entre quatre (04) principaux services d'activités (voir tableau 2).

Tableau 2 : Capacité d'hébergements au CHUB en 2016

Services médicaux du CHUB	Capacité en termes du nombre de lits des patients	Pourcentage (%)
Médecine et spécialités médicales	333	43,75
Chirurgie et spécialités chirurgicale	173	22,73
Pédiatries	168	22,09
Gynécologie Obstétrique	87	11,43
Total	761	100

Source : Service des statistiques du CHUB, 2016

Ces lits sont répartis entre 265 salles d'hospitalisation, dont 48 chambres individuelles, soit 18,11% ; par contre les chambres collectives sont au nombre de 217, soit 81,89%.

Au cours de ces dernières années, d'importants efforts financiers ont été consentis pour l'acquisition de nouveaux équipements et la remise en état du plateau technique du CHUB. En dépit de ces efforts, le CHUB demeure confronté à d'importants problèmes de maintenance des équipements biomédicaux. Il convient de noter que certaines unités cliniques ne sont plus fonctionnelles ou sont devenues très limitées dans leurs capacités opérationnelles en raison de l'indisponibilité des équipements techniques. C'est le cas de l'hémodialyse des urgences et des services de réanimation.

Le Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville compte actuellement 1787 agents. En dépit de cette évolution, la structure globale du personnel en poste au CHUB est demeurée constante : le personnel paramédical représente 46,50% des agents, le personnel administratif 38,10% et le personnel médical représente 15,40%. Ce qui dénote une insuffisance manifeste au CHUB en matière du personnel médical.

Sur le plan du statut professionnel, le CHUB emploie deux catégories de personnel : les contractuels (1.111, soit 62,17%) et les fonctionnaires (676, soit 37,83%). Les contractuels sont recrutés par le CHUB qui assure leurs charges salariales. Les fonctionnaires affectés au CHUB représentent 37,83% de ces effectifs. En sus de leur rémunération versée par la fonction publique, ces derniers perçoivent un complément de salaire à la charge du CHUB.

Cette structure du personnel a des implications importantes sur les coûts de fonctionnement du CHUB, d'autant plus que le ratio lits/ personnels, indique des surnombres pour certaines catégories professionnelles : 1 sage-femme pour 1,5 lits, 1 Infirmier Diplômé d'Etat (IDE) pour 3 lits ; 1 Agent Technique de Santé (ATS) pour 3 lits.

Par ailleurs, le personnel médical dans son ensemble ne représente que 15,40% des effectifs. Certains services en dépit de leur importance ne disposent que d'un seul spécialiste, cet état de fait handicape sérieusement le CHUB dans sa vocation d'enseignement, de recherche et d'établissement de référence tertiaire.

Toutefois, des efforts d'investissements non négligeables ont été consentis pour l'acquisition de divers équipements et la réhabilitation des infrastructures au cours de cette période.

Les réalisations budgétaires indiquent que l'Etat demeure le principal pourvoyeur des ressources de fonctionnement et d'investissement du CHUB.

Cependant, sur le plan fonctionnel, le taux moyen d'occupation des lits est d'environ de 60% avec une durée moyenne de séjour de moins une semaine (soit 6 jours), un taux de mortalité hospitalière global de 10%. Les données disponibles ne permettent pas de renseigner sur la qualité et la nature des prestations rendues par le CHUB. Toutefois, les faibles taux de disponibilité des équipements techniques observés, montrent les limites réelles des performances attendues du CHUB (Ghimbi, 2014).

III.4 Le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS)

Selon les termes du décret 94-613 du 26 octobre 1994 portant sa création, son organisation et son fonctionnement, le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) est un établissement public à caractère administratif et scientifique doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière.

Il est chargé notamment : d'élaborer la politique nationale de transfusion sanguine, promouvoir le don du sang, promouvoir la recherche opérationnelle et assurer la coordination nationale des activités de transfusion sanguine.

Le CNTS dispose à ce jour d'un réseau de services constitué par : le Centre Départemental de Transfusion Sanguine de Brazzaville, et le Centre Interdépartemental de Transfusion Sanguine de Pointe-Noire. Par contre, celui d'Owando n'est pas encore fonctionnel. Par ailleurs, des postes de transfusion sanguine et dépôts de sang sont implantés dans les hôpitaux ci-après : Talangai, Makélékélé, Adolphe Sicé, Tié-Tié, Nkayi, Dolisie, Sibiti, Abala, Gamboma, Owando, Ouesso, Impfondo et CHUB.

Le personnel du CNTS est actuellement composé de 106 agents toutes catégories confondues : 54 contractuels (décisionnaires), 36 fonctionnaires détachés (émargeant au budget de l'Etat, plus complément salaire par le CNTS), 10 temporaires, 6 agents de l'Etat associés exerçant dans les hôpitaux de référence. 70% de ce personnel exerce à Brazzaville et à Pointe-Noire.

Les cadres supérieurs avec ou sans doctorat sont au nombre de 10 agents, dont 8 techniciens (médecins, biologistes, et deux (02) administrateurs). Il y a trois (03) cadres supérieurs diplômés en transfusion sanguine et en hématologie, parmi lesquels deux (02) seront en retraite dans trois (03) ans au plus tard. Cette situation traduit la nécessité d'assurer rapidement la formation spécialisée des cadres avec doctorat, afin de garantir la relève et renforcer la capacité fonctionnelle du CNTS.

De 2003 à 2005, le nombre de prélèvements est passé de 18.245 à 31.536 soit une croissance d'environ 42%. Trois types de dons sont pratiqués en République du Congo : le don familial, le don volontaire régulier et le don rémunéré « masqué ». On note une prédominance des donneurs familiaux. La qualification biologique des dons est faite par le dépistage sérologique des infections ci-après : VIH, Hépatite B (AgHBs), Hépatite C (HCV) et la syphilis.

Avant 2001, le CNTS a bénéficié puis acquis dans le cadre des projets issus des organismes tels : la coopération française, la coopération italienne, l'OMS, et l'Union Européenne, un financement ayant permis d'équiper entre 1992 et 2000 ses services techniques. Cet équipement a subi des pillages lors des derniers troubles socio-politiques de 1997 et n'a pas été renouvelés.

Les Centres interdépartementaux sont équipés en :

- Fauteuils de prélèvements ;
- Chaîne ELIZA classiques de laboratoire ;
- Centrifugeuse de paillasse ;
- Réfrigérateurs (banques de sang électrique, quelques banques mixtes) dans les hôpitaux ;
- Deux chambres froides (une en panne complète à Pointe-Noire) ;
- Congélateur à plasma ;
- Deux groupes électrogènes ;
- Des véhicules de liaison en panne.

Il sied de signaler que, plusieurs contraintes empêchent le CNTS à accroître ses performances, notamment :

- L'absence d'une politique transfusionnelle adéquate à l'échelle nationale ;
- L'absence des standards et modes opératoires ;
- La non maîtrise des mécanismes d'approvisionnement en consommables et autres matériels ;
- L'absence d'un plan de développement des ressources humaines.

III.5 Présentation des services médicaux du CHUB concernés par la recherche

La présente recherche réalisée au Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville a été effectuée dans trois (03) services de soins médicaux, à savoir :

- Le service d'hématologie clinique ;
- Le service de pédiatrie grands enfants ;
- Et la banque du sang

III.5.1 Le service d'hématologie clinique



Figure 4 : Enseigne indiquant le service d'Hématologie clinique dans l'enceinte du CHU-B

Source : Auteur, 2019.

Le service d'Hématologie clinique du CHUB, assure le diagnostic et le traitement des patients atteints de maladies du sang, de la moelle osseuse, des ganglions et de la rate (maladies hématologiques). C'est ce qui justifie la présence en son sein du Centre National de Recherches sur les Maladies du Sang (CNRMS).

Il a notamment développé une expertise dans la prise en charge des anémies (insuffisance de globules rouges) et des maladies du métabolisme du fer (insuffisance ou excès de fer), mais prend également en charge de façon efficace les pathologies des plaquettes et de la coagulation sanguine ou encore celles des globules blancs (leucocytes).

Une large partie de son activité est consacrée au diagnostic, au traitement et au suivi des cancers hématologiques, comme les leucémies, les syndromes myéloprolifératifs (thrombocythémie, polycythémie, myélofibrose) ou les myélodysplasies (cancers du sang), les myélomes (cancers de la moelle osseuse), et les lymphomes de Hodgkin ou non-Hodgkiniens (cancers des ganglions et de la rate).



Figure 5 : Photo d'un sujet drépanocytaire en radiologie au CHU-B

Source : Auteur, 2019.

Ce service d'une capacité de vingt-deux (22) lits est dirigé par un Chef de service, le Professeur Alexis ELIRA DOKEKIAS, qui est en même temps le Directeur Général de la Santé. Le service d'hématologie clinique du CHUB, compte actuellement trente (30) agents parmi lesquels, trois (03) hommes et vingt-sept (27) femmes, comme nous l'indique le tableau 8, ci-dessous :

Tableau 7: Répartition des agents du service d'hématologie clinique du CHUB selon leurs grades et par sexe

Grade de l'agent	sexe		Total
	Homme	Femme	
Professeur (Chef de service)	1	0	1
Médecin hématologue	1	2	3
Infirmier Diplômé d'Etat (IDE)	1	13	14
Assistante sanitaire	0	2	2
Assistante sociale	0	1	1
Agent Technique de Santé (ATS)	0	2	2
Puéricultrice	0	2	2
Fille de salle	0	2	2
Aide-soignante	0	1	1
Secrétaire	0	2	2
Total	3	27	30

Source : Service d'hématologie clinique du CHUB, 2015

Il ressort de ces données statistiques, une insuffisance notoire (13%) en ce qui concerne les médecins spécialistes (hématologues), pour garantir les soins médicaux de qualité à l'endroit des patients drépanocytaires aussi importants que compte toute la ville de Brazzaville.

Ainsi, la durée moyenne d'hospitalisation des patients drépanocytaires est estimée à neuf (09) jours. La cause majeure d'hospitalisation est représentée par les crises vaso-occlusives (CVO), notamment les douleurs articulaires.

Ministère de la Santé et de la Population

Organisation Internationale de Lutte contre la Drépanocytose

FCA

Campagne Nationale de sensibilisation et de dépistage de la drépanocytose

Sous le Haut patronage de Mme Antoinette SASSOU NGUESSO

1. Qu'est ce que la drépanocytose ?

La drépanocytose ou anémie falciforme est une maladie héréditaire non contagieuse. Elle est due à une anomalie de l'hémoglobine, protéine contenue dans le globule rouge qui est chargée de transporter l'oxygène des poumons aux organes. Dans la drépanocytose, l'hémoglobine normale, appelée hémoglobine A, est remplacée par une hémoglobine anormale appelée hémoglobine S.

- * Lorsque le sang d'une personne n'a que de l'hémoglobine A, la personne est saine ou normale AA.
- * Lorsque le globule rouge contient l'hémoglobine A, et l'hémoglobine S, la personne est saine mais hétérozygote (porteuse de la tare AS). Elle transmet la maladie sans être elle-même malade.
- * Lorsque le rouge contient l'hémoglobine S, la personne drépanocytaire (homozygote) ou SS. Elle est malade.

2. Comment se transmet la drépanocytose ?

La drépanocytose est une maladie héréditaire, ce sont les parents qui la transmettent aux enfants.

Lorsque l'union porte sur des individus :

- * AA avec AA : le risque est nul ;
- * AA avec AS ou AA avec SS : le risque est nul mais avec naissance des enfants AS ;
- * AS avec AS : 25% de risque de mettre au monde un enfant SS ;
- * SS avec SS : 100% de risque de mettre au monde un enfant SS.

3. Comment savoir si on est drépanocytaire ?

En faisant un examen du sang qui est l'électrophorèse de l'hémoglobines.

4. Quels sont les signes de la drépanocytose ?

Douleurs, anémie, ictere, fièvre. L'anomalie de l'hémoglobine entraîne une déformation du globule rouge en forme de faucille ou banane.

Globule rouge normal (cercle) / Globule rouge anormal (faucille ou banane)

Le globule rouge anormal bouche les petits vaisseaux. Le sang ne circule plus bien et les organes ne reçoivent pas suffisamment l'oxygène. Cela entraîne :

- des douleurs fréquentes au niveau des membres, du ventre et du dos ;
- de l'anémie (pâleur) ;
- de l'ictère (jaunisse surtout au niveau des yeux) parce que le globule rouge anormal est fragile ; il est rapidement détruit ;
- de la fièvre ; le patient homozygote a une immunité diminuée parce que la rate ne fonctionne pas complètement, ce qui l'expose aux infections.

Complications de la drépanocytose :

Infections, priapisme, ulcère de la jambe, atteinte rénale, accident vasculaire cérébral (AVC), complications cardiaques et oculaires etc.

5. Prévention pour éviter la naissance des drépanocytaires

- * Faire le test de dépistage avant le mariage
- * Eviter le mariage entre individus AS, SS aussi ;
- * Eviter des mariages consanguins.

6. Dix (10) règles pour éviter les crises drépanocytaires

- * Bien se laver le corps, les dents, les mains avant le repas pour éviter les microbes qui provoquent les infections ;
- * Surveiller la température, aller vite à l'hôpital si celle-ci est supérieure à 38 °C ;
- * Boire beaucoup d'eau (environ trois litres par jour pour un adulte) ;
- * Ne pas manquer d'oxygène. Eviter les endroits mal aérés, enfumés ;
- * Avoir une alimentation saine et variée ;
- * Bien se couvrir en période de froid ;
- * Eviter ce qui peut ralentir ou bloquer la circulation du sang (vêtement serrés, jambes croisées) ;
- * Surveiller la couleur des yeux, des urines, aller à l'hôpital si la couleur est trop foncée ;
- * Eviter des efforts physiques ; dormir 7h par nuit ;
- * Observer une prophylaxie anti-palustre. Se faire vacciner. Prendre régulièrement l'acide folique. Consulter un médecin tous les deux (2) mois.

7. Situation de la drépanocytose

- * Dans le monde
 - Plus de 50 millions de personnes touchées ;
 - Plus de 200.000 décès chaque année ;
 - 156 pays sont concernés par la drépanocytose ;
 - 100 millions de porteurs sains (hétérozygotes) ;
 - 500.000 nouveaux cas atteints de la drépanocytose naissent chaque année.
- * En Afrique
 - On compte plus de 300.000 enfants atteints de drépanocytose en Afrique ;
 - On compte 25 à 30% de formes hétérozygotes dans certaines régions et un (1) enfant sur cent (100) est hétérozygote.
- * Au Congo
 - Sur une population de trois millions d'habitants, environ 25% sont hétérozygotes (AS) et 2% des enfants naissent drépanocytaires (SS).

Les risques pour les mariages

LA DREPANOCYTOSE «L'espoir est permis»

Programme national de lutte contre la drépanocytose
Ministère de la Santé et de la Population - Brazzaville

Fondation Congo Assistance
Siège social : 13, Rue Behangle - Centre-ville Brazzaville - B.P.: 2720

Figure 6 : Affiche de la campagne nationale de sensibilisation et de dépistage de la drépanocytose au service d'hématologie clinique du CHU-B

Source : Auteur, 2019.



Figure 7 : Photo des garde-malades au service d'hématologie clinique du CHU-B

Source : Auteur, 2019.

Par contre, l'anémie (diminution du taux des globules rouges ou hématies dans le sang) représente la cause majeure des décès des patients drépanocytaires.

III.5.2 Le service de pédiatrie - grands enfants

Le service de Pédiatrie Grands Enfants assure l'accueil et la prise en charge thérapeutique et éducationnelle d'enfants et d'adolescents de 2 à 18 ans (parfois moins ou plus), hospitalisés au Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville (CHUB) dans le cadre de pathologies aiguës ou de pathologies chroniques lourdes, comme la drépanocytose homozygote (SS).

Ce service d'une capacité de quarante un (41) lits est dirigé par un Chef de service, le Professeur **Cardorelle MBIKA (Pédiatre)**. Le service de Pédiatrie Grands Enfants du CHUB, compte actuellement trente-cinq (35) agents parmi lesquels, deux (2) hommes et trente-trois (33) femmes, comme nous l'indique le tableau ci-dessous :

Tableau 8: Répartition des agents du service de Pédiatrie Grands Enfants du CHUB selon leurs grades et par sexe

Grade de l'agent	Sexe		Total
	Homme	Femme	
Professeur (Chef de service)	0	1	1
Médecin Pédiatre	1	2	3
Infirmier Diplômé d'Etat (IDE)	0	10	10
Assistante sanitaire (Major)	0	1	1
Assistante sociale	0	1	1
Agent Technique de Santé (ATS)	1	4	5
Puéricultrice	0	5	5
Fille de salle	0	7	7
Nutritionniste	0	1	1
Secrétaire	0	1	1
Total	2	33	35

Source : Service de Pédiatrie Grands Enfants du CHUB, 2015

Il ressort de ces données statistiques, une insuffisance notoire (11,42%) en ce qui concerne les médecins spécialistes (Pédiatres), pour garantir les soins médicaux de qualité à l'endroit des enfants drépanocytaires aussi importants que compte toute la ville de Brazzaville.

Ainsi, la durée moyenne d'hospitalisation des enfants drépanocytaires au Service de Pédiatrie Grands Enfants est estimée à cinq (5) jours, avec un taux mensuel d'occupation de lits d'environ 72,52% au mois d'octobre 2015. Pour cette même période, 892 enfants drépanocytaires (SS) ont été consultés, avec 156 cas d'hospitalisation (17,48%). Par contre, le taux de mortalité des enfants drépanocytaires (SS) au niveau du service est évalué à 1,28%.

Il sied de signaler que, la cause majeure d'hospitalisation est représentée par les crises vaso-occlusives (CVO), notamment les douleurs articulaires.

Cependant, l'anémie (diminution du taux des globules rouges ou hématies dans le sang) constitue la cause majeure des décès des patients drépanocytaires.

Les fonctions médicales du Service de Pédiatrie Grands Enfants sont les suivantes :

- Assurer les activités de soins spécifiques
- Participer à la formation d'étudiants en médecine mis en stage ;

- Contribuer à l'épanouissement socio-éducatif des enfants drépanocytaires en animant des activités en lien avec leurs âges et leurs demandes ;
- Favoriser le lien social entre les enfants drépanocytaires et leurs familles ;
- Assurer le suivi des enfants drépanocytaires après leur sortie en prenant contact avec les partenaires de soins extérieurs (psychologues, services sociaux, prestataires et structures de soins à domicile).
- Concourir à la prévention, au dépistage et à la recherche.

Pathologies prises en charge

- Maladie aigue et chronique de l'enfant et de l'adolescent
- Bronchiolite, pneumopathie, ethmoidite, Gastro-entérite, Syndrome méningé, Convulsion, Malaise, Vertige.
- Mucoviscidose, Diabète, Epilepsie, Polyarthrite, Maladie de Crohn, Encéphalopathie, Drépanocytose, Syndrome néphrotique, Maladie métabolique-immunologique, Maladie génétique.
- Adolescence en période de crise, Trouble alimentaire, Maltraitance.

III.6 La banque du sang

Généralement, une banque du sang est un établissement médical chargé d'assurer la collecte, la préparation, la qualification biologique, la gestion et la distribution des produits sanguins au sein d'un centre hospitalier.

Cependant, la banque du sang du Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville, assure les fonctions médicales ci-après :

- La collecte du sang ;
- l'analyse du sang collecté ;
- le stockage du sang analysé ;
- la distribution du sang analysé à des fins médicales.

Ainsi, au CHU de Brazzaville, la banque du sang qui s'y trouve, est la seule qui ravitaille en produits sanguins tous les hôpitaux de la ville capitale. Elle s'approvisionne en sang à travers des campagnes de don du sang.

Par contre, ce sang collecté lors des campagnes de don du sang, paraît toujours en quantité insuffisante pour répondre aux besoins de plus en plus croissants en produit sanguin, au niveau des services d'urgence ou de réanimation, de chirurgie homme et femme, des blocs d'opération et d'accouchement, sans oublier aux services d'hématologie clinique et de pédiatrie grands enfants lors des transfusions sanguines des patients drépanocytaires (SS). C'est ce qui justifie le recours impératif et urgent de don du sang familial pour pallier à cette insuffisance constatée pendant lesdites campagnes.

III.7 Le Centre National de Référence de la Drépanocytose (CNRDr)

Antoinette SASSOU NGUESSO



Figure 8 : Enseigne indiquant le CNRDr

Source : Auteur, 2019

Le Centre National de Référence de la Drépanocytose Antoinette SASSOU NGUESSO (CNRDr), est l'œuvre de la Fondation Congo-Assistance, dirigée par l'épouse du chef de l'Etat congolais, Madame Antoinette SASSOU NGUESSO.



Figure 9 : Photo des services médicaux du CNRDr

Source : Auteur, 2019.

Son objectif consiste à assurer la prise en charge globale des patients drépanocytaires, afin de réduire son taux de prévalence au sein de la société congolaise. Il sied de noter que ce centre est déjà opérationnel dans l'enceinte du CHUB au moment où nous réalisons la collecte des données sur le terrain.



Figure 10 : Photo de l'entrée principale du CNRD

Source : Auteur, 2019.



Figure 11 : Photo de la remise du diplôme d'honneur à Mme Antoinette SASSOU NGUESSOU pour sa lutte contre la drépanocytose

Source : Auteur, 2019.



Figure 12 : Photo du jour d'inauguration du CNRDr par Mme Antoinette SASSOU NGUESSO

Source : Auteur, 2019.

De la gauche vers la droite:

- M. ,
- Mme Antoinette SASSOU NGUESSO,
- Mme ,
- Pr Alexis ELIRA DOKEKIAS



Figure 13 : Photo du jour de l'inauguration du CNRDr

Source : Auteur, 2019.

De la gauche vers la droite :

- M. Anaclet Colinnet MAKOSSO, directeur de cabinet de la première dame,
- Mme Antoinette SASSOU NGUESSO,
- Mme la Représentante du Directeur de l’OMS-Afrique au Congo.

Conclusion partielle de la première partie

Cette première partie nous a permis d'éclaircir le contexte des cadres dans lesquels notre recherche a été focalisée, tout en revisitant le cadre général, en passant par le décryptage de l'institution hospitalière en République du Congo, jusqu'au cadre spécifique de la recherche.

**DEUXIEME PARTIE : POLITIQUE DE
CONSTRUCTION DE LA SOLIDARITE
NATIONALE AU CONGO**

Introduction partielle à la deuxième partie

Cette deuxième partie composée de trois (03) chapitres, est consacrée :

- Aux généralités sur la dimension biomédicale de la drépanocytose ;
- A la notion de la solidarité au Congo ;
- Et à la présentation de la stratégie nationale de renforcement et de promotion de la solidarité au Congo

CHAPITRE IV : GENERALITES SUR LA DIMENSION BIOMEDICALE DE LA DREPANOCYTOSE

IV.1 Définition et historique de la drépanocytose

La drépanocytose selon l'acception biomédicale est une anémie falciforme héréditaire qui attaque et transforme les hématies communément appelées globules rouges. Elle se transmet dans les familles de générations en générations par le biais du sang portant les tares drépanocytaires (S). Cette maladie prend de l'ampleur surtout dans les sociétés qui prônent les types de croyances traditionnelles de nature magico-religieuse et les mariages endogamiques consanguins.

La drépanocytose ou anémie à hématies falciformes fut décrite pour la première fois en 1910 par Jean Baptiste HERRICK, chez un Noir Américain atteint d'anémie erythroblastique. Par la suite, la découverte en 1915 du test d'Emmel permit d'en établir la relation familiale et le mode héréditaire de la transmission. Mais, il a fallu attendre les travaux de PAULING, ITANO SINGER et WELLS sur la vitesse de migration électrophorétique de l'hémoglobine pour en connaître la cause et le taux des hémoglobines (S) responsables de la maladie. Depuis lors, une impulsion avait été donnée à de nombreux travaux scientifiques ayant permis de réaliser l'étude des aspects clinique, morphologique, biologique et génétique de la drépanocytose (KINZONZI, 1975).

IV.2 Fréquence de la drépanocytose dans le monde

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la drépanocytose touche plus de 50 millions de personnes dans le monde. Pourtant, plusieurs personnes ignorent son existence ou ne savent même pas, qu'ils en sont atteints. Cette maladie génétique du sang prédomine en Afrique Centrale, où 30 % de la population est drépanocytaire. Les crises de douleur qu'elle provoque et les contraintes qu'elle impose font souvent du quotidien des patients un enfer, car plus de 50 % des enfants atteints de la drépanocytose homozygote (SS) en Afrique ne dépassent pas souvent l'âge de 5 ans.

Plus d'un siècle après sa première description en Amérique (en 1910 par J.B. HERRICK), la drépanocytose fut reconnue en Afrique, touchant une partie de l'Afrique occidentale, toute l'Afrique centrale et l'île de Madagascar. Elle s'étend également à Ceylan et au Sud de l'Inde. Cette zone de répartition non hétérogène « est la ceinture sicklemique » qui se limite en Afrique par la ligne allant de l'embouchure du fleuve Sénégal à la frontière méridionale de la Somalie, au Sud par le cours du Zambèze. On note que l'indice drépanocytaire diminue d'Est en Ouest avec le maximum de fréquence d'hémoglobine malade (HbS) dans le bassin du Congo.

Les taux de prévalence les plus élevés (45 %), s'observent chez les Bantous et les tribus nilotiques de l'Ouganda (Mafart, J. Thomas, H. Sagnet et H. Revil). Les chiffres diminuent vers le Sud ; le Zambèze constituant une barrière naturelle, tandis qu'au Nord et à l'Ouest, cette fréquence baisse progressivement au fur et à mesure qu'on s'éloigne du bassin du Congo. Il a été constaté que l'hémoglobine drépanocytaire (HbS) pouvait être absente dans certaines populations négroïdes et par contre exister chez les populations blanches autour de la Méditerranée (Sicile, Grèce, Afrique du Nord...), des taux faibles et des petits foyers d'HbS ont été retrouvés dans le Proche-Orient, le Liban, la Syrie, et dans la Péninsule arabique. En Inde, la drépanocytose touche des populations très différentes à des taux très variables.

IV.3 Fréquence de la drépanocytose en République du Congo

Au Congo, comme un peu partout en Afrique noire, la drépanocytose compromet la croissance et la santé des centaines de milliers d'enfants.

Si le taux de prévalence de cette maladie n'est pas connu avec exactitude, c'est à cause de l'absence des données quantitatives au sujet de cette maladie à l'échelle nationale, du fait que peu de malades meurent à l'hôpital, car la majorité de la population préfère les prestations des guérisseurs traditionnels.

Par contre, le taux de morbidité a permis de constater que la tare drépanocytaire était très répandue. Des chiffres de 25 à 40 % ont été avancés (Lamboté-Legrand), chiffres qui rejoignent à peu près le pourcentage de 26 % établi par la banque de sang de Brazzaville, en procédant à des tests d'Emmel systématiques sur le sang de tous donateurs. L'absence des mesures orthogéniques énergiques, laisse à penser que cette fréquence tend à s'accroître, du fait de l'amélioration du niveau de vie et d'hygiène qui permet une survie prolongée du patient drépanocytaire.

IV.4 Conséquences et prise en charge médicale de la drépanocytose

La drépanocytose est une hémoglobinose due à l'anomalie d'un gène de structure ; aussi fait-elle partie du vaste cadre des anémies hémolytiques congénitales.

Contrairement à d'autres hémoglobinopathies qui intéressent surtout les généticiens et les anthropologues, cette maladie familiale redoutable par la fréquence et ses manifestations cliniques polymorphes, présente de graves conséquences chez l'homme, car elle tue des milliers d'enfants dans les premières années, souvent en dehors du contrôle médical et pose un problème thérapeutique crucial. Présentement, on dispose d'aucun traitement spécifique capable de corriger le trouble fondamental de l'hémoglobinogénèse. Ainsi, la durée de survie paraît dépendre en partie des possibilités du traitement palliatif. On dispose pour le moment de l'oxygénothérapie, de l'acétozolamide, des sulfures, des alcalinisants et des vasodilatateurs.

Ces différents procédés permettant d'éviter la falciformation et l'hémolyse se sont révélés plus ou moins efficaces et nous pensons cependant que la prévention n'est possible que par la pratique de transfusions sanguines répétées à la demande. La réussite d'une telle action, souvent faite en urgence, exige que les hématies (globules rouges) reçues gardent dans l'organisme une durée de vie normale, ce qui suppose l'élimination de tous les mécanismes hémolytiques extra-corpusculaires :

- prophylaxie antiparasitaire ;
- transfusion d'hématies déplasmolisées ;
- splénectomie (en cas de rate très séquestrante).

IV.5 Caractères de la drépanocytose

IV.5.1 Caractères génétiques

La drépanocytose est une maladie héréditaire et familiale qui se transmet des ascendants aux descendants, des parents aux enfants ou de générations en générations par le biais de l'héritage d'une tare sanguine appelée : hémoglobine S (HbS). La drépanocytose est donc due à une anomalie de l'hémoglobine.

L'hémoglobine normale, présente dans les globules rouges est appelée hémoglobine A (HbA). Chez les personnes atteintes de drépanocytose, l'hémoglobine A est en partie ou en totalité remplacée par une hémoglobine différente, l'hémoglobine S (HbS) encore appelée hémoglobine drépanocytaire.

Il existe deux sortes de drépanocytose. Certaines personnes possèdent à la fois en proportion sensiblement égale, de l'hémoglobine A et de l'hémoglobine S : ce sont des drépanocytaires hétérozygotes ou partiels (on dit aussi que de tels sujets sont porteurs du trait drépanocytaire ou qu'ils sont AS). D'autres par contre, n'ont que de l'hémoglobine S dans leurs globules rouges : ce sont les drépanocytaires homozygotes (on dit aussi que de tels sujets sont SS).

Le type d'hémoglobine contenu dans les globules rouges de l'enfant est déterminé dès la conception de celui-ci. Il ne change pas au cours de la vie. Une prise de sang permet de connaître la nature de l'hémoglobine des globules rouges : cette analyse s'appelle « électrophorèse de l'hémoglobine ». En Afrique, on utilise souvent un test particulier permettant de mettre en évidence l'hémoglobine S, Il s'agit du test d'Emmel, plus simple à réaliser, mais moins sûr que l'électrophorèse de l'hémoglobine.

IV.5.2 Moyens diagnostiques

Le diagnostic biologique de la drépanocytose repose sur deux examens : le test d'Emmel et l'électrophorèse de l'hémoglobine.

IV.5.2.1 Le test d'Emmel

Son principe consiste à provoquer la falciformation des hématies en les plaçant dans un milieu pauvre en oxygène. Les hématies s'étirent au fur et à mesure que la teneur en oxygène diminue. Ce test est facile à réaliser, mais la lenteur de la falciformation fait qu'on lui préfère d'autres méthodes : méthode de falciformation de BECK et HERT ou procédé de réduction de ITANO et PAULING, permettant de lire la lame 15 minutes plus tard.

IV.5.2.2 L'électrophorèse de l'hémoglobine

Elle permet la mise en évidence d'une hémoglobine S responsable de la drépanocytose dont la vitesse de migration est plus lente que celle de l'hémoglobine A et représente environ 80 % d'hémoglobine S, le reste étant formé de l'hémoglobine fœtale ou hémoglobine F (2 à 3 %) et d'une petite quantité d'A2. Elle confirme de façon certaine le diagnostic de drépanocytose homozygote ou hétérozygote, selon la proportion de l'hémoglobine S et de l'hémoglobine A.

Si la drépanocytose se présente comme une maladie sanguine, il est donc important de savoir de quoi le sang est-il composé.

Le sang est un liquide biologique composé des globules blancs (leucocytes) et d'un nombre très important de globules rouges (hématies), qui circulent dans un liquide clair et légèrement coloré en jaune appelé plasma. Chaque cellule sanguine vit environ 120 jours. A l'issue de ce délai, elle est détruite, car de nouvelles cellules sont fabriquées en permanence par la moelle osseuse. Les cellules du sang perdues lors d'un saignement (blessure) par exemple, ou normalement détruites à la fin de leur espérance de vie de 120 jours, sont de nouveau fabriquées très rapidement.

IV.5.3 La transmission de la drépanocytose des parents aux enfants

Pour comprendre le mode de transmission de la drépanocytose des parents aux enfants, nous allons considérer cinq cas spécifiques de couples :

IV.5.3.1 Cas n°1 : Couple constitué d'un parent drépanocytaire hétérozygote (AS) et d'un parent normal (AA)

Ce couple donnera 50 % des enfants sains (AA) et 50 % des enfants partiels (AS).

En effet, tout enfant hérite toujours d'une moitié du matériel génétique de chacun de ses parents. Cette règle fondamentale s'applique à l'hémoglobine. Par conséquent, un sujet drépanocytaire hétérozygote (AS) transmet à ses enfants soit A ou soit S. Ainsi, dans cette situation aucun de leurs enfants ne peut être homozygote (SS), comme nous l'indique le schéma ci-dessous :

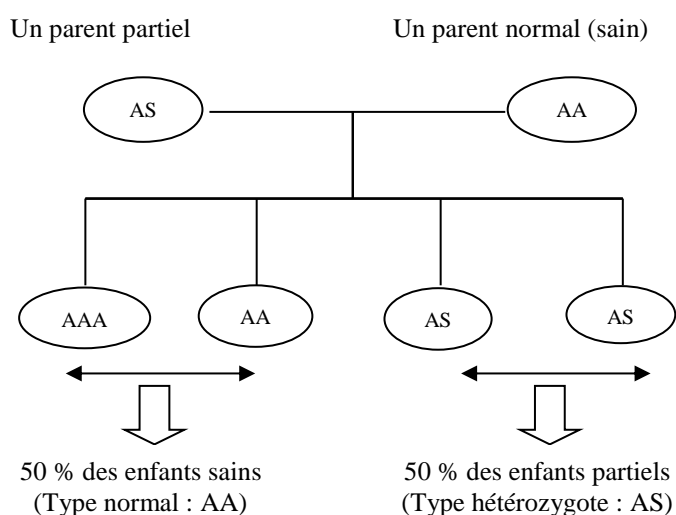


Figure 14: Cas d'un couple dont l'un des conjoints est sain et l'autre hétérozygote

Source : Auteur, 2019

Les sujets drépanocytaires hétérozygotes (AS) sont apparemment bien portants, mais ils peuvent transmettre à 50 % la maladie à leurs enfants indépendamment de leur volonté pendant plusieurs générations.

IV.5.3.2 Cas n°2 : Couple constitué de deux parents drépanocytaires Hétérozygotes (AS)

Lorsque les deux parents sont partiels, 25% de leurs enfants seront sains (AA), 50 % seront partiels (AS) et 25 % des enfants seront homozygotes (SS). Cependant, il est clair que ces pourcentages sont théoriques (des probabilités). C'est ainsi que dans une famille donnée, il est possible d'observer plus ou moins d'enfants drépanocytaires homozygotes que ne le voudraient les pourcentages indiqués ci-dessus. Le schéma ci-dessous explique bien la réalité que nous venons de décrire :

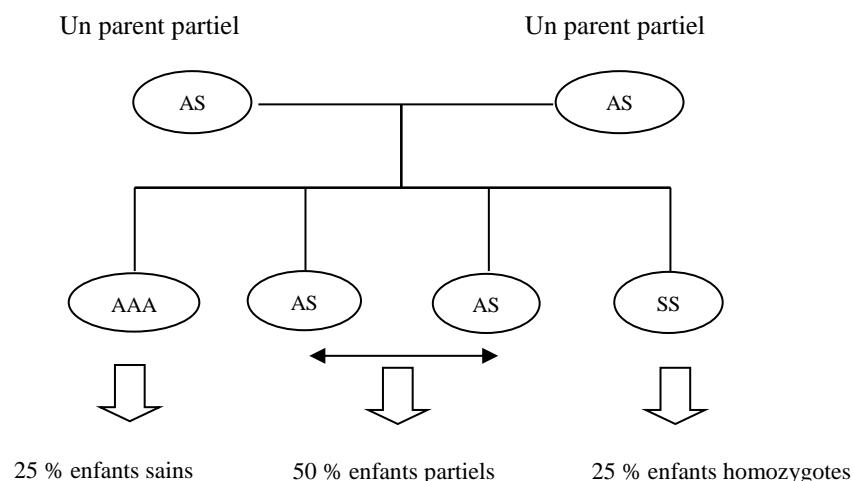


Figure 15: Couple dont les deux conjoints sont hétérozygotes

Source : Auteur, 2019

IV.5.3.3 Cas n°3 : Couple constitué d'un parent normal (AA) et d'un parent drépanocytaire homozygote (SS)

En pareille circonstance, tous les enfants qui naîtront de cette union, seront tous (100%) des sujets drépanocytaires hétérozygotes (AS) ; puisque les enfants héritent toujours une moitié des tares de leur père et une autre venant de leur mère, comme nous l'indique le schéma ci-dessous :

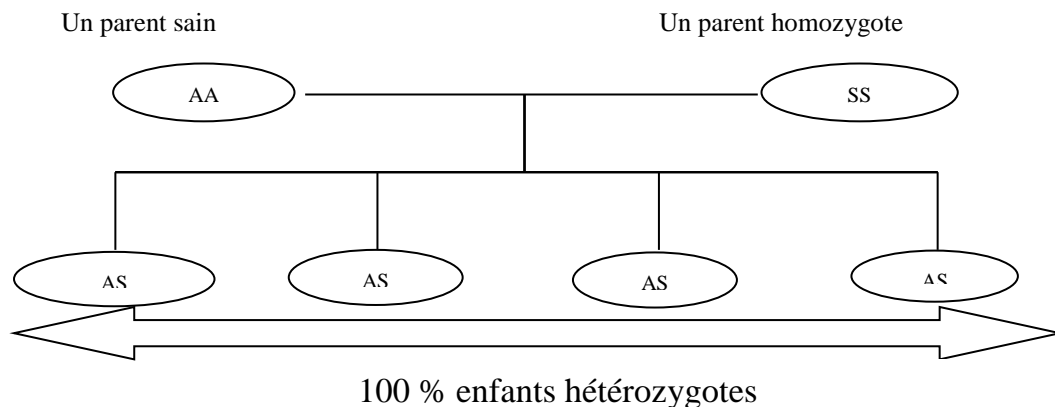


Figure 16: Couple dont l'un des conjoints est sain et l'autre homozygote

Source : Auteur, 2019

IV.5.3.4 Cas n°4 : Couple constitué d'un parent drépanocytaire hétérozygote (AS) et d'un parent homozygote (SS)

Les enfants qui naîtront de cette union seront à 50 % des drépanocytaires hétérozygotes (AS) et 50 % des drépanocytaires homozygotes (SS). Aucun enfant ne pourra être épargné de la contamination de la tare drépanocytaire (S), puisque tous les deux (2) parents en possèdent. Le schéma ci-dessous illustre bien cette réalité :

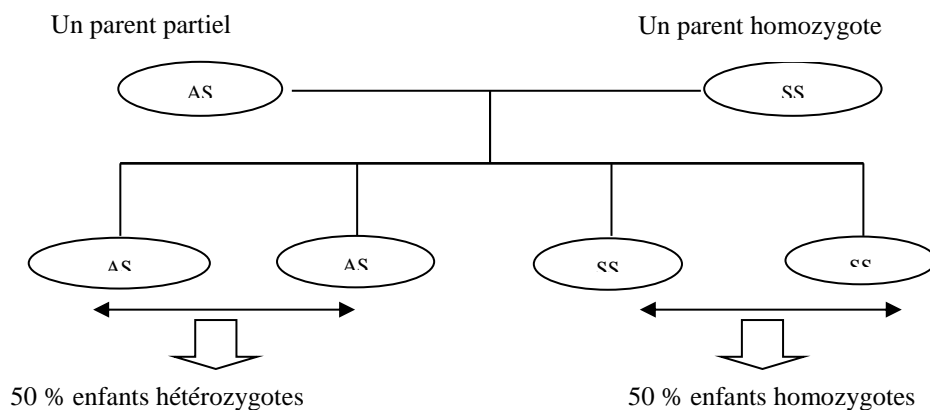


Figure 17: Couple dont l'un des conjoints est hétérozygote et l'autre homozygote

Source : Auteur, 2019

IV.5.3.5 Cas n°5 : Couple constitué de deux parents drépanocytaires homozygotes (SS)

Les enfants qui naîtront de cette union, seront logiquement à 100 % des drépanocytaires homozygotes (SS) comme le sont leurs parents, car en pareille circonstance, aucun des enfants ne pourra être sain (AA), ni partiel (AS). Le schéma ci-dessous illustre bien cette réalité :

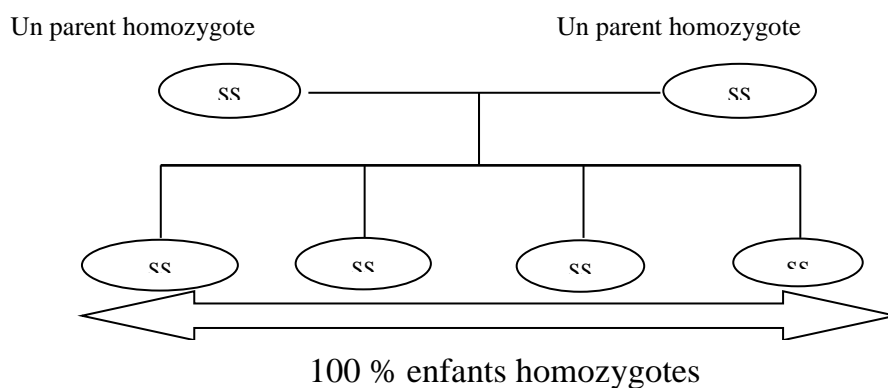


Figure 18: Couple dont les deux conjoints sont homozygotes

Source : Auteur, 2019

100 % des enfants sont des drépanocytaires homozygotes (SS) comme le sont aussi leurs parents géniteurs. Ce cas de figure est le plus dangereux, puisque la fréquence de cas de décès sera très élevée dans le foyer, suite aux complications périodiques de la maladie (De MONTALEMBERT et GIROT, 1987).

Ceci étant, nous passons à présent au chapitre II, consacré à la socio-anthropologie de la maladie en République du Congo.

CHAPITRE V : NOTION DE LA SOLIDARITE AU CONGO

V.1 Etat des lieux

A travers plusieurs études, le Ministère des Affaires Sociales, de l'Action Humanitaire et de la Solidarité (MASAHS) a fait un état des lieux sur la solidarité dans notre pays. Il apparaît clairement que les inégalités entre riches et pauvres se creusent. La cohésion sociale et le vivre ensemble sont remis en question parce que confrontés aux mécontentements d'une partie importante de la population. La perte des valeurs culturelles, fondement de la construction du savoir-être, la mauvaise redistribution des revenus et la marginalisation de certaines couches sociales ont été identifiées comme les principales causes. Les mesures et prestations de solidarité sont reconnues comme une réponse durable à cette situation. Cependant, dans notre pays les dispositifs et autres prestations de solidarité requis pour réduire les inégalités sont soit en phase expérimentale, soit inexistantes. La faiblesse du cadre juridique et institutionnel du secteur de la solidarité, les faibles capacités opérationnelles des acteurs du secteur et le faible investissement dans le capital humain ont été épinglées parmi les défis majeurs à relever.

Pour lutter contre les inégalités et renforcer la cohésion sociale, le Ministère en charge de la solidarité est, conformément à son mandat compétent pour élaborer et mettre en œuvre un document d'orientation générale sur la stratégie nationale de la solidarité qui doit permettre au Gouvernement :

- de doter, d'ici à 2020, le ministère en charge de la solidarité, d'un cadre légal, institutionnel et des capacités opérationnelles adéquates pour lutter contre les inégalités sociales
- de mobiliser chaque année 66 millions USD nécessaires au financement des programmes de filets sociaux grâce aux contributions publiques et aux quotes-parts des différents acteurs de la protection sociale.

- de garantir d'ici à 2022 à 180 405 ménages pauvres alimentaires, personnes vivant avec handicap et personnes du troisième âge en situation de précarité des transferts sociaux et monétaires.
- d'appuyer les mécanismes communautaires d'entraide devant contribuer à la progression des indicateurs du capital social communautaire¹⁵ ou richesse sociale vers un niveau pouvant garantir la cohésion sociale

Les principales mesures envisagées sont :

- le versement d'un revenu de solidarité et d'insertion et des allocations spécifiques à certaines catégories de la population (familles pauvres et vulnérables, personnes âgées, personnes vivant avec handicap) ;
- l'octroi des coupons alimentaires aux personnes et ménages les plus pauvres ;
- l'accès aux logements décents pour les ménages les plus vulnérables ;
- la promotion des valeurs culturelles sur la cohésion sociale et le vivre ensemble.

Ces principales mesures seront mises en œuvre à travers cinq (5) programmes nationaux :

- le Programme d'Appui au Renforcement des Capacités des Acteurs de la Solidarité et du Ministère,
- le Programme Lisungi,
- le Programme FSA,
- le Programme Ndako et
- le Programme Bomoko.

Le capital social correspond aux réseaux, aux normes, à la culture et aux valeurs partagées garantissant la cohésion sociale et qui facilitent la coopération entre les individus, les groupes et entre ceux-ci. Ce résultat renvoie, au sens institutionnel, à l'organisation de la société civile, des mutuelles et à une meilleure implication de la population pour la construction du savoir être

Un plan d'actions couvrant une période de cinq (5) ans sera élaboré. Chaque programme comprendra un volet transversal portant sur la communication et le plaidoyer.

V.1.1 Généralités

En Afrique, des liens de réciprocité ancrés dans la tradition entretiennent dans les campagnes un système de cohésion sociale, basé sur les liens de parenté, ou sur les valeurs religieuses. Des systèmes traditionnels de cotisation, comme la tontine, permettent de réduire les risques sociaux sur la vie des individus.

Cependant, ces formes de solidarité ne suffisent plus face à l'individualisme, à la précarité des conditions de vie de beaucoup d'Africains en général et des Congolais en particulier. Les changements climatiques, la récurrence des conflits politiques, la détérioration des termes d'échanges au niveau mondial, ont entraîné l'incertitude dans la vie de nombreux ménages. Parallèlement à ce constat, en l'absence de réels mécanismes de redistribution, les bénéficiaires de la croissance économique n'atteignent pas les populations les plus pauvres. Aujourd'hui, il est donc urgent que les Etats prennent le relais et donnent à la solidarité une dimension nationale, dans le cadre du pacte social qui unit les citoyens d'une Nation.

Malgré les efforts déployés par les gouvernements et les partenaires internationaux, le nombre des pauvres et des personnes vulnérables vivant sous le seuil de pauvreté s'est maintenu à un niveau inquiétant. Le pauvre ne peut pas disposer des forces physiques et intellectuelles s'il n'a pas accès à l'éducation et aux soins de santé. ; Il ne peut non plus se prévaloir de la dignité et du respect que l'on reconnaît à chaque citoyen grâce à la capacité d'être propriétaire d'un logement décent ou d'un lopin de terre. Il ne peut enfin, avoir un revenu s'il n'a pas un emploi qui le lui procure.

Le Ministère des Affaires Sociales, de l'Action Humanitaire et de la Solidarité (MASAHS) s'est engagé vers un processus de redynamisation de la solidarité tant au niveau des populations qu'au niveau institutionnel. C'est le cas de la mise en place des transferts sociaux et autres mesures de lutte contre la vulnérabilité dans l'axe II de la politique nationale d'Action Social et de son Plan d'Action (PNAS).

Toutefois, ces mesures demeurent encore insuffisantes, car la solidarité nationale vue comme le socle de cohésion sociale (le vivre ensemble) ou le déterminant d'un développement social inclusif implique diverses autres actions et l'intervention de nombreux acteurs. Aussi, l'exercice de la solidarité au niveau du pays reste encore à définir dans un document national d'orientation générale. D'où la nécessité d'élaborer la stratégie nationale de solidarité qui permettra de mettre en œuvre les mesures découlant de la Marche vers le Développement 2016-2021, Programme de Société du Chef de l'Etat, notamment celles relatives au pilier sur le renforcement de la sphère économique et sociale.

V.1.2 Contexte du pays

La République du Congo a une superficie de 342.000 Km² et une population estimée à 3 610 490 habitants selon le recensement général de la population et de l'habitation de 2007 (RGPH-2007). Selon l'indice de développement humain 2009, le Congo est classé 136^{ème} sur 179 pays. Le PIB *per capita* était de 2.721 USD (PPA) en 2008 (source FMI) comparé à la position 142 en 2005, il y a un réel progrès. Mais, malgré ce progrès lié à la croissance économique récente, la réduction effective de la pauvreté n'a pas été significative.

Le Congo est limité au Nord par le Cameroun et la République Centrafricaine, au Sud par l'Angola (avec l'enclave du Cabinda) et à l'Est par la République Démocratique du Congo dont il est séparé par le fleuve Congo et son affluent l'Oubangui, enfin à l'Ouest par le Gabon et l'Océan Atlantique.

La République du Congo est un pays en développement à revenu intermédiaire, qui vise l'émergence en 2025(3). La République du Congo est très urbanisée avec 63,7 % des habitants vivant en zones urbaines(5). Il est subdivisé administrativement en 12 départements, 6 communes, 23 arrondissements, 88 districts administratifs, 51 communautés urbaines, des communautés rurales, des quartiers et villages(6). Deux départements disposant d'un statut particulier à savoir Brazzaville et Pointe Noire, respectivement la capitale politique et la capitale économique du pays, abritent la majorité de la population. Environ 80% de la population est concentrée dans le Sud du pays. Traversé par le fleuve Congo, classé deuxième fleuve du monde par son débit, le pays dispose d'un massif forestier estimé à 220 millions d'hectares et qui représente environ 10 % de la superficie du bassin du Congo. Deux tiers (2/3) du territoire national de la République du Congo, sont couverts par la forêt équatoriale et le tiers restant par la savane.

V.1.3 Niveau des inégalités sociales et économiques

Entre 2005 et 2011, le seuil de pauvreté nationale est passé de 50,7 % à 40,9 %, soit une baisse de 9,8 points (République du Congo, Rapport sur la pauvreté, résumé analytique, mai 2017). Les zones rurales présentent la plus forte prévalence de pauvreté 7/10, soit (69,4 %) des personnes sont pauvres. Entre 2005 et 2011 le nombre de personnes vivant dans la pauvreté a augmenté dans les zones rurales : il est passé de 795.000 à 951.000. Alors que les zones rurales représentaient 44,3 % des personnes vivant dans la pauvreté en 2005, elles en représentaient 57,4 % en 2011. Cependant en zone urbaine, on note près de 20 % des personnes pauvres, cas de Brazzaville. Le seuil international de pauvreté le plus commun est fixé à 1,90 USD, exprimé en PPA (parité de pouvoir d'achat) et USD 2011. Selon les normes internationales, la part de la population vivant en République du Congo dans l'extrême pauvreté c'est-à-dire avec moins de 1,90 USD PPA par jour a chuté passant de 50,2 % en 2005 à 37,0 % en 2011.

L'ampleur de la pauvreté est liée aux taux élevés de chômage et de sous-emploi, notamment en milieu urbain (16 % en 2010) et parmi les jeunes (31 % dans la tranche d'âge de 18 à 29 ans). Un autre facteur clé est la faible productivité de l'agriculture (de subsistance), caractérisée par l'exploitation de superficies modestes, le faible niveau de capital (et le manque d'accès au crédit), les sous-utilisations des intrants et l'enclavement dû aux faiblesses des infrastructures routières (ECOM 2011).

Le taux de sous-emploi a triplé entre 2005 et 2011, passant de 9,7 % à 27,8 %. Plus de 64 % des personnes actives vivent en dessous du seuil de pauvreté selon le rapport national de suivi des OMD de 2013.

La République du Congo occupe la 90^e place sur 105 selon le coefficient de Gini¹⁶. Ce coefficient a connu une légère augmentation, même si celle-ci n'est pas statistiquement significative (0,465 en 2011 contre 0,460 en 2005). Cette faible augmentation est en phase avec le fait que la réduction de la pauvreté a été plus importante dans les grandes villes que dans les zones urbaines et rurales. (Qu'est-ce que l'indice de Gini). La croissance économique ne s'est pas accompagnée de transformations notables dans la structure de l'économie qui reste dominée par le pétrole. La pauvreté a augmenté dans les zones rurales, tout en diminuant dans les zones urbaines et l'élite a bénéficié de la croissance plus que le reste de la population. Les prestations de services de santé, d'éducation et de protection sociale sont insuffisantes.

V.1.4 Situation socioéconomique des groupes vulnérables

Les nombreuses privations et injustices sociales dont sont victimes les populations constituent une préoccupation majeure qui impacte la cohésion sociale. On recense au Congo plusieurs groupes marginalisés : les ménages pauvres et vulnérables, les jeunes vulnérables, les personnes âgées, les personnes vivant avec handicap, les enfants vulnérables, les populations autochtones.

¹⁶Cf. Dictionnaire Kiwix, *le coefficient de Gini est une mesure du degré d'inégalités de la distribution des revenus dans une société donnée, développé par le statisticien Italien Corrado GINI. C'est donc un nombre variant de 0 à 1, où 0 signifie l'égalité parfaite : tout le monde a le même revenu et 1 signifie l'inégalité totale : une personne à tout le revenu, les autres n'ont rien, cas extrême du maître et des esclaves*

V.1.4.1 Les ménages pauvres et vulnérables

Selon les résultats de l'ECOM2, le Congo a 949 093 ménages dont plus d'un quart (25,4 %) est dirigé par un chef de ménage femme contre un près de $\frac{3}{4}$ (74,6 %) de chef de ménage homme. Selon le statut de pauvreté, on note que les ménages dirigés par les hommes sont le plus touchés par la pauvreté par rapport aux ménages dirigés par leurs homologues femmes. Dans l'ensemble, 19 % de ménages congolais sont touchés par la pauvreté alimentaire soit 180 405 ménages. Certes ce taux est en dessous du taux de pauvreté global des ménages estimé à 36,5 %, la pauvreté alimentaire toucherait encore 45 150 ménages (4,7 %) parmi les ménages dirigés par les femmes soit un peu moins de 2 chefs de ménages femme sur 10 (18,5 %) contre un effectif de 135 225 ménages dont le chef est un homme (14,3 %) soit près de 2 chefs de ménages hommes sur 10 (19,2%). Ainsi, la pauvreté alimentaire toucherait dans quasiment les mêmes proportions les ménages dirigés par les hommes ou par les femmes. Les familles démunies sont souvent confrontées à la pauvreté monétaire avec comme corollaire la situation des adolescentes-mères. Les veuves et les orphelins vivent des privations manifestes des droits et libertés individuelles fondamentales

V.1.4.2 Les jeunes vulnérables

Les jeunes ont du mal à organiser leur vie en famille et sont exposés aux risques d'infection par le VIH/sida. Ils sont privés de moyens de vie indépendante (emplois) et des facilités d'insertion sociale, faute d'emplois et de revenus réguliers. Les jeunes sans emploi sont privés de moyens de vie indépendante (emplois) et des facilités d'insertion sociale. Faute d'emplois et de revenus réguliers, les jeunes ont du mal à organiser leur vie en famille et sont exposés aux risques d'infection par le VIH/sida (KIMBA, 2011).

V.1.4.3 Les personnes âgées

En 2007, le Congo comptait 177 508 personnes âgées soit 4,8 % (RGPH 2007). Ce nombre est estimé à 245 125 (ECOM 2011). Les perspectives de croissance de cette catégorie est préoccupante. Elles prévoient un doublement de la population entre 2007 et 2050 passant de 4,8 % à 9,7 %.

Les personnes âgées sont plus nombreuses en zone rurale (82500) qu'en milieu urbain (64200).

Le taux de dépendance est plus élevé en zone rurale (10,5 %) qu'en zone urbaine (3,6%).

Les femmes âgées sont plus nombreuses : 56,7% dont 71 % de veuves, 13,2 % vivent seules ; 5,2 % ont un handicap ; 58,9 % sont analphabètes ; 69,4 % sont chefs de ménage ; 57,6 % ont des enfants à charge.

Les départements de la Lékoumou, du Pool et du Niari connaissent une forte concentration de cette catégorie de la population. Les personnes du troisième âge sont victimes d'exclusion sociale et de marginalisation

V.1.4.4 Les personnes vivant avec handicap (PVH)

Le pays compte 1,4% de la population totale (RGPH 2007) soit 52 935 personnes vivant avec handicap. Elles ont présentes dans tous les départements, avec cependant une forte concentration à Brazzaville et Pointe-Noire (46,5 %). Seulement – 1 % des personnes vivant avec handicap ont accès aux institutions spécialisées. Dans le cadre de la solidarité, les PVH présentant une incapacité permanente ou les enfants fréquentant un établissement spécialisé ont besoin d'une prise en charge et d'autonomisation. Les personnes vivant avec handicap ne bénéficient pas comme il se doit des aides à la mobilité.

V.1.4.5 Les enfants vulnérables

S'agissant des enfants vulnérables, Trente-quatre (34) groupes d'enfants en difficulté ont été identifiés dans le document du cadre stratégique de l'enfance vulnérable. Les enfants de 0 à 18 ans constituent 44,9 % de la population soit 1 659 184. Les enfants vulnérables identifiés sont environ 502 478 soit 30,25 % des enfants dont : - Orphelins : 210 000 dont 69 000 du fait du Sida, -Handicapés : 23768 - Enfants de la rue : 910 en 2009 - Enfants ne vivant pas avec leurs parents biologiques : 260 000 -Enfants non enregistrés à l'Etat civil : 19 % des naissances - Enfants victimes de la traite : 1800 - Enfants chefs de ménage : 6000 - Enfants autochtones : 19 553 - Enfants contraints à travailler : 110 000. Le taux de pauvreté est plus élevé chez les enfants (54 %) que chez les adultes (47 %).

V.1.4.6 Les populations autochtones

La population congolaise compte en son sein des minorités autochtones présentes dans tous les départements de la République : *Baraka* ou *Mbendjele* au Nord, *Twa* au centre et *Babongo* au Sud. Ces populations autochtones représentent, environ 43.378 individus répartis dans 8.912 ménages (RGPH 2007), soit 1,2 % de la population totale, souffrent de l'extrême pauvreté, de multiples frustrations et privations, d'exploitation et de discrimination¹⁷ perpétuées de génération en génération. Elles souffrent de discriminations séculaires, d'exploitation économique, d'extrême pauvreté, d'accès difficile aux services sociaux de base, à la terre et aux ressources, et de non reconnaissance de droits fondamentaux. Ces citoyens particulièrement vulnérables peinent à faire valoir leurs droits.

¹⁷ Voir notamment : Volume, répartition spatiale et structure par sexe et âge des populations autochtones du Congo, CNSEE, 2011 ; Enquête sur les connaissances attitudes et pratiques des peuples autochtones en matière de prévention du VIH/sida et de leur accès aux services sociaux de base, MASSAHF/UNICEF/CNLS, 2007 ; Rapport d'analyse diagnostique sur les normes et pratiques sociales vis-à-vis des populations autochtones en République du Congo, Unicef 2009, Amélioration des dépenses publiques des secteurs sociaux pour les enfants et les femmes en République du Congo, Anthony Hodges, Clare O'Brien et Bethuel Makosso, UNICEF-Oxford Policy Management, avril 2011.

L'étude sur l'Etat de lieux de la solidarité au Congo 2014 réalisée par le ministère en charge de la solidarité en 2014 révèle qu'une partie importante de la population nourrit le sentiment d'appartenance à une société inégalitaire lorsque les personnes victimes de chocs ou catastrophes ou en situation de vulnérabilité ne bénéficient pas d'une assistance conséquente de l'Etat notamment. Face à un tel tableau, plusieurs pays font recours aux mécanismes de solidarité pour réduire les inégalités sociales et renforcer la cohésion sociale.

V.2 Clarification de la notion de solidarité au Congo

V.2.1 Définition conceptuelle

Selon le nouveau dictionnaire critique de l'action sociale (2009, p.552), la solidarité est une interdépendance mutuelle (des individus) mais qui implique en plus une responsabilité mutuelle d'assistance et d'entraide réciproque entre les membres d'un groupe, fondée sur le contrat et/ou la communauté des biens.

Selon Durkheim (1983), pour qu'une société existe, il faut que ses membres éprouvent de la solidarité les uns envers les autres. En définitive, la solidarité est donc le lien social d'engagement et de dépendance réciproques entre des personnes ainsi tenues au bien-être des autres, généralement des membres d'un même groupe liés par une communauté de destin (famille, village, profession, entreprise, nation, etc.).

Le sociologue français Emile Durkheim estime qu'il existe deux (2) formes de solidarité dans toute société humaine, à savoir

- la solidarité dite organique qu'on peut observer en zones urbaines (villes) où il existe une prédominance de l'individu sur son groupe social ;
- et la solidarité dite mécanique qu'on peut observer dans les zones rurales (villages), où il y a une prédominance de la conscience collective sur la conscience individuelle.

Plus largement, le terme solidarité est utilisé au niveau national. La solidarité nationale représente l'intervention de l'Etat dans la vie économique et sociale afin de lutter contre la pauvreté et les inégalités entre les classes sociales et d'assurer la cohésion sociale. Elle contribue à l'épanouissement de tous sans exclusion au sein de la communauté. En ce sens, « le concept de solidarité est d'abord un concept juridique de droit social ». Mais, la notion de solidarité s'est ouverte pour englober des mouvements d'entraide qui poussent les uns et les autres vers ceux que nous reconnaissons comme des semblables (famille, communauté, humanité, etc.), qui ne relèvent pas de la contractualisation formelle à priori, mais sont mues par des ressorts éthiques ou anthropologiques.

V.2.2 Différentes formes de solidarité

Du point de vue pratique, on distingue quatre formes de solidarités dont les fondements ne sont pas exclusifs les uns des autres (MASAHS, 2017) :

- la solidarité dite « naturelle ». Elle renvoie généralement aux solidarités familiales qui ont longtemps été pensées sur le mode naturel, parce que le groupe à l'intérieur duquel elle s'exerce est perçu comme une donnée biologique et non pas comme une donnée socialement construite.
- la solidarité «universalisante» Cette forme de solidarité assigne à chaque individu une responsabilité face à l'ensemble du groupe humain. Elle trouve ses valeurs dans les religions universalisantes ou dans l'humanisme. Si les moteurs en sont ainsi radicalement différents, elle porte les mêmes engagements d'abord missionnaires puis humanitaires.
- la solidarité «nationale». Socialement construite qui s'incarne dans l'action de l'Etat-providence. Une extension de cette forme de solidarité institutionnalisée pourra se trouver dans des solidarités transnationales. Dans d'autres pays, la solidarité nationale est financée par l'impôt sur le revenu qui repose sur une redistribution des richesses. Chaque citoyen y contribue en fonction de ses moyens.

- la solidarité « corporatiste » et « associative ». On distingue dans le même groupe différents types d'exercice de la solidarité en ce que leur lien est plus ou moins formel. Dans le premier groupe, on trouvera les formes de solidarités syndicales ou fondées sur des associations de défense d'intérêts particuliers qui ont pour caractéristiques de limiter leur action à un groupe circonscrit, à une identité donnée (les travailleurs, les ressortissants de tels ou tels départements, etc.). Dans le second, on placera les solidarités « faibles » liées au partage de pratiques particulières (jouer au football, danse folklorique etc.), qui font entrer dans des communautés.

L'individualisme a gagné nos villages et nos quartiers. En outre, la solidarité familiale qui jadis constituait l'une des valeurs de la société africaine s'est effritée. Elle ne se limite plus qu'aux membres de famille les plus proches et ne permet plus de faire face qu'aux urgences (maladies 25,6%, difficultés financières 19,5% et décès 12,4%). On estime que la pauvreté monétaire qui touche la moitié de la population ne permet pas aux familles de faire face dignement à leurs besoins et à ceux des autres. Face à cette situation, les populations préconisent la création d'emplois 42,8%, l'amélioration des conditions de vie 30,9% à travers l'accès aux services sociaux de base et l'octroi des aides financières aux ménages les plus pauvres (9,1%).

V.3 Prestations de solidarité comme moyen de la réduction des inégalités sociales

Les prestations de solidarité sont à distinguer de celles de la sécurité sociale relevant du volet contributif. Elles se distinguent d'autres types de prestations sociales notamment l'aide facultative qui dépend de l'action sociale ou de l'aide humanitaire. Dans le cadre de la solidarité nationale, les prestations de solidarité non contributives reposent généralement sur quatre (04) séries de mesures (le cas de la France et de la Suisse).

La première série de mesures est liée à l'accès au revenu, dispositif qui assure aux ménages et à certaines catégories spécifiques (personnes âgées ou personnes vivant avec handicap) sans ressources un niveau minimum de revenu variable selon la composition du ménage. Les ménages en situation de fragilité financière, les ménages aux revenus modestes, en situation précaire ou de pauvreté peuvent accéder à des allocations, versées par l'État.

Ces allocations peuvent comprendre : (i) l'aide financière conditionnelle de longue durée conditionnelle ou nom appelé en France Revenu de Solidarité Active qui comprend une prestation financière et peut, le cas échéant, également comprendre des prestations sous forme de mesures d'insertion sociale ou professionnelle, (ii) l'aide financière personnalisée qui est attribuée aux personnes âgées ou aux personnes vivant avec handicap sous condition d'âge, de résidence régulière sur le territoire national et de ressources. Dans certains cas, une allocation de solidarité aux Personnes Agées.

La seconde série repose sur l'accès à l'aide alimentaire et aux restaurants sociaux pour les personnes en grande difficulté et sans ressources. Les familles accèdent aux épiceries ou aux boutiques dans le cadre de la participation à un programme de transfert alimentaire. On prévoit aussi l'accès aux restaurants sociaux qui préparent et servent des repas aux personnes pauvres ayant reçu des bons ou coupons alimentaires, cas du Brésil

La troisième englobe tous les mécanismes d'accès des *personnes aux ressources modestes* au logement adapté à leur situation familiale et financière. Ce dispositif regroupe les aides liés à l'accès au logement (dépôt de garantie, cautionnement, prise en charge du 1er mois de loyer, etc.), les aides pour le maintien dans le logement (dette de loyer et de charges locatives, frais de procédure supportés par le ménage, cautionnement), l'accompagnement social lié au logement (recherche de logement, - entrée dans le logement, - maintien dans les lieux, - prévention des expulsions, - aides aux accédant en difficulté).

Pour le cas de la France, ce dispositif est souvent soutenu par un Fonds de Solidarité Logement (SF) qui intervient prioritairement auprès des ménages qui ne parviennent pas à obtenir un logement ou éprouvent des difficultés à le conserver. Dans cette optique, il prévoit un accompagnement social des familles et propose des aides destinées aux locataires, aux propriétaires occupants, aux personnes hébergées à titre gracieux et aux résidents de logement-foyer.

La quatrième porte sur l'accès à la santé et à l'éducation de la population en grande exclusion sociale ou en précarité à des soins de qualité et à l'éducation de base sans tenir compte de la catégorie sociale. Il existe un lien étroit entre les mesures de solidarité liée à la protection sociale et l'accès à la santé et à l'éducation. En effet, dans sa forme la plus simple, la protection sociale peut aider les ménages à avoir accès aux services d'éducation et de santé, notamment en leur fournissant les ressources nécessaires à l'achat d'uniformes, de manuels et de médicaments. Cela peut également se faire avec le concours des mutuelles professionnelles et communautaires, le système d'assurance maladie et le développement de la gratuité et du bénévolat à travers des associations d'aide.

Ces mesures peuvent revêtir un caractère plus ou moins urgent et osciller entre l'humanitaire et l'action sociale. Ils peuvent aussi dans le cadre de la solidarité corporatiste et associative, combiner les mesures contributives et non contributives et se rapprocher du volet contributif de la protection sociale.

V.3.1 Mesures de solidarité prises au Congo

Sur les principaux piliers de la solidarité, le Congo a pris quelques mesures notamment dans le domaine de l'accès au revenu, à la santé, à l'éducation, au logement.

V.3.1.1 Accès aux revenus pour les plus pauvres y compris les personnes âgées et celles vivant avec handicap

Les mesures de protection sociale concernent essentiellement les agents de l'Etat et les travailleurs du secteur privé ainsi que leurs familles à travers diverses allocations et pensions, elles représentent 15 %. Des dispositions nouvelles sont prises dont la loi n°10-2012 du 4 juillet 2012 portant régime de l'enfance et de la famille en difficulté (loi n° 10-2014 du 13 juin 2014) pour étendre les mesures de protection sociale au plus grand nombre en commençant par les femmes et les enfants qui constituent les couches les plus vulnérables. Mais ces mesures n'ont pas encore connu un début de mise en œuvre.

Dans le cadre de la réduction de la pauvreté, le Gouvernement et la Banque Mondiale mettent en œuvre un projet pilote de transfert monétaire destiné à 5.000 ménages très pauvres ayant en leur sein un ou des enfants à charge de 0 à 14 ans, ou bien une ou des personnes âgées de 60 ans au moins et à 1.000 personnes âgées. Le Projet Lisungi a obtenu de l'Agence Française de Développement (AFD), un financement additionnel. Actuellement, le projet couvre environ 10 000 ménages et dispose d'un registre de 41 000 ménages.

Par ailleurs, le Projet Lisungi Système de Filets Sociaux et le projet PDSS II, développent un système d'accès gratuit des ménages pauvres aux services de santé. Lisungi met en place un système de guichet unique d'enregistrement de la demande sociale dans les CAS.

Le registre doit permettre d'accéder à trois (3) produits : le Cash Transfert (financement Lisungi) ; les soins médicaux (financement PDSS II) et l'inclusion productive (financement Lisungi avec l'appui de la Banque Postale du Congo). A côté du cash transfert, il y a le projet de Filet de Sécurité Alimentaire (FSA) avec l'appui du PAM.

Cependant, les cash transferts pour les plus pauvres sont encore en cours d'expérimentation dans quelques zones géographiques et ne bénéficient pas d'une véritable institutionnalisation dans le cadre d'une politique générale du gouvernement. En outre, elles ne s'appliquent pas à toutes les catégories vulnérables notamment les personnes vivant avec handicap. Or, selon l'étude économique et l'impact des transferts monétaire réalisée en 2013 par la Banque Mondiale dans le cadre du Projet Lisungi, le transfert mensuel fixe de 20 \$ EU (10 000 FCFA) affecté aux ménages permet de réduire le taux de pauvreté entre 2,8 % et 3,7 %, et entre 7,6 % et 10,6 % s'il est affecté à tous les ménages pauvres alimentaires du pays. Si l'on ajoute un transfert variable entre 4 \$ et 10 \$ EU (2 000 FCFA et 5 000 FCFA), ces transferts monétaires coûteraient pour tous les pauvres alimentaires du pays entre 61,8 et 132,2 millions de dollars EU (entre 30,9 et 66,1 milliards de FCFA) par année.

V.3.1.2 Accès aux logements pour les plus pauvres

L'aperçu historique sur la question de l'habitat au Congo révèle qu'aucune réelle politique inclusive de l'habitat définissant clairement les logements sociaux n'a été mise en place.

En effet, depuis 1960, la politique sociale n'a pas inscrit l'accès au logement social comme une priorité. Toutefois, une réforme de l'habitat a été amorcée à partir de 2012. La Société de Promotion Immobilière (SOPRIM) a remplacé la SOPROGI. Cette société a fait, il y a quelques années, la promotion des logements dits « logements sociaux ».

Le prix du logement en vente par la SOPRIM est actuellement estimé à 32 millions et dépend aussi du type de logement. Afin de faciliter l'accès à un plus grand nombre de citoyens à un logement décent, sous forme locative à travers les loyers personnalisés adaptés aux revenus des populations économiquement vulnérables le Congo a créé en 2013 la Société Nationale des Habitations à Loyer Modéré (SHLM) par la loi n°19-2013 (26 septembre 2013) conformément aux objectifs du PND.

En effet, le Plan National de Développement (PND) a prévu la construction de 20.000 logements sociaux en 2016. Malheureusement, cette mesure ne profite qu'à une certaine catégorie, car l'accès à ces logements reste limité, notamment pour des raisons de prix, surtout lorsqu'on voit le salaire minimum interprofessionnel de croissance (Smic) des congolais qui aujourd'hui est à 90.000 FCFA et que le prix d'un appartement au camp Clairon par exemple varie entre 60 000 000 et 80 000 000 FCFA. Ce constat laisse penser qu'en République du Congo, la notion de « logements sociaux » est encore mal conçue par les pouvoirs publics et mérite une requalification. La pauvreté dans le domaine de l'habitat touche 58 % de la population congolaise, soit la majorité des Congolais en raison de son coût élevé. Les besoins en logements sont loin d'être satisfaits. Ils sont estimés à 13.550 unités pour les deux principaux centres urbains du pays par an, pour une offre annuelle effective de 2000 logements à Brazzaville et à Pointe Noire (KIMBA, 2011).

V.3.1.3 Accès à l'alimentation de qualité pour les plus démunis

La faim et la malnutrition demeurent un problème qui touche surtout les ménages pauvres. Selon le Rapport SABER 2015 de la Banque Mondiale, environ 31 % des enfants de moins de cinq ans avaient un retard de croissance, alors que 11 % du même groupe démographique ont été classés comme décharnés en 2013.

L'alimentation scolaires et les cantines sont inscrites dans le cadre de la stratégie de lutte contre la pauvreté, horizon 2025 et le programme national de développement de l'éducation 2012-2016. Environ 686 écoles sur un total d'environ 1843 écoles du préscolaire et du primaires sont prises en charge par le programme sur les cantines scolaires. En 2013, le Gouvernement congolais a consacré 16. 000.000 \$US pour les cantines scolaires avec l'appui du PAM et de l'IPHD. Malheureusement ce programme ne dispose pas d'une structure nationale de coordination.

Dans le cadre de la réduction de la faim, le Ministère des Affaires Sociales et de l'Action Humanitaire avec l'appui du Programme Alimentaire Mondial (PAM), met en œuvre le projet Filets de Sécurité Alimentaire (FSA). Ce projet vise :

- l'amélioration de l'accès des enfants de 6 à 12 ans dans le système scolaire et du taux de fréquentation des centres de santé par les femmes enceintes ou allaitantes ainsi que les enfants âgés de moins de deux ans ;
- l'amélioration de l'adhérence au traitement pour les personnes vivant avec le VIH ou la tuberculose.

C'est un projet qui assure la distribution des vivres aux ménages vulnérables en utilisant des coupons électroniques d'une valeur mensuelle de 30.000 FCFA. Au lancement, le projet s'exécutait dans les quartiers périurbains de Brazzaville et de Pointe-Noire. Depuis juillet 2014, le projet couvre d'autres zones des départements de la Lékoumou, et de la Cuvette. Les groupes ciblés couvrent actuellement environ 12 000 ménages. Sont jugés éligibles à ce programme, (i) les ménages avec enfants non scolarisés (au moins 2 enfants âgés de 6 à 12 ans), (ii) les ménages dirigés par des femmes enceintes (ou femmes allaitantes), (iii) les ménages affectés par le VIH/SIDA /la Tuberculose. Cependant ce projet couvre seulement quelques localités et offre une gamme de prestations limitées aux seuls

V.3.1.4 Accès aux services de santé et d'éducation

Les mesures de gratuité, tendant à favoriser l'équité dans l'accès des populations aux services publics ne sont pas suffisantes et permanentes. Dans le domaine de la Santé, les pouvoirs publics ont pris des mesures pour promouvoir l'équité dans l'accès aux services de santé, car beaucoup de personnes n'ont pas assez d'argent pour payer les soins. Il s'agit notamment des mesures de gratuité des soins à l'endroit des enfants de 0 à 15 ans (paludisme et autres soins pédiatriques), des femmes enceintes ou en situation d'accouchement, des personnes souffrant du VIH/SIDA et de la tuberculose. Les pouvoirs publics travaillent actuellement sur la mise en place du régime d'assurance maladie universelle (Loi n°37-2014 du 27 juin 2014).

Ce régime constitue une innovation essentielle et vise à révolutionner les mentalités, les attitudes et les comportements des populations dans leur relation à l'offre de santé. Dans le domaine de l'éducation, la gratuité a pour objectif de promouvoir l'égalité entre tous les enfants congolais ou vivant au Congo de 6 à 16 ans afin d'éviter la marginalisation ou l'exclusion de certains d'entre eux dès l'enfance. Ces mesures concernent aussi ceux des classes d'examen d'Etat (CEPE, BEPC, BET, BAC).

V.3.1.5 Accès aux services offerts par d'autres acteurs de la solidarité

A l'exception des initiatives développées par l'Etat, les organisations de la société civile et les mutuelles proposent quelques prestations en faveur des populations vulnérables, basées sur le principe du bénévolat et de la gratuité. L'étude sur la solidarité réalisée par le Ministère en charge des questions de solidarité, a permis de mesurer le niveau d'ancrage de chaque forme de solidarité.

La solidarité corporatiste se manifeste à travers les mutuelles et les associations. 48,4% des mutuelles et 76,6 % des associations sont basées sur l'entraide, la solidarité et l'assistance en lien avec les questions humanitaires liées à l'urgence. Elles interviennent souvent dans les cas de décès (10,3 %), maladies (6,5 %), mariages (1,5 %) et aide financières d'urgence (9,8 %). Les prestations offertes entre membres au sein des associations portent sur l'assistance mutuelle et sont liées aux questions de santé /décès (26,3 %).

En conclusion, les mesures de solidarité nationale sont destinées à l'ensemble de la population ou à certaines personnes en difficulté (même les victimes des catastrophes). Mais, dans la pratique, nombreuses sont les personnes qui constatent la non effectivité de ces actions dans leur vie quotidienne. A titre d'exemple, 70,6 % des personnes interrogées dans le cadre l'enquête sur l'état des lieux de la solidarité affirment n'avoir pas encore reçu d'aide de l'Etat (de façon directe).

V.3.2 Cadre institutionnel et juridique de la solidarité

La solidarité nationale en République du Congo trouve son fondement dans la Constitution du 20 janvier 2002 qui dispose de « bâtir un Etat de droit, une Nation fraternelle et solidaire ». L'article 7 de ladite Constitution déclare : « la personne humaine est sacrée et a droit à la vie. L'Etat a l'obligation absolue de la respecter et de la protéger ». La Constitution du 25 octobre 2015 le réaffirme en ces termes dans son préambule : « soucieux de bâtir une République fondée sur le principe d'égalité, de fraternité, de partage et de solidarité d'une part, et d'assurer l'épanouissement de chacun et de tous dans le cadre d'une République respectueuse des droits intangibles de la personne humaine d'autre part.»

A ces dispositions constitutionnelles, il faut ajouter la loi n° 18-99 du 15 août 1999, portant institution de la Journée Nationale de la Solidarité (JNS) dont le but est de ramener la cohésion sociale au sein de la population congolaise divisée par une décennie de conflits sociopolitiques.

Cette loi interpelle ainsi « les filles et fils du Congo à œuvrer ensemble pour soulager les souffrances des compatriotes victimes de toutes sortes de calamités et à promouvoir l'esprit d'ouverture, de tolérance et de fraternité ». En outre, il existe une panoplie de lois nationales spécifiques relatives à la prévention, protection, prise en charge et promotion des personnes en difficultés.

Il s'agit par exemple des personnes vivant avec handicap, des enfants, des populations autochtones, des familles, des travailleurs. Au niveau international, la Charte des Nations Unies est un texte qui favorise l'implication des pays dans une sorte de solidarité internationale basée sur l'assistance mutuelle (cas de l'assistance humanitaire). L'Organisation Internationale du Travail en faisant la promotion de la responsabilité sociale des entreprises, propose un cadre d'intervention des entreprises surtout multinationales dans les questions sociales et environnementales. Cependant, la loi d'orientation générale sur la cohésion sociale et la solidarité nationale est inexistante.

Le cadre institutionnel d'intervention des acteurs n'est pas clairement défini. Le cadre institutionnel de la solidarité nationale couvre un grand nombre de secteurs de la vie de l'Etat. De manière évidente, on peut désigner les départements ministériels tels que les Affaires Sociales (aides sociales), la Santé (gratuité des soins), la Promotion de la Femme (appui aux activités génératrices de revenus), l'Enseignements (gratuité de la scolarité), la Sécurité Sociale (pensions des retraités), l'Agriculture (fonds de l'agriculture) Ces départements jouent, d'une certaine manière, le rôle de « distributeurs » de la richesse nationale à tous les citoyens congolais. Actuellement, le cadre institutionnel qui régit la solidarité au Congo découle des décrets n°2010-604, et n°2010-608 du 21 septembre 2010.

Ces textes font du Ministère des Affaires Sociales, de l'Action Humanitaire et de la Solidarité le référent institutionnel de la Solidarité au Congo. Au niveau du MASAHS, c'est la Direction Générale de la Solidarité (DGS) qui initie et met en œuvre avec d'autres partenaires, la politique de solidarité.

Elle est donc responsable des programmes de solidarité, de lutte contre les exclusions et les marginalisations, la consolidation de la cohésion sociale à travers les filets de protection, le fonds de solidarité, les institutions d'entraide et les mutuelles, la prise en charge des personnes et groupes vulnérables et du développement communautaire. En dépit de l'existence des politiques sectorielles concourant à la consolidation de la cohésion nationale comme la politique genre, la politique nationale de l'action sociale, celle de l'emploi de la jeunesse, le ministère en charge de la solidarité ne dispose pas encore d'une politique sectorielle en la matière.

Par ailleurs, généralement les entités intervenant dans le domaine de la solidarité manquent d'un cadre d'intervention intégré. Dans le cadre de l'extension de la protection sociale, dans ses aspects de base, à l'ensemble de la population, le gouvernement a reformé le sous-secteur de la sécurité sociale avec la création du régime de la famille et de l'enfance en difficulté (Loi n°10-2012 du 4 juillet 2012) et du régime d'assurance maladie universelle (Loi n°37-2014 du 27 juin 2014). A cet effet, deux (2) caisses ont été créées :

- la caisse de la famille et de l'enfance en difficulté (CFED) qui a pour missions de gérer le régime de la famille et de l'enfance en difficulté et d'assurer les prestations sociales relatives aux branches de la maternité, des prestations familiales, de l'insertion sociale et à toute autre branche créée par la loi et en rapport avec le régime de la famille et de l'enfance en difficulté ;
- la caisse d'assurance maladie universelle (CAMU) qui a pour missions de gérer le régime d'assurance maladie universelle, d'assurer aux affiliés une prise en charge des soins de santé et d'accomplir toutes autres missions dévolues par la loi en rapport avec le régime d'assurance maladie universelle.

Cependant, le dispositif repose sur un régime plus ou moins contributif. Les questions du renforcement des capacités des parties prenantes (ONG, mutuelles, formations sanitaires, assurances) et de la participation des communautés au régime n'ont pas encore été réglées.

V.3.3 Capacités opérationnelles des acteurs de solidarité

Les personnes morales de droit privé constituées sous forme de coopératives, de mutuelles, de fondations, ou d'associations régies par la loi du 1er juillet 1901, mènent sur le terrain des interventions dans le cadre de la solidarité. Cependant elles bénéficient très peu d'encadrement adéquat des pouvoirs publics alors qu'elles peuvent être mises à contribution pour apporter des réponses aux nombreuses préoccupations des populations. Faute d'un cadre institutionnel adéquat, les acteurs étatiques ont des capacités d'intervention assez réduites pour faire face aux défis nationaux.

V.3.4 Institutions étatiques

Actuellement au Congo, la solidarité nationale repose sur des institutions et organisations suivantes :

- la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS), accorde certaines prestations à ses affiliés du secteur privé et certains fonctionnaires contractuels à la retraite et leurs familles ;

- la Caisse de Retraite des Fonctionnaires (CRF), qui prend en charge les retraités de la fonction publique et les militaires ;
- l'Office Nationale de l'Emploi et de la Main d'œuvre (ONEMO) ;
- la Direction Générale des Affaires Sociales (DGAS), la Direction Générale de l'Action Humanitaire (DGAH), et la Direction Générale de la Solidarité (DGS), trois (3) entités qui forment le Ministère des Affaires Sociales, de l'Action Humanitaire et de la Solidarité (MASAHS), assistent les populations vulnérables pour les conduire à l'autonomisation. Ces trois (3) directions générales comme la CNSS, la CREF et l'ONEMO appliquent la politique du gouvernement en matière de protection sociale contributive et non contributive ;
- Les Syndicats défendent les intérêts des membres de leur groupement. (Patronat ou travailleurs) (Pembe, 2002).

V.3.5 Acteurs privés et paraétatiques

Les interventions des acteurs privés et paraétatiques sont disparates et moins bien coordonnées. L'histoire des institutions de solidarité ou d'assistance remonte à la pénétration coloniale avec les institutions religieuses comme la Caritas et l'Armée du Salut puis plus tard avec l'Association Congolaise Raoul Follereau (Dandada, 2005).

C'est dans les années 1970 et 1980 que ce secteur connaîtra une évolution avec les institutions séculaires comme le Rotary et le Lions Club. Si la Fondation Congo Assistance (FCA) a été la première organisation nationale d'assistance aux populations au début de la décennie 1980, ce secteur a connu une très grande prolifération dans les années 1990 et 2000. En dehors de toute estimation quantitative, on peut dire sans risque de se tromper qu'il existe plus d'une centaine d'organisations œuvrant dans le domaine de la solidarité.

Cependant, si toutes ces organisations ont pour but d'assister les personnes vulnérables, elles n'ont pas toutes la même capacité d'action ou la même renommée. Parmi celles qui disposent de plus de moyens, outre la FCA, on trouve les Fondations des grandes entreprises (privées ou paraétatiques) du pays qui agissent dans le cadre de la responsabilité sociale des entreprises.

Toutes ces institutions ne sont pas spécialisées dans des domaines spécifiques et agissent tantôt sur les individus tantôt sur les communautés. Ces institutions s'intéressent plus particulièrement aux opérations susceptibles de modifier dans un sens favorable, les conditions socioculturelles des populations cibles concernées. Les formes d'intervention ou d'assistance de ces institutions sont multiples et variées. On peut cependant les classer en cinq (5) catégories principales : (i) le soutien aux projets, (ii) les opérations circonstancielles, (iii) le parrainage des projets ou activités, (iv) les actions de sensibilisation sur les maladies et autres fléaux sociaux et (v) l'aide directe aux individus ou aux communautés.

V.3.6 Les Organisations Non Gouvernementales, associations et mutuelles

Les villages, les quartiers et les villes fourmillent d'organisations de petite taille qui couvrent toutes les sphères de la vie collective : associations d'entraide dans les activités de production, ristournes financières, associations d'épargne et associations récréatives ou ludiques (jeux de cartes ou tous types de jeux anciens, de sport, de folklore...). Certaines se spécialisent dans la prière.

Cependant, l'étude sur l'état de lieu de la solidarité relève que les associations d'épargne ou mutuelles qui pourtant agissent directement sur les capacités économiques et sociales des ménages sont minées par «l'individualisme et une faible propension à partager avec les autres ou à œuvrer ensemble.

En outre, ces organisations sont confrontées à plusieurs problèmes de fonctionnement, de financement et de coordination. Faute d'un appui substantiel des pouvoirs publics, ces organisations n'ont pas les capacités de réduire significativement, par le biais des mécanismes de solidarité, les inégalités sociales et de contribuer efficacement à la cohésion sociale à travers ces prestations

En conclusion, faute d'un meilleur encadrement et d'un appui substantiel des pouvoirs publics, ces organisations n'arrivent pas à réduire les inégalités sociales par le biais des mécanismes de solidarité corporatiste.

V.3.6.1 Fédération Congolaise de Lutte contre la Drépanocytose (FCLD)

Cette fédération, créée le 19 Février 2019, regroupe, en son sein, huit (08) associations, à savoir :

- S.O.S. Globi-Congo : Association Congolaise pour l'Information et la prise en charge de la Drépanocytose
- Association d'Entraide, d'Actions Educatives et Socio-Sanitaires (ASENAC ESSA)
- Organisation de Lutte Contre les Maladies Chroniques au Congo : OLUCOMAC Congo (Programme OLUCOMAC pour la Lutte contre la Drépanocytose)
- La Fondation Raphaël
- Association Congolaise de Lutte contre la Drépanocytose
- Association LOUZINGOU
- Association KALA Drépanocytose
- Association de lutte contre la Drépanocytose (Dr KIMPOLO MBOUNGOU)

Cette fédération a pour missions :

- Organiser les plaidoyers pour la lutte contre la drépanocytose ;
- Organiser des rencontres avec les médecins-chercheurs, spécialistes et autres experts du Centre National de Référence de la Drépanocytose (CNRDr) ;

- Former et sensibiliser les animateurs de lutte contre la drépanocytose ;
- Contribuer à l'organisation de la journée internationale de la drépanocytose.



Figure 19 : Photo de Mme Antoinette SASSOU NGUESSO, marraine de la FCLD

Source : Auteur, 2019.



FEDERATION CONGOLAISE DE LUTTE CONTRE LA DREPANOCYTOSE

FCLD
FEDERATION CONGOLAISE DE LUTTE CONTRE LA DREPANOCYTOSE
Huit (8) Associations pour une plate-forme
Unir nos efforts pour une meilleure efficacité dans l'action

	SOS Globi-Congo : Association Congolaise pour l'information de la prise en charge de la Drépanocytose Tél. : 06 660 49 70 / 05 579 54 21 E-mail : andreloussibou@gmail
	ASENAC ESSA : Association d'Entraide ; d'Actions Educatives et Socio-Sanitaire (Programme ASENAC ESSA pour la lutte contre la Drépanocytose) Tél. : 06 672 19 65 / 05 547 15 36 E-mail : asenacessa@gmail.com
	OLUCOMAC-CONGO : Organisation de Lutte Contre les Maladies Chroniques au Congo (Programme OLUCOMAC pour la lutte contre la Drépanocytose) Tél. : 06 700 66 16 / 05 060 67 66 E-mail : olucomac.congo@gmail.com
	Fondation Raphaël (Programme Fondation Raphaël pour la lutte contre la Drépanocytose) Tél. : 06 885 38 54 / 05 760 81 81 E-mail : bokapaprincipilia@gmail.com
	A.C.L.C.D. : Association Congolaise de lutte contre la Drépanocytose Tél. : 06 614 65 14 / 05 545 70 05 E-mail : aclcd.drepanocytose@gmail.com
	Vaincre la Drépanocytose (Programme Vaincre Drépanocytose pour la lutte contre la Drépanocytose) Tél. : 06 681 35 37 E-mail : nbk2512m52@yahoo.fr Pointe-Noire
	LOUZINGOU (Programme LOUZINGOU pour la lutte contre la Drépanocytose) Tél. : E-mail : Pointe-Noire
	Kala Drépanocytose (Programme Kala Drépanocytose pour la lutte contre la Drépanocytose) Tél. : 06 961 17 85 / 05 533 53 37 E-mail : gabrieltouta@gmail.com Dolisie

F.C.L.D
Solidarité * Assistance * Espoir
Récépissé n°048/19/MID/DBZ/SG/DDAT/SR
La Lutte contre la Drépanocytose
L'espoir est permis
Siège : Centre National de Référence de la Drépanocytose dans l'enceinte du CHU.BZV
E-mail : federationdrepa.cg@gmail.com
Tél. : 06 660 49 70 / 05 547 15 36
06 912 68 60 / 05 545 70 05

Figure 20 : Logo et composition des associations membres de la FCLD

Source : Auteur, 2019.



**ASSOCIATION CONGOLAISE
DES HEMOPHILES**

Partenaire du *Ministère de la Santé et de la Population*

+242 06 973 29 46
+242 06 660 92 48
+242 05 555 55 33

infos.ach.haima@gmail.com
ngoukouloujeanpaul@gmail.com



**ASSOCIATION CONGOLAISE
DES HEMOPHILES**

RECEPTION

Jours	Matin	Après-midi
Mardi	8h30-13h00	15h-17h
Jeudi	8h30-13h00	15h-17h

Lundi, Mercredi, Vendredi et Samedi sur rendez-vous,
sauf les Dimanches et jours fériés (Bureau fermé)

Figure 21 : Photo des contacts et des jours de réception de l'association congolaise des Hémophiles

Source : Auteur, 2019.

V.3.7 Défis et opportunités sur l'institutionnalisation de la solidarité nationale

V.3.8 Principaux défis

Au Congo, les prestations de solidarité sont encore à un stade embryonnaire de développement. Tels que déployés, les dispositifs de solidarité ne pourront pas permettre de réduire significativement les inégalités sociales et donc de contribuer efficacement à la cohésion sociale. Dans le contexte actuel marqué par la crise économique et financière, deux défis doivent être relevés, afin de résister à l'érosion de la société : Il s'agit notamment de : (i) l'investissement dans le capital humain, (ii) de la promotion des valeurs culturelles sur la cohésion sociale et (iii) la lutte contre l'individualisme et l'ethnocentrisme.

V.3.9 L'investissement dans le capital humain

Dans la majorité des pays africains au sud du Sahara, les statistiques montrent que la faiblesse du capital humain de la population est une cause de préoccupation et d'échec des politiques sociales.

Bien que les gouvernements et la société consacrent des efforts considérables pour améliorer la santé, l'éducation et la formation afin d'offrir des opportunités pour les jeunes et créer des emplois en réponse à leurs besoins, les aspects essentiels de base du capital humain ne font pas toujours l'objet d'une attention toute particulière.

En effet, on entend par capital humain non seulement l'éducation et la formation, donc le savoir et le savoir-faire, mais aussi un ensemble des valeurs républicaines démocratiques, des valeurs éthiques que chaque agent public doit porter pour être un homme intègre, et respectueux des biens publics.

Plusieurs initiatives viables allant dans le sens du développement du capital humain ont été développées mais peu soutenues financièrement. A titre d'exemple, les dépenses de l'Etat enregistrées au niveau de la Ministère des Affaires Sociales, de l'Action Humanitaire et de la Solidarité couvrent moins de 0,1 % du PIB.

Tableau 9: Analyse financière des budgets des ministères du secteur social

Exercice budgétaire	Santé et population	Enseignement supérieur	Enseignement primaire, secondaire et alphabétisation	Enseignement Technique et professionnel	Affaires sociales, action humanitaire et solidarité	Budget Général de l'Etat	
	Fonctionnement	104 174	50 208	104 839	25 572	10 660	1 153 085
		307 255	221 973	940 380	028 882	237 373	625 059
2014	Investissement	85 160	36 300	88 006	88 600	20 520	1 997 911
		000 000	000 000	000 000	000 000	000 000	000 000
	Total	189 334	86 508	192 845	114 172	31 180	3 150 996
	ministère	307 255	221 973	940 380	028 882	237 373	625 059
	Fonctionnement	93 443	46 172	108 276	23 192	7 932	1 007 355
		805 317	273 742	405 441	083 070	826 795	500 000
2015	Investissement	283 626	80 700	17 460	5 405 000	8 735	2 062 394
		000 000	000 000	000 000	000	000 000	500 000
	Total	377 069	126 872	125 736	28 597	16 667	3 069 750
	ministère	805 317	273 742	405 441	083 070	826 795	000 000
	Fonctionnement	96 929	49 688	117 317	30 381	7 709	1 089 341
		243 788	720 176	841 426	551 230	514 099	000 000
2016	Investissement	101 249	25 917	28 216	24 147	13 393	1 306 656
		000 000	000 000	000 000	000 000	000 000	000 000
	Total	198 178	75 605	145 533	54 528	21 102	2 395 997
	ministère	243 788	720 176	841 426	551 230	514 099	000 000

Source : Direction Générale de la Santé, 2016.

Le faible investissement dans le développement n'a permis de développer en faveur des personnes vulnérables des programmes d'inclusion devant leur permettre d'être autonomes et de devenir les vrais acteurs du développement social et économique du pays. Les populations non assistées vivent dans la pauvreté et sont confrontées à de nombreuses privations et injustices sociales et à la violation de leurs droits à la survie mettant en péril les valeurs de solidarité qui d'antan faisait l'identité des congolais. La société ne donne pas à chacun la place qu'il mérite ou que les inégalités se creusent et nourrissent une vision négative du « vivre ensemble ».

V.3.10 La promotion des valeurs culturelles sur la cohésion sociale et l'entraide

La solidarité familiale qui jadis constituait l'une des valeurs de la société africaine s'est effritée. Elle ne se limite plus qu'aux membres de la famille les plus proches et ne permet plus de faire face qu'aux urgences. L'individualisme a gagné les villages et les quartiers. En effet, la famille constitue la première cellule de protection de l'individu et de la collectivité. Mais, elle est également le « principal espace de socialisation et d'éducation des enfants »¹⁸. La tendance à l'individualisme, qui s'accroît de plus en plus, tue, divise, retarde le développement économique et social et fragilise les liens entre les membres de la société. Elle conduit également à l'effritement de la solidarité familiale. Cette attitude est due, pour certains à l'insuffisance de moyens financiers car la précarité dans laquelle vivent leurs familles ne leur permettent plus de répondre à toutes les « obligations familiales ». La famille et la communauté résistent très peu à l'érosion de la société marchande qui, à force de monétiser tous les actes essentiels de la vie, finit par la déstabiliser et la détruire.

Toutes les enquêtes sociales passées et récentes font mention de la fragilité et de la perte de vitalité des valeurs culturelles et de la solidarité familiale. La déperdition des valeurs telles que l'amour du prochain, la compassion et le partage favorisent l'augmentation de la violence et de la criminalité et mène à la marginalisation ou à l'exclusion sociale.

Pour toute société juste et équitable, l'école, la famille et l'église ont la responsabilité de protéger et de transmettre les valeurs telles que la solidarité entre les membres de la famille, le patriotisme, l'intégrité, l'honnêteté, le respect et la dignité, la tolérance et l'hospitalité, la culture de la paix, l'amour du travail, l'habitude du respect, la bonne tenue, la courtoisie, l'attachement inviolable aux traditions ancestrales et le dévouement au groupe. *C'est pourquoi, la famille doit être réhabilitée dans son rôle de garant de l'éthique et du savoir-être en la mettant à l'abri de l'indignité.*

V.3.11 La lutte contre l'ethnocentrisme

¹⁸ « Cadre de politique sociale Africaine »; Union Africaine/janvier 2009, Addis-Abeba

La République du Congo a connu ces vingt (20) dernières années une série de guerre civile repartie en trois (3) périodes : 1992-1994 ; 1997 et enfin 1998-2002. Dans le fond, ces conflits ne sont autres que la matérialisation de l'intégrisme politique. Il sied de noter que cette lutte pour le pouvoir s'est appuyée sur des manipulations ethniques et régionalistes contribuant ainsi à la création des « ennemis intérieurs » (Yengo, 2006) tout en transformant les tensions politiques en conflit armé urbain. Ces conflits ont eu un impact profond dans la société.

En effet, un véritable déchirement du tissu social congolais a pris son essor à la fin de ces conflits car jusqu'aujourd'hui une bonne partie des populations habitants les quartiers sud de Brazzaville jurent de ne jamais pouvoir remettre les pieds dans les quartiers nord de Brazzaville et vice versa.

Ce constat est même visible dans l'administration publique où un fonctionnaire originaire du nord du Congo par exemple, une fois muté ou affecté pour servir dans les départements situés au sud du pays, remue ciel et terre pour changer de lieu de mutation ou d'affectation.

A cause de la pauvreté, du repli identitaire et des pertes des valeurs culturelles, l'ethnocentrisme prend place dans notre société de manière brutale et accentue les conflits armés et l'intégrisme politique. Les conflits armés successifs que le pays a connus et certains discours politiques prônant l'intégrisme ont affecté négativement certaines valeurs de solidarité.

V.3.12 Opportunités

On note quelques forces et opportunités permettant le développement et la mise en œuvre d'une stratégie nationale de solidarité.

Parmi les plus importantes, on peut citer un contexte international favorable marqué par l'adoption des Objectifs de Développement Durable et de l'Agenda 2063 de l'Union Africaine, une situation économique et financière difficile marquée par la baisse des revenus du pétrole, une réforme du secteur de la protection sociale et le développement des piliers essentiels d'un système national de protection sociale.

V.3.13 Cadre stratégique international

Les Nations Unies ont adopté le 25 septembre 2015 à New-York lors de l'Assemblée Générale ,17 objectifs mondiaux de développement durable pour mettre fin à la pauvreté, lutter contre les inégalités et les injustices, faire face au changement climatique et construire un monde en commun d'ici à 2030. Les ODD *mettent l'homme au centre et insiste sur la nécessité d'investir sur le développement du capital humain.*

L'Agenda 2063 de l'Union Africaine identifie *le capital humain* comme un facteur clé de la prospérité de l'Afrique. Le développement durable du capital humain consiste donc à faire en sorte que la construction de l'homme soit mise au centre de nos comportements, nos actions, nos politiques, nos programmes, nos lois, nos règlements et nos interventions comme citoyen, groupe d'intérêt.

La Banque Mondiale a élaboré une stratégie de protection sociale en Afrique 2012–2022. Cette stratégie fournit une feuille de route sur la façon dont elle collaborera avec les gouvernements clients au renforcement des systèmes de protection sociale en Afrique. Elle vise l'efficacité des systèmes de protection sociale en Afrique et, par conséquent, contribuera à la réduction de la pauvreté et de la vulnérabilité.

V.3.14 Cadre stratégique national

Le nouveau Plan National de Développement devrait permettre d'opérationnaliser les ODD. L'élaboration de ce document est une opportunité majeure de réinventer un modèle de développement qui doit garantir le socle minimum de protection sociale.

Pour ce faire, la crise économique actuelle est une opportunité pour le gouvernement de rationaliser les dépenses, de mieux cibler les priorités et de placer le développement du capital humain et social parmi ses priorités. Une stratégie de filets sociaux pouvant permettre la coordination de l'ensemble des programmes en faveur des couches les plus vulnérables, cible mieux les priorités des pauvres et prévient la dispersion des financements. Elle constitue l'une des solutions éprouvées pour résister à la crise économique et financière¹⁹.

V.3.15 Programmes et politiques sectorielles

Les réformes dans le secteur de la protection sociale ont connu une avancée significative ces dernières années. Le volet contributif est encadré par la loi n° 31-2011 du 15 juillet 2012 qui institue le système de sécurité sociale au Congo. Elle prévoit l'institution des régimes obligatoires et non obligatoires.

En cette matière, l'objectif primordial est d'instituer un socle de protection sociale prenant en compte l'ensemble de la population. Pour cela, la refondation du système de sécurité sociale repose sur la diversification et l'élargissement des prestations des services à la population.

D'autre part, le volet non contributif s'est doté d'une politique et d'un plan national d'action sociale. L'exécution de ce plan a permis d'expérimenter des stratégies d'investissement dans le capital humain avec la mise en œuvre du projet Lisungi Système de Filets Sociaux et du Programme de Filets Sociaux Alimentaires appuyé par le PAM.

Dans le cadre du Projet Lisungi, le gouvernement développe depuis 2014 des éléments de base d'un système national de filets de sécurité. L'approche est basée sur un système de ciblage des populations vulnérables avec un registre social unifié. La mise en place de ce système a constitué une étape décisive dans le lancement de la phase pilote des transferts monétaires.

¹⁹L'Indonésie a fait face à la crise asiatique des années 90 grâce aux programmes sociaux regroupés autour du Registre Social.

L'expérience internationale indique que les programmes de filets de sécurité sociale contribuent à la réduction de la pauvreté à court terme, directement à travers des transferts de revenu et la consommation des biens et services à moyen et long termes, à la protection et à l'élargissement des actifs de production des ménages et la formation du capital humain.

Les filets de sécurité sociale peuvent servir d'instruments d'aide pour les pauvres et les plus vulnérables leur permettant de faire face aux chocs économiques, particulièrement dans les zones caractérisées par une prévalence élevée de chocs.

CHAPITRE VI : PRESENTATION DE LA STRATEGIE NATIONALE DE RENFORCEMENT ET DE PROMOTION DE LA SOLIDARITE

Toutes les mesures qui ont été prises par le Gouvernement dans le cadre de la solidarité nationale visent à renforcer la cohésion sociale et à garantir l'accroissement du bien-être dans le pays.

Cette volonté passe non seulement par la nécessité de garantir à toutes les couches sociales et en particulier les groupes vulnérables, un accès équitable aux services sociaux de base et à un niveau de vie satisfaisant mais aussi par l'obligation de mettre en place une stratégie nationale de Renforcement et de Promotion de la Solidarité (SNRPS) capable de lutter contre toutes les formes de replis identitaires et des exclusions remettant en cause les valeurs de solidarité.

VI.1 La solidarité familiale dans le contexte de la drépanocytose chez les brazzavillois

Comme nous pouvons le constater après avoir mené les investigations dans notre champ d'étude, la drépanocytose présente bel et bien un impact considérable sur la nature, autrement dit sur la qualité de la solidarité familiale chez les Brazzavillois.

En effet, cette pathologie sanguine familiale est perçue et vécue, non seulement comme un mauvais sort pour les membres de la famille qui en sont victimes, mais aussi comme une honte, un déshonneur, une malédiction de la famille.

Au regard des entretiens que nous avons réalisés sur le terrain, les enquêtés masculins et féminins nous ont affirmé ce qui suit : « qu'il est très difficile pour une personne vivant avec la drépanocytose de trouver un conjoint non drépanocytaire pour contracter le mariage ». Ceci s'explique pour trois (03) raisons fondamentales, à savoir :

- Le prétendant conjoint drépanocytaire est considéré dans la communauté Brazzavilloise comme une personne possédant un mauvais sort, et de ce fait elle est capable de contaminer celui-ci, à qui que ce soit par le lien de mariage ;

- La famille dont est issu le prétendant conjoint drépanocytaire est réputée comme une famille maudite ou envoûtée, dont personne ne peut oser intégrer par le lien social du mariage ;
- Les enfants qui seront issus du mariage avec une personne vivant avec la drépanocytose, sont considérés selon l’imaginaire collectif Brazzavillois comme les « kufua lobi », qui signifie en français : « les personnes qui sont condamnées à mourir dans un futur proche ».

C’est surtout cette appellation « kufua lobi » qui alimente de manière permanente dans la communauté Brazzavilloise, la stigmatisation et l’exclusion sociale dont sont victimes les personnes vivant avec la drépanocytose et par conséquent la solidarité familiale qui représente une valeur cardinale du vivre ensemble, perd progressivement sa valeur ou sa nature réelle (effritement progressif), à cause de l’imaginaire de la drépanocytose.

VI.1.1 La solidarité familiale dans le contexte de la prise en charge du patient drépanocytaire à Brazzaville

Généralement à Brazzaville, au début de toute maladie, quelle que soit sa nature, la solidarité familiale est présente et dynamique à l’égard du patient en quête de guérison, mais chose curieuse, cette solidarité familiale diminue progressivement, lorsque cette maladie devient une maladie chronique à longue durée, comme il en est le cas ici pour la drépanocytose de forme homozygote (SS).

Cela peut s’expliquer par les raisons suivantes :

- Au départ des soins médicaux, nous avons tendance à sous-estimer son coût réel, d’autant plus que l’évaluation des charges réelles des soins médicaux, sont fonction non seulement de la nature de la maladie, mais aussi de la durée du traitement, car plus le traitement est long, plus le coût du traitement est considérable et plus la solidarité familiale s’effrite jusqu’à devenir inexistante.

- La drépanocytose est une pathologie sanguine chronique dont la prise en charge globale du patient exige d'énormes sommes d'argent. Or dans un contexte de précarité monétaire grandissante de la population Brazzavilloise, il est très difficile pour un chef de ménage de faire face à toutes les charges inhérentes à la drépanocytose, d'où l'effritement de la solidarité familiale.

- D'autres chefs de ménage estiment par contre, que « investir dans la prise en charge globale d'un patient drépanocytaire dans la famille est une cause perdue, parce qu'il est condamné à mourir dans un avenir proche d'où la fameuse appellation kufua lobi »

VI.1.2 La solidarité familiale à l'épreuve des rapports biologiques de consanguinité chez les Brazzavillois

Au Congo-Brazzaville, la notion de famille est très large (papa, maman, enfants, neveux, nièces, cousins, cousines, oncles, frères, sœurs, demi-frères, demi-sœurs ...), si bien que dans le contexte de la solidarité familiale, les rapports biologiques de consanguinité joue un rôle considérable sur la qualité de celle-ci. Raison pour laquelle on parle de la nucléarisation de la solidarité familiale, qui veut tout simplement dire ceci : « Plus on est proche du patient drépanocytaire par le lien de sang, plus la solidarité familiale est agissante et dynamique ». Autrement dit, dans le contexte de la drépanocytose chez les Brazzavillois, la solidarité familiale est proportionnelle à la proximité de lien de consanguinité.

En effet, dans l'univers socio-culturel Brazzavillois, la notion de solidarité familiale, renvoie à deux dimensions fondamentales, à savoir :

- La parenté sociale qui renferme une dimension sociale élargie avec une solidarité moins dynamique, donc peu agissante, du fait de l'éloignement du lien de consanguinité du sujet drépanocytaire avec certains membres de la famille ;
- Et la parenté biologique qui renferme une dimension sociale directe avec une solidarité plus dynamique et plus agissante, grâce à la proximité du lien de consanguinité du sujet drépanocytaire avec certains membres de la famille.

VI.1.3 La solidarité familiale à l'épreuve du décès d'un sujet drépanocytaire chez les Brazzavillois

Généralement au Congo-Brazzaville, la mort constitue le moment où les Brazzavillois sont plus solidaires les uns les autres par rapport à la période de maladie où ces derniers sont en état de somnolence ou de léthargie. Ceci peut être expliqué par le fait que la maladie attire de moins en moins la compassion de l'entourage du malade à l'exception des quelques membres de la famille directe ou biologique du patient. Cet état du refroidissement de la dynamique sociale peut s'expliquer, par le coût élevé de la prise en charge globale de la personne malade, et de la nature chronique de la maladie. C'est ce qui repousse et diminue la sociabilité au sein de la communauté familiale.

Chose curieuse, cette solidarité familiale se réactive subitement au moment du décès du sujet drépanocytaire, provoquant ainsi, la compassion de l'entourage de celui-ci. Cela peut s'expliquer par le fait que, le destin de tout être vivant possède trois (03) étapes fondamentales, à savoir :

- La naissance ;
- La vie
- Et la mort

Etant donné que l'imaginaire collectif des Brazzavillois, considère la mort comme un voyage dans le monde de l'au-delà, autrement dit, l'univers social où vit les ancêtres, il est donc logique que celui ou celle, qui va rejoindre les ancêtres, parte dans les meilleures conditions. Pour atteindre cet objectif, il va falloir donc organiser les obsèques dignes de ce nom, pour respecter la mémoire de l'illustre disparu. C'est ce qui justifie cette réactivation de la solidarité familiale au moment du décès du sujet drépanocytaire, tout en sachant que c'est une forme de ristourne où chaque membre de la famille en fait partie.

Au regard de tout ce qui précède, nous sommes en droit d'affirmer que la solidarité familiale est subordonnée à différents facteurs :

- aux liens de consanguinité entre le sujet drépanocytaire et son entourage social (plus on est plus proche du malade, plus la solidarité familiale est importante) ;
- à la nature et la durée de la maladie (plus la maladie est complexe et chronique, plus le traitement est long et difficile) ;
- mais au coût financier de la prise en charge globale de la drépanocytose à travers les soins y relatifs.

VI.2 Quelques histoires de vie des enquêtés

VI.2.1 Histoire de vie de l'enquêté N°1

Réalisée au Centre National de Référence de la Drépanocytose (CNRDr) Antoinette SASSOU NGUESSO, en date du 09 décembre 2019 auprès d'un patient drépanocytaire homozygote (SS), de sexe masculin, âgé de 62 ans, vivant à Brazzaville et membre du bureau de la Fédération Congolaise de Lutte contre la Drépanocytose, cette histoire de vie met en exergue les péripéties traversées par ce dernier, depuis la découverte de sa maladie et jusqu'à maintenant.

J'ai hérité cette maladie de mes parents, je vis avec depuis mon jeune âge et aujourd'hui j'ai maintenant 62 ans. Etant fonctionnaire retraité, j'ai un niveau d'instruction supérieur (Licencié en journalisme), marié et père de plusieurs enfants, je suis chrétien pratiquant. Selon moi, la drépanocytose est une maladie du sang, qui se transmet des parents aux enfants et de générations en générations. Son dépistage se fait à l'hôpital à travers un examen clinique appelé test d'Emmel, ou encore l'électrophorèse de l'hémoglobine. Ma maladie a été détectée pendant l'enfance lorsque je tombais souvent malade, les médecins de l'époque, avaient décidé de me faire un test de dépistage de la drépanocytose, ce qui s'était révélé positif, donc un sujet drépanocytaire homozygote (SS). J'étais souvent hospitalisé pour cause d'anémie pendant les crises drépanocytaires, on me transfusait du sang à tout moment.

Mes parents ont failli divorcer à cause de ma maladie, car la communauté y pensait à l'existence d'un mauvais sort jeté dans notre famille, donc une sorte de malchance, voire une malédiction familiale.

A cause de ces considérations culturelles que la drépanocytose est perçue comme une maladie qui finit le sang humain, d'autant plus qu'elle implique en période de crise drépanocytaire, une transfusion sanguine qui est souvent réfutée par les fidèles des témoins de Jéhovah, puisque, selon cette doctrine religieuse, le sang humain représente le siège des péchés de toute personne et par conséquent, accepter le sang de quelqu'un, c'est une façon d'accepter ses péchés dans le corps du patient transfusé. Chose qui n'est pas facile d'accepter par celui-ci et surtout par son chef de ménage (ou chef de famille). Parce que les péchés commis par une personne, relèvent d'une responsabilité individuelle et non collective. C'est ce qui justifie cette opposition farouche à la pratique de la transfusion sanguine au sein de cette communauté religieuse témoin de Jéhovah.

Les problèmes rencontrés dans la vie des patients drépanocytaires en République du Congo en général et à Brazzaville en particulier sont multiples :

- Sur le plan physiologique, la drépanocytose est la source des souffrances morales ou mentales, de la douleur, de l'amaigrissement physique du patient ;
- sur le plan psychologique, la drépanocytose est la source du stress permanent, de l'angoisse et de l'hypertension artérielle.
- sur le plan économique, la drépanocytose suscite les dépenses financières énormes (importantes) pour garantir la prise en charge globale des patients, c'est pour cela qu'elle entraîne l'appauvrissement de la famille ;
- sur le plan social, la drépanocytose provoque l'exclusion, le rejet, la stigmatisation et la discrimination des patients par leur entourage immédiat.
- sur le plan de l'imaginaire ou des représentations, la drépanocytose est une maladie mortelle, d'où l'appellation « kufua lobi » qui signifie « celui ou celle qui va mourir dans un futur proche » ;

Sur le plan spirituel, la drépanocytose est la cause de l'existence des mauvais esprits qui nécessitent une délivrance ou un désenvoûtement des patients ;

- sur le plan matrimonial, la drépanocytose est la cause de certains divorces et surtout la difficulté à trouver un conjoint ou une conjointe pour se marier, à cause du danger permanent qu'elle représente à donner des progénitures malades et sources des dépenses financières.

Dans mon cas précis, mes deux (02) parents étaient porteurs de tares drépanocytaires (S), c'est ce qui avait fait qu'ils me transmettent malheureusement cette vilaine maladie que je traîne actuellement.

Mon combat au sein de la Fédération Congolaise de Lutte contre la Drépanocytose (FCLD) est focalisé autour des activités d'Information, d'Education de Communication et de la Sensibilisation des communautés congolaises, afin d'éradiquer progressivement la drépanocytose au sein de notre société.

VI.2.2 Histoire de vie de l'enquêtée N°2

Réalisée au domicile de l'enquêtée, sis au quartier Diata, situé dans l'arrondissement N°1 Makélékélé, en date du 14 décembre 2019 auprès d'une patiente drépanocytaire homozygote (SS) de sexe féminin, âgé de 52 ans, vivant à Brazzaville et membre active de la Fédération Congolaise de Lutte contre la Drépanocytose, cette histoire de vie met en exergue les péripéties traversées par cette dernière, depuis la découverte de sa maladie et jusqu'à maintenant.

J'ai hérité cette maladie de mes parents, je vis avec depuis ma naissance et aujourd'hui j'ai 52 ans. Etant Assistante Sociale en activité au sein du Ministère des Affaires Sociales et de l'Action Humanitaire, j'ai un niveau d'instruction secondaire (Diplôme d'assistantat social qui est l'équivalent du Baccalauréat professionnel), célibataire sans enfants, je suis chrétienne pratiquante.

Selon moi, la drépanocytose est une maladie de sang qui se transmet des parents aux enfants et de générations en générations. Son dépistage se fait à l'hôpital à travers un examen clinique appelé test d'Emmel, ou encore l'électrophorèse de l'hémoglobine.

Ma maladie a été détectée pendant l'enfance lorsque je tombais souvent malade, les médecins de l'époque, avaient décidé de me faire un test de dépistage de la drépanocytose, ce qui s'était révélé positif, donc un sujet drépanocytaire homozygote (SS). J'étais souvent hospitalisée pour cause d'anémie pendant les crises drépanocytaires, on me transfusait du sang à tout moment.

Mes parents ont failli divorcer à cause de ma maladie, car la communauté y pensait à l'existence d'un mauvais sort jeté dans notre famille, donc une sorte de malchance, voire une malédiction familiale.

A cause de ces considérations culturelles que la drépanocytose est perçue comme une maladie qui finit le sang humain, d'autant plus qu'elle implique en période de crise drépanocytaire, une transfusion sanguine qui est souvent réfutée par les fidèles des témoins de Jéhovah, puisque, selon cette doctrine religieuse, le sang humain représente le siège des péchés de toute personne et par conséquent, accepter le sang de quelqu'un, c'est une façon d'accepter ses péchés dans le corps du patient transfusé. Chose qui n'est pas facile d'accepter par celui-ci et surtout par son chef de ménage (ou chef de famille). Parce que les péchés commis par une personne, relèvent d'une responsabilité individuelle et non collective. C'est ce qui justifie cette opposition farouche à la pratique de la transfusion sanguine au sein de cette communauté religieuse témoin de Jéhovah.

Les problèmes rencontrés dans la vie des patients drépanocytaires en République du Congo en général et à Brazzaville en particulier sont multiples :

- Sur le plan physiologique, la drépanocytose est la source des souffrances morales ou mentales, de la douleur, de l'amaigrissement physique du patient ;
- sur le plan psychologique, la drépanocytose est la source du stress permanent, de l'angoisse et de l'hypertension artérielle.
- sur le plan économique, la drépanocytose suscite les dépenses financières énormes (importantes) pour garantir la prise en charge globale des patients, c'est pour cela qu'elle entraîne l'appauvrissement de la famille ;
- sur le plan social, la drépanocytose provoque l'exclusion, le rejet, la stigmatisation et la discrimination des patients par leur entourage immédiat.
- sur le plan de l'imaginaire ou des représentations, la drépanocytose est une maladie mortelle, d'où l'appellation « kufua lobi » qui signifie « celui ou celle qui va mourir dans un futur proche » ;

Sur le plan spirituel, la drépanocytose est la cause de l'existence des mauvais esprits qui nécessitent une délivrance ou un désenvoûtement des patients ;

- sur le plan matrimonial, la drépanocytose est la cause de certains divorces et surtout la difficulté fondamentale à trouver un conjoint ou une conjointe pour se marier, à cause du danger permanent qu'elle représente, à donner des progénitures malades et sources des dépenses financières.

Présentement, c'est à cause de mon état de santé, que j'ai du mal à trouver un conjoint pour se marier, malgré mon statut socioprofessionnel, je n'ai pas de mari ni d'enfants.

Dans mon cas précis, mes deux (02) parents étaient porteurs de tares drépanocytaires (S), c'est ce qui avait fait qu'ils me transmettent malheureusement cette vilaine maladie que je traîne actuellement.

Mon combat au sein de la Fédération Congolaise de Lutte contre la Drépanocytose (FCLD) est focalisé autour des activités d'Information, d'Education de Communication et de la Sensibilisation des communautés congolaises, afin d'éradiquer progressivement la drépanocytose au sein de notre société.

VI.3 Justification de la stratégie nationale de solidarité

VI.3.1 Nécessité d'investir dans le capital humain

La mauvaise redistribution des ressources, ainsi que l'accroissement des risques auxquels sont soumis les ménages, entretiennent en effet l'existence d'une partie importante de la population vivant sous le seuil de pauvreté. C'est ce qui explique que, si dans certains pays la pauvreté a diminué dans son ensemble, elle a augmenté pour les ménages les plus pauvres. Or, de multiples exemples montrent que le développement de la protection sociale permet d'augmenter la productivité et la croissance.

De ce fait, offrir aux individus une véritable couverture contre les risques permet de démultiplier le capital humain, de stimuler l'économie locale, et d'accroître la demande agrégée. *L'investissement dans le capital humain est prioritaire, parce que rentable. Pour cette raison, l'Etat doit mieux organiser la solidarité nationale et créer des prestations et des institutions publiques de solidarité nationale afin de réduire les inégalités entre les citoyens, de lutter contre l'effritement des valeurs liées au vivre ensemble et de préserver la cohésion sociale.*

VI.3.2 Nécessité de contribuer à l'amélioration de la productivité par la cohésion sociale

Depuis quelques années, émerge l'idée que le facteur « humain », la cohésion d'un pays et les relations entre ses membres ont un impact sur le développement économique. Dans son rapport sur le bien-être des nations, l'OCDE estime que la confiance en autrui pourrait améliorer la productivité des entreprises en fluidifiant les processus.

Une certaine harmonie sociale favoriserait des mécanismes de coopération accrue entre les entreprises, et un « capital social » (réseau de relations) étendu faciliterait l'accès à l'emploi ou encore l'émergence de systèmes régionaux d'innovation.

Or, une frange importante de la population est soumise à l'insécurité alimentaire et à la vulnérabilité la plus grande. Pour ces familles incapables d'envoyer leurs enfants à l'école car ceux-ci leur fournissent une aide dont ils ne peuvent se séparer ; de même pour ces personnes dont le travail ne fournit qu'un revenu de subsistance irrégulier, il paraît impossible de créer des mécanismes de couverture sociale basés sur leur contribution financière.

Il est donc nécessaire de créer des mesures favorisant la cohésion sociale. La cohésion sociale, capacité de la société à assurer le bien-être de tous ses membres, pourra contribuer à améliorer la compétitivité économique.

VI.3.3 Nécessité de réguler et d'organiser les interventions des acteurs dans le domaine de la solidarité

Les principaux acteurs qui interviennent dans le domaine de la solidarité sont confrontés à plusieurs défis juridiques et institutionnels.

Depuis plusieurs années, le secteur de l'Etat (Ministère en charge de la Solidarité) qui sous-tend la solidarité institutionnalisée, fonctionne sans un document d'orientation générale. Cette absence de cadre référentiel a favorisé la prolifération d'actions plus ou moins cohérentes dans tous les domaines de la solidarité.

On y trouve les solidarités de corps professionnel (Mutuelles des administrations), de classe (anciens élèves de.), de clan et d'ethnie (association des ressortissants de.) de croyance (les églises, les confréries...) et par devoir (la responsabilité sociale).

En outre, les acteurs privés, ONG, associations et fondations intervenant dans ce domaine, malgré leur volonté de contribuer et de renforcer l'action du Gouvernement, se trouvent confrontés à une difficulté de taille à savoir l'absence des lignes directrices d'une politique en la matière et d'un cadre de concertation.

Les politiques sectorielles concourant à la consolidation de la cohésion nationale comme la politique genre, la politique nationale de l'action sociale, celle de l'emploi, de la jeunesse et des lois sur les régimes de sécurité sociale sont développées et mises en œuvre.

Cependant, le ministère en charge de la solidarité ne dispose pas encore d'une politique sectorielle sur l'orientation de la solidarité nationale ou la lutte contre les exclusions, politique qui cible toutes les prestations de solidarité dans un cadre légal et institutionnel adapté.

VI.4 Principes directeurs de la stratégie

La stratégie se fonde sur les principes suivants :

- La cohésion sociale : La mise en œuvre de la solidarité nationale doit favoriser l'intégration de tous les citoyens membres de la société congolaise et contribuer à leur participation à la vie sociale et économique et aussi renforcer le sentiment d'appartenance à la nation congolaise.
- Le respect de la dignité humaine : C'est une valeur qui fonde l'action du ministère des Affaires Sociales, de l'Action Humanitaire et de la Solidarité comme étant au centre des actions du ministère. L'éthique professionnelle doit susciter cette valeur en vue de la valorisation de l'homme en toute circonstance.
- La participation et la responsabilisation : Mettre au cœur du développement, les acteurs bénéficiaires permet la meilleure appropriation des approches utilisées et la capitalisation des expériences. La responsabilisation des acteurs dans le processus de développement de leur milieu de vie crée l'obligation de reddition de comptes et donc de transparence dans la gestion des affaires des communautés.
- La redistribution : La solidarité nationale repose sur l'idée du partage équitable des fruits de la croissance. La croissance économique doit bénéficier à chaque membre de la société en favorisant l'accès de tous aux services sociaux de base, à l'emploi et à un meilleur cadre de vie. L'Etat ou la communauté doit donner des conditions de vie décentes à tous (logement, travail, soins, éducation et alimentation) : « proposer des emplois aux chômeurs », « l'égalité des gens pour le travail », « que tout le monde ait un travail, emploi, logement », « accès au logement », « proposer des logements aux sans domiciles », « égalité des soins », « il faut que tout le monde puisse se nourrir correctement ».

- La justice sociale : Les gouvernants doivent s'assurer du bien-être de toute la population. Aucun congolais ne doit être laissé au bord de la route. Le développement doit profiter à toutes les filles et fils de la République du Congo.
- L'égalité et l'équité : Les personnes défavorisées doivent bénéficier d'un traitement équitable ou égalitaire au même titre que les autres citoyens plus nantis, de la part des gouvernants et des partenaires pour permettre leur participation à la construction de la nation et leur intégration dans le processus de développement.
- L'approche communautaire : Le développement communautaire repose sur la capacité des populations locales à conduire le processus d'amélioration des conditions de vie de leur territoire à travers notamment le développement des activités de production, de santé, d'éducation, d'emploi et de gouvernance locale. Une telle approche qui est basée sur une stratégie territoriale globale, intégrée, solidaire et durable vise une meilleure responsabilisation des populations dans la lutte contre la pauvreté, la prévention des risques sociaux, la médiation et la résolution des problèmes, notamment en milieu rural.

VI.5 Vision, objectifs et résultats attendus

VI.5.1 Vision de la stratégie

La vision du Ministère en charge des affaires sociales et de la solidarité est celle d'« offrir à l'ensemble de la population un paquet de mesures préventives, promotionnelles et de protection, sur une base non contributive, fondées sur les principes de la solidarité et du droit à la protection, en vue de lutter contre la pauvreté et la vulnérabilité ». Cette vision s'inspire en effet des projets de société du chef d'Etat à savoir le « Chemin d'Avenir » et « la Marche vers le Développement ».

Ces deux (2) projets de société lancent les bases de la construction d'un système de protection sociale non contributive à large échelle à côté d'un système qui, actuellement, protège uniquement les salariés du public et du privé (PNAS)²⁰. Dans le domaine de la Solidarité, la vision est de "fournir un socle minimum de protection sociale aux communautés, aux familles et aux individus en vue de réduire les inégalités sociales, de garantir la cohésion sociale et la dignité humaine".

VI.5.2 Objectifs de la stratégie

La stratégie de solidarité vise à contribuer à la réduction du taux de pauvreté de 7,6% points et à la baisse du coefficient de Gini à un niveau comparable à celui d'un pays à revenu intermédiaire d'ici à 2022. Il s'agit en d'autres termes de conjuguer les moyens juridiques, institutionnels, techniques, financiers, culturels et économiques pour lutter contre l'exclusion sociale, la pauvreté et la précarité.

Il s'agit de manière spécifique :

- de doter, d'ici à 2019, le ministère en charge de la solidarité, d'un cadre légal, institutionnel et des capacités opérationnelles adéquates pour lutter contre les inégalités sociales ;
- de mobiliser chaque année 66 millions USD nécessaires au financement des programmes de filets sociaux grâce aux contributions publiques et aux quotes-parts des différents acteurs de la protection sociale ;
- de garantir d'ici à 2022 à 180 405 ménages pauvres alimentaires, personnes vivant avec handicap et personnes du troisième âge en situation de précarité des transferts sociaux et monétaires ;

²⁰ Cf. Politique Nationale d'Action Sociale, p19.

- d'appuyer les mécanismes communautaires d'entraide devant contribuer à la progression des indicateurs du capital social communautaire²¹ ou richesse sociale vers un niveau pouvant garantir la cohésion sociale.

VI.5.3 Axes stratégiques

Les choix des axes stratégiques résultent d'une large consultation des cadres du ministère en charge de l'action sociale, de la solidarité et d'autres parties prenantes et s'appuient sur des travaux analytiques. Au regard de l'analyse de la situation, des défis ayant conduit à définir les principes directeurs et les objectifs, la Stratégie Nationale de Solidarité a ainsi retenu quatre (4) axes stratégiques répondant à quatre objectifs stratégiques suivants :

- renforcer le cadre légal, institutionnel et les capacités opérationnelles des structures et organismes en charge de la communauté ;
- assurer le financement et la soutenabilité des modes de financement des actions et initiatives de solidarité nationale ;
- garantir aux communautés, aux ménages et aux personnes vulnérables un socle minimum de protection sociale dans le cadre de la solidarité nationale ;
- promouvoir les valeurs de solidarité en lien avec les valeurs culturelles en facilitant notamment les échanges intra et intercommunautaires.

Le capital social correspond aux réseaux, aux normes, à la culture et aux valeurs partagées garantissant la cohésion sociale et qui facilitent la coopération entre les individus, les groupes et entre ceux-ci. Ce résultat renvoie, au sens institutionnel, à l'organisation de la société civile, des mutuelles et à une meilleure implication de la population pour la construction du savoir être

VI.5.3.1 Axe 1 : renforcement du cadre légal, institutionnel et des capacités opérationnelles des acteurs de solidarité

Cet axe vise à doter la solidarité d'un cadre légal performant et des institutions fortes capables de soutenir la cohésion sociale et de promouvoir toutes les actions de solidarité. A travers cet axe, il est aussi question de renforcer les pratiques/valeurs et les mécanismes à tous les niveaux pour faire de la solidarité un véritable levier de développement du capital humain et de mobilisation des ressources financières.

VI.5.3.1.1 Développement du cadre législatif de la solidarité

Dans le cadre du développement du cadre légal, il s'agit dans un premier temps d'élaborer une loi sur la cohésion sociale définissant les orientations générales des pouvoirs publics sur la lutte contre les inégalités sociales, les exclusions et les dispositifs légaux et institutionnels à mettre en place afin d'y faire face. Cette loi définira également le cadre d'intervention des structures et des acteurs sociaux (ONG, Mutuelles...). En outre, une loi spécifique sur les mutualités sera élaborée pour mieux définir les conditions d'exercice et d'appui par les pouvoirs publics des mutuelles corporatistes et communautaires en particulier.

Enfin, en dépit des nobles objectifs que vise la Loi n°18-99 du 15 août 1999 portant institution de la Journée Nationale de la Solidarité (JNS). Force est de constater que 17 ans après, elle n'a toujours pas produit les résultats attendus. En effet, sa célébration en une journée ne permet pas aux citoyens de s'imprégner des objectifs de ladite journée. Elle paraît aujourd'hui comme une affaire des gouvernants que des populations. Cette vision fautive en effet la philosophie de départ qui est d'appeler individuellement chacun à donner un peu de son temps ou du matériel à celui qui en manque.

Face à ce constat, la durée de célébration de cette journée sera étendue à un mois, appelée « mois de la solidarité » en vue de développer une vaste campagne de vulgarisation des valeurs de solidarité, de communication pour le changement de comportement, de promotion du vivre ensemble et de mobilisation de la diaspora et des financements destinés aux personnes pauvres. Ainsi, une proposition d'amendement de cette loi va être faite par le ministère.

VI.5.3.1.2 Création et / ou renforcement des capacités des structures de solidarité

En raison de faibles capacités des structures de l'État dans le domaine de la lutte contre les exclusions, de la mutualité et de l'économie sociale et solidaire, seules les institutions dotées d'une expertise dans les différents domaines peuvent accompagner les acteurs et autres partenaires à remplir leur mission. Pour ce faire, il sera ***créé une agence de l'économie sociale et solidaire***. Cette structure aura la mission de corriger : (i) la faible capacité de gestion des organisations, (ii) les insuffisances des ressources matérielles et financières devant assurer les missions assignées aux différents acteurs, (iii) la faiblesse des synergies entre les différentes organisations et (iv) l'absence de mécanisme de financement approprié pour soutenir les entreprises de l'Économie Sociale et Solidaire (ESS). Par ailleurs, l'organisation et les attributions de la Direction générale de la Solidarité seront revues conformément aux orientations stratégiques du document de stratégie.

En outre, si les communautés doivent s'assister mutuellement et cultiver le vivre ensemble, elles doivent capitaliser et partager leurs valeurs et leurs expériences. Il est donc nécessaire de mettre en place un réseau national d'échange d'informations sur la gestion des connaissances.

Ce réseau, organisé autour des structures locales, a pour but d'observer les connaissances et les bonnes expériences et de les universaliser aux niveaux local et national. Pour ce faire, le Gouvernement appuiera la création des Centres de Développement Sociale au sein des centralités territoriales afin de prévenir les situations ou problèmes sociaux, d'appuyer les initiatives communautaires et locales et de promouvoir le vivre ensemble. Ces centres doivent représenter pour les communautés des lieux d'information, de formation, d'encadrement et d'acquisition de l'expertise dont elles ont besoin en vue de leur développement.

Enfin, l'utilisation des ressources locales dans les programmes de transferts en nature destinés aux populations vulnérables a montré une efficacité avérée surtout lorsqu'elle s'accompagne de la pleine participation des bénéficiaires. Afin de faciliter l'accès des populations aux infrastructures et services sociaux de base (éducation, santé, eau et assainissement), et de reconstruire leur territoire avec leur pleine participation, une agence HIMO d'encadrement des initiatives locales sera créée. Cette agence va promouvoir la reconstruction des villages par l'approche HIMO, avec le matériel local et la pleine participation des communautés.

VI.5.3.1.3 Renforcement des capacités techniques et opérationnelles de la Direction Générale de la Solidarité, des ONG et mutuelles de solidarité

En rapport avec la loi d'orientation générale sur la lutte contre les inégalités sociales et les exclusions, les acteurs de la solidarité (mutuelles, ONG, associations, Fondations.) seront recensés et leurs capacités opérationnelles et techniques renforcées. Il sera créé la Fédération Nationale de la Mutualité du Congo qui va agir pour un système de protection sociale obligatoire et complémentaire fondé sur la solidarité et garantissant à tous des droits au plus haut niveau. La fédération représentera les mutuelles et défendra leurs intérêts collectifs.

Cette mesure répond à la nécessité pour chaque acteur de répondre aux exigences d'efficacité et de performance dans la lutte contre les inégalités. L'Etat apportera un appui pour le management des structures partenaires notamment les mutuelles afin d'assurer l'adéquation de leurs programmes aux objectifs nationaux définis par le Gouvernement, la mise en place des plateformes communes d'échange d'information et la coordination des interventions.

En raison de nombreux défis à relever et de nouveaux programmes à mettre en œuvre, il est important que les cadres et agents relevant de la Direction Générale soient formés pour une meilleure performance.

VI.5.3.2 Axe 2 : Financement des socles de protection sociale, du développement du capital humain et de lutte contre les inégalités

Au nom de la solidarité nationale et de la justice sociale, l'Etat doit garantir, à toute personne sur le territoire national, un socle minimum de protection sociale. Pour les populations, soumises à l'insécurité alimentaire et à la vulnérabilité la plus grande, pour ces familles incapables d'envoyer leurs enfants à l'école car ceux-ci leur fournissent une aide dont ils ne peuvent se séparer, pour ces personnes dont le travail ne fournit qu'un revenu de subsistance irrégulier, il paraît impossible de créer des mécanismes de couverture sociale basés sur leur contribution financière.

Cependant, le financement d'un tel socle minimum de sécurité sociale doit faire face à plusieurs choix possibles.

Le premier est lié à la nécessité d'élaborer un mécanisme de financement qui met à contribution les ressources internes du pays, alliant des cotisations calculées selon le niveau de revenu des ménages, et des ressources purement fiscales, permettant de financer les prestations versées aux bénéficiaires incapables de contribuer.

Le second répond à la nécessité d'élargir la base contributive en œuvrant activement pour la reconnaissance formelle des activités des travailleurs, à travers une politique du « plein emploi et en développant des passerelles entre les programmes de protection sociale portant sur l'assistance sociale et ceux liés à la sécurité sociale afin de permettre aux ménages pauvres de changer de statut d'assistés à celui de contribuables à la sécurité sociale.

En dehors des mesures de financement de la lutte contre les inégalités détaillées plus haut, des actions relatives à la mobilisation de la communauté nationale, internationale et de la diaspora en vue du financement des actions de solidarité, lors du mois de solidarité qui sera institutionnalisé, seront menées.

Il s'agit de réaliser des campagnes de financement de la solidarité en fonction des thématiques. Il sera également question d'institutionnaliser des cotisations et des contributions des sociétés et des mutuelles en échange de la réduction de certaines taxes et de la mobilisation des compétences en vue du renforcement de leurs capacités.

Une action spécifique portera sur un programme de plaidoyer pour la solidarité active. Les projets qui seront développés ici se focaliseront essentiellement sur les actions de proximité dans la recherche des partenariats susceptibles de soutenir les actions de solidarité active envisagées, la sensibilisation des communautés à travers les médias (télévision, radio, presse écrite, affichage et internet) et la collecte des dons (levée des fonds).

Un Fonds de solidarité pour le financement du socle de protection sociale et les interventions des mutuelles sera créé. Les deux (2) structures seront financées par les financements innovants provenant des taxes, des dons et des contributions des entreprises membres de l'Agence de l'Economie Sociale et Solidaire.

Pour ce faire, le plaidoyer pour la création de ce fonds et de cette caisse se présente comme une solution urgente dans l'objectif de prendre en charge, en temps réel, toute conjoncture qui fera appel à la solidarité nationale.

VI.5.3.3 Axe 3 : Garantie d'un socle minimum de protection sociale aux ménages et personnes vulnérables

Cet axe vise à garantir un minimum vital à chaque congolais dans une société égalitaire où chaque fils et fille de la république cultive le sentiment d'appartenir à une même nation.

Il s'agit « d'assurer au minimum vital à toute personne dans le besoin, tout au long de la vie, l'accès à des soins essentiels de santé, d'éducation et une sécurité élémentaire de revenu qui ensemble garantissent un accès effectif aux biens et services définis comme nécessaires à l'échelle nationale ».

En lien avec, l'article 25 de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme, le socle couvre le droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires.

L'Homme a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté. Cet article ajoute : « La maternité et l'enfance ont droit à une aide et à une assistance spéciale. Tous les enfants, qu'ils soient nés dans le mariage ou hors mariage, jouissent de la même protection sociale. ».

La présente stratégie mettra l'accent sur :

- (i) l'institutionnalisation du revenu de solidarité et d'insertion (RSI) dans le cadre de l'extension du Programme Lisungi, et
- (ii) des bons et tickets alimentaires (donnant accès aux épiceries et aux restaurants sociaux) destinés aux ménages pauvres qui n'ont pas les moyens de se nourrir convenablement dans le cadre du programme FSA,
- (iii) la prise des mesures facilitant l'accès égalitaire aux services sociaux et au logement décent,

- (iv) la mise en place des mécanismes au niveau des collectivités locales et des communautés permettant de mobiliser pour les plus pauvres des Aides de Solidarité Locales (ASL).

VI.5.3.4 Axe 4 : Promotion des valeurs de solidarité

Cet axe vise à promouvoir les valeurs culturelles et à cultiver le vivre ensemble.

La stratégie consiste à renforcer les capacités des acteurs locaux afin de leur donner les moyens d'organiser les campagnes de communication en vue du changement de comportement. Les meilleures valeurs et expériences du vivre ensemble seront promues à travers les échanges inter et intracommunautaires. Enfin, les principales institutions sociales (école, famille et église) seront encouragées à cultiver le vivre ensemble.

VI.5.3.4.1 Renforcement des capacités des acteurs locaux sur les questions d'éthique et des valeurs humaines

Les élus locaux, les représentants au niveau de la localité, les responsables de villages bénéficieront d'un appui technique sur la gouvernance locale (formation, appui à l'élaboration des plans de développement local, mise œuvre et évaluation...) et la promotion des valeurs d'éthiques, d'entraide, de charité. Les agents de développement social tout comme les autres acteurs seront formés afin qu'ils aident les communautés à s'organiser autour d'une problématique de développement en lien avec le vivre ensemble et l'éthique.

A travers des réunions communautaires et des focus groupes, ces groupes thématiques vont régulièrement débattre des questions de développement et des stratégies à mettre en œuvre en vue de promouvoir le vivre ensemble et de développer la localité ou la communauté.

Ces groupes seront placés sous l'autorité d'un représentant local élu par les pairs. Les membres du groupe bénéficieront de l'encadrement technique des agents de développement social des Centres de Développement Social de la zone.

Un appui spécifique sera apporté aux conseils locaux afin d'intégrer dans leur plan local les questions d'éthique, de valeurs humaines et de vivre ensemble comme un axe majeur de leur intervention. Des formations sur l'éducation sur la parenté responsable seront organisées à l'endroit des chefs de ménages dans les CDS et autres centres communautaires.

VI.5.3.4.2 Organisation des campagnes de promotion des valeurs culturelles et de communication en vue du changement de comportement

Sur la base des connaissances et des expériences capitalisées au niveau local, des campagnes sur les valeurs de solidarité seront lancées dans chaque village, district, commune et département pendant le "mois de la solidarité". Les autorités locales encourageront les réunions communautaires avec l'appui des chefs de village, de quartiers ou des leaders d'opinion. Ces activités donneront lieu à des émulations intra et intercommunautaires.

VI.5.3.4.3 Organisation des voyages d'échanges intra/intercommunautaires

A l'issue d'une émulation organisée sur la base des pratiques des valeurs de solidarité, les voyages d'échanges intercommunautaires seront organisés par le ministère en charge de la solidarité. Ces voyages constitueront des moments de partage et de capitalisation des meilleures pratiques.

VI.5.3.4.4 Intégration des valeurs culturelles dans les curricula de formation des écoles primaires et secondaires

Sur la base des expériences capitalisées dans les CDS, des manuels de formation sur les valeurs culturelles, le vivre ensemble et la cohésion sociale seront conçus et édités. Les modules de formation seront enseignés dans les écoles.

VI.5.4 Le Revenu de Solidarité et d'Insertion

Le Ministère en charge de la solidarité s'attelle depuis 2014, au nom du principe de solidarité, de la dignité humaine et de la cohésion sociale à octroyer des allocations aux ménages pauvres et à soutenir la productivité de ces ménages dans le cadre du Projet Lisungi-SFS.

Le programme de transferts monétaires Lisungi qui a été élaboré d'abord pour tester le fonctionnement de ce système informatique Lisungi et ensuite pour améliorer les conditions de vie des populations bénéficiaires est en cours de devenir le système de protection sociale non contributive parce qu'il va fédérer autour du registre social unique, les interventions sociales de lutte contre la pauvreté, la vulnérabilité et les inégalités sociales. L'impact même modéré de ce projet dans l'amélioration des conditions de vie, dans les zones pilotes est une raison pour l'étendre et le consolider.

En raison des résultats appréciables atteints et de l'intérêt particulier accordé par le gouvernement à ce programme, les allocations de Lisungi qui prendront la forme de Revenu de Solidarité et d'Insertion (RSI) seront institutionnalisées, étendues à l'ensemble du territoire et couvriront le volet de la protection sociale adaptative qui permettra d'augmenter la résilience des populations face aux chocs liés aux catastrophes. Le Revenu de Solidarité et d'Insertion garantit la sécurité élémentaire de revenu pour les ménages pauvres ayant des enfants en vue de leur accès, aux soins de santé essentiels, y compris les soins de maternité, à l'éducation, à l'alimentation et à tous les autres biens et services nécessaires.

Le Revenu de Solidarité et d'Insertion (RSI) comprend une prestation financière et peut, le cas échéant, également comprendre des prestations sous forme de mesures d'insertion sociale ou professionnelle.

La prestation financière sera composée d'un montant forfaitaire destiné à couvrir les frais particuliers pour répondre aux besoins les plus élémentaires et faciliter l'accès aux services sociaux de base du ménage dans les limites fixées par le règlement. Les mesures d'accompagnement sociale visent à favoriser leur réinsertion sociale et économique.

Ces mesures comprennent : les aides au rétablissement du lien social, les aides à l'accès à la formation qualifiante et les aides pour accéder aux Activités Génératrices de Revenus (AGR), surtout dans le secteur agricole et les aides pour le placement dans les entreprises.

VI.5.5 L'aide aux personnes vivant avec handicap et aux personnes âgées

Cette aide garantit la sécurité de revenu pour les personnes âgées et les personnes vivant avec handicap qui sont dans l'incapacité de gagner un revenu suffisant, notamment pour les cas de maladie, de maternité ou d'invalidité. Il sera institué trois (3) types d'allocations complémentaires destinées ces catégories de personnes :

- une Allocation aux Adultes vivant avec Handicap (AAH). Cette allocation est destinée à soutenir les adultes en situation de handicap en leur apportant un revenu d'existence pour faire face aux dépenses quotidiennes. Elle sera versée, sous conditions de ressources, aux personnes âgées de plus de 20 ans et atteintes d'incapacité de travailler depuis au moins 1 an ;
- une Allocation d'Education de l'Enfant vivant avec Handicap (AEEH). Cette allocation apporte un soutien aux parents à charge d'un enfant vivant avec handicap, âgé de moins de 18 ans et présentant une incapacité permanente d'au moins 50%, si l'enfant fréquente un établissement d'enseignement adapté ou si son état exige le recours à un service d'éducation spéciale ou de soins à domicile ;
- une Allocation de Solidarité pour les Personnes Agées (ASPA). Cette allocation est destinée aux personnes âgées vivant seules, abandonnées et ne bénéficiant pas des prestations de la sécurité sociale.

VI.5.6 L'accès à l'alimentation pour les ménages et personnes pauvres

La stratégie vise également à garantir le droit à l'alimentation aux ménages les plus vulnérables à travers trois mesures majeures :

- La distribution des Coupons Alimentaires (CA) aux ménages les plus vulnérables pour l’approvisionnement en vivre dans les boutiques et autres alimentations /magasins sera soutenue et étendue à l’ensemble des districts, communes et départements du pays ;
- La fourniture aux coûts réduits des Tickets Alimentaires (TA) aux personnes ou familles dans des restaurants sociaux et privés. Des contrats de prestations de services seront signés avec les restaurants privés afin de fournir aux coûts réduits des repas aux personnes ou familles jugées éligibles aux transferts sociaux alimentaires. Dans le cadre du développement des Centres de Promotion Sociale et des Centres de Développement Social, il sera créé des restaurants populaires qui vont fournir aux personnes et ménages pauvres disposant d’une faible capacité financière, des repas gratuits et à un moindre coût ;
- L’accès des enfants des ménages pauvres aux cantines scolaires sera priorisé. Un vaste plaidoyer sera réalisé en vue de la mise à l’échelle nationale des cantines scolaires dans toutes les zones d’insécurité alimentaire du pays et de bas taux de scolarisation avec un accent sur la valorisation des produits locaux et l’approvisionnement local.

Dans le cadre de l’autonomisation des ménages pauvres et vulnérables et de l’inclusion productive, la stratégie consiste également à :

- (i) renforcer les capacités des petits agriculteurs à produire assez de vivres pour l’alimentation de leur famille et pour la vente sur le marché,
- (ii) accorder des subventions sous formes d’AGR aux petits producteurs familiaux,
- (iii) acquérir la production des fermes familiales,
- (iv) distribuer des denrées alimentaires aux ménages éligibles, par l’utilisation des bons ou sous forme de subvention aux restaurants sociaux ; aux cantines scolaires, aux boutiques servant les programmes de transferts sociaux etc.

- (v) encourager les associations à récupérer des invendus alimentaires en parfait état chez les professionnels ou sur le lieu d'évènements de grande envergure, puis les redistribuer immédiatement, dans le respect de la chaîne du froid (camion frigorifique), à des associations situées à proximité.

Toutes ces actions bénéficieront d'un partenariat stratégique des ministères en charge de l'agriculture et de l'éducation. Pour ce faire, le Programme FSA doit être revu pour mieux l'adapter aux exigences de la stratégie et étendu à l'ensemble des départements.

VI.5.7 L'accès aux logements décents pour les familles et groupes vulnérables

L'accès aux logements pour les ménages ou familles les plus pauvres constituent un problème social majeur mettant à mal la cohésion sociale. Suite aux nombreuses demandes enregistrées dans les services déconcentrés de l'action sociale, l'accès des ménages en situation de précarité au logement devient une priorité devant mobiliser tous les acteurs (pouvoirs publics, collectivités locales et les organisations non gouvernementales). L'objectif principal est de réduire les risques liés aux conditions de vie en particulier l'habitat et de distribuer gratuitement aux personnes et aux familles défavorisées des logements sociaux construits en matériaux locaux.

Trois (3) options ont été retenues en fonction du milieu de vie.

- En milieu rural, la stratégie retenue est la reconstruction des logements et infrastructures sociales dans les villages par les communautés elles-mêmes. Pour ce faire, les communautés bénéficieront d'un équipement adapté et d'un encadrement technique dans le domaine de la construction et du génie civil. A cet effet, il sera créé dans les centralités territoriales des Centres de Développement Social dotés d'unités de formation et d'apprentissage pour les communautés et une agence HIMO spécialisés dans les travaux à base communautaire. Une vaste campagne de promotion des approches solidaires traditionnelles sera menée afin que les communautés s'approprient ses approchent et les mettent en œuvre.

- En milieu urbain ou dans les communautés urbaines, il est prévu un plaidoyer en vue de la construction des logements à moindre coûts devant accueillir de façon temporaire des ménages en difficulté d'hébergement et la construction des cités urbaines intégrées. Des terrains seront également acquis, aménagés et vendus en vue du financement de la construction par la méthode HIMO et communautaire des cités urbaines intégrées. Chaque cité devrait comprendre un système d'adduction d'eau potable et d'électricité, un système de collecte d'ordure et d'assainissement et un système de taxation et de contribution des ménages. Ces maisons seront distribuées aux personnes et aux familles défavorisées par le service social sous certaines conditions.
- Dans les lieux où s'exécutent les programmes de logements sociaux, le ministère en charge de la solidarité initiera un texte fixant les modalités d'accès à un logement social pour les ménages pauvres. Il fera un plaidoyer en vue de la prise en charge partielle par l'Etat du coût du logement des ménages à faibles revenus répondant à certains critères de vulnérabilité. Pour compléter le reste, le candidat bénéficiera d'un accompagnement spécial en vue d'accéder à un crédit lui permettant d'exercer une activité économique pouvant garantir sa solvabilité. Une coordination stratégique sera encouragée avec les ministères en charge du développement urbain, rural, des collectivités locales et de l'aménagement du territoire.

Tous ces mécanismes seront soutenus par la création d'un Fonds de Solidarité pour Logement (FSL) financé par la taxe de solidarité de logement (TSL) imposable aux loyers en bail. Le FSL soutiendra les ménages qui ne parviennent pas à obtenir un logement ou éprouvent des difficultés à le conserver. Il accordera des prêts, des subventions et des garanties pour l'accès des personnes et ménages pauvres au logement. Il interviendra également pour permettre le maintien dans le logement les ménages menacés d'expulsion ou confrontés à des incidents de paiement.

VI.5.8 Mécanismes de mise en œuvre et de suivi-évaluation

VI.5.8.1 Coordination et organes de mise en œuvre

La stratégie sera mise en œuvre par le Ministère en charge de la solidarité en partenariat avec les ministères de l'agriculture, de la santé, de l'éducation, de l'aménagement du territoire, de l'urbanisme, de l'habitat, etc.

La mise en œuvre de cette stratégie priorisera les partenariats y compris les partenaires au développement, les autres acteurs de la solidarité et la société civile. La coordination et les partenariats entre les différentes structures au sein du ministère sont également d'une importance cruciale pour le succès de cette stratégie.

L'adoption d'une approche multisectorielle à la protection sociale est primordiale, d'une part parce que les instruments de PS ont des implications pour la réalisation des objectifs sectoriels dans le domaine de la santé, l'éducation et l'agriculture.

Le Ministère en charge de la solidarité a la responsabilité générale de la mise en œuvre de la stratégie. Il prépare les activités du Conseil National de lutte contre les Inégalités et rend compte des activités au niveau du Gouvernement. Il assure par le biais de ses structures techniques le suivi régulier des activités en lien avec la cohésion sociale et la coordination des activités des acteurs de la solidarité.

Dans le cadre de la coordination, il sera mis en place deux (02) organes :

- le Conseil National de lutte contre les Inégalités (CNLI) : c'est un comité interministériel présidé par le Premier Ministre et composé d'autres ministres, des représentants du parlement et des structures techniques. Il a pour mission de veiller à la mise en œuvre et au respect des directives en lien avec la lutte contre les inégalités et la promotion de la cohésion sociale ;

- le Comité Technique de Protection Sociale (CTP) : C'est un organe technique chargé d'assurer (i) la préparation des programmes, (ii) la recherche des financements, (iii) le suivi et l'évaluation des différents programmes de la Stratégie, (iv) la préparation des réunions du CNLI et d'en assurer le secrétariat. Le Comité Technique de Pilotage est présidé par le ministre en charge de la solidarité.

Dans le cadre de l'opérationnalisation de cette stratégie, les structures suivantes seront créées :

- l'Agence de l'Economie Sociale et Solidaire ;
- l'Agence de l'Exécution des Travaux HIMO ;
- la Fédération Nationale de la Mutualité ;
- le Fonds National de Solidarité ;
- le Fonds Solidarité pour le Logement.

VI.5.8.2 Cadre de planification et mise en œuvre

La stratégie sera exécutée à travers cinq (6) programmes nationaux :

- Le Programme d'Appui au Renforcement des Capacités des Acteurs de solidarité et du Ministère PARCAM en sigle ;
- Le programme Lisungi chargé de mettre en œuvre le Revenu de Solidarité et d'Insertion, une prestation financière et sociale destinée aux personnes ou ménages en situation de vulnérabilité. Dans le cadre de la mise en œuvre de la présente stratégie, il est prévu un passage à l'échelle du projet actuellement mis en œuvre ;
- Le Programme Filets de Sécurité Alimentaire (FSA) qui élargira la gamme des prestations alimentaires en combinant les coupons alimentaires à la distribution des repas dans les restaurants populaires et ou partenaires, et dans des cantines scolaires ;

- Le programme NDAKO qui vise à faciliter l'accès des ménages à faible revenu aux logements sociaux ;
- Le programme de promotion des valeurs de solidarité appelé BOMOKO qui regroupe les mesures prévues au niveau de l'axe 4 : Promotion des valeurs de solidarité.

Les modalités de planification et de mise en œuvre de ces programmes seront définies dans un document de Plan d'actions. Chaque programme développera un volet plaidoyer et communication.

VI.5.8.3 Mesures de suivi et évaluation

Les activités de suivi-évaluation seront réalisées régulièrement pour s'assurer que les objectifs et stratégies retenus sont encours de mise en œuvre. Le cadre de suivi évaluation sera défini dans les différents Plans d'Actions successifs pour la mise en œuvre de la présente stratégie. Le premier plan opérationnel qui couvrira la période de 2018 à 2022, obéira à une approche programme. Il déclinera année par année les objectifs à atteindre, les activités à réaliser, les ressources nécessaires et les indicateurs de suivi relatifs à chaque axe.

Les indicateurs macro de suivi et évaluation de la stratégie sont les indicateurs de suivi des inégalités notamment l'Indice de Gini, les indicateurs de mesures de capital social de Putnam R. et les indicateurs de suivi du financement des programmes de lutte contre les inégalités.

Dans le cadre de sa mise en œuvre, la stratégie nationale de renforcement et de promotion de la solidarité va s'appuyer sur le SNIAS. Ce système sera constitué de plusieurs composantes dont l'Observatoire Social et de l'Enfance (OSE) et le Registre Social Unique des ménages (RSU). L'adossement de l'OSE et du RSU à un système d'information géographique est essentiel pour permettre une analyse territoriale des vulnérabilités sociales et pour orienter une action locale d'assistance – et plus largement du développement – social. Le développement de ces outils constitue un atout majeur pour le pays.

Tableau 10: Matrice des indicateurs

Catégories d'indicateurs	Types d'indicateurs	Indicateurs
Indicateurs de suivi des inégalités sociales (l'indice de Gini)	Absence d'inégalités de revenus	Taux de pauvreté après transferts sociaux, coefficient de Gini ; Pourcentage de la population dans le quintile le plus pauvre couvert par des programmes de PS ; Pourcentage d'enfants économiquement actifs (7–14 ans) ; Nombre d'allocataires de RSI, AAH, AEH, APA et des BA ; Pourcentage de personnes pauvres accédant aux services de santé, d'éducation ; Nombre de repas distribués dans les restaurants sociaux. Nombre de logements sociaux ;
	Accès au logement	Nombre de logements sociaux construits depuis la mise en œuvre de la stratégie ; Nombre de ménages bénéficiaires de logements sociaux ; Niveau de financement du FSL. Pourcentage des individus impliqués dans une association locale chaque année ; Pourcentage des individus occupant un poste dans une association ou organisation locale chaque année ;
Indicateurs de mesure du capital social	Vie organisationnelle	Nombre d'organisations civiques et sociales par mille habitants ; Nombre moyen de présence aux réunions des associations ou organisations locales ; Nombre moyen de membres dans les associations.
	Engagement dans les affaires publiques	Taux de participation aux élections et au vote ; Nombre d'organismes à but non lucratifs par mille habitants ;
Indicateurs de suivi du financement des programmes de lutte contre les inégalités	Volontariat :	Moyenne de temps travaillé dans un projet communautaire dans une année ; Moyenne de temps de bénévolat au cours de l'année ;
	Vie sociale informelle :	Pourcentage d'individus qui disent passer beaucoup de temps avec les amis ; Moyenne de temps de loisir passé à la maison.
	Confiance sociale	Pourcentage des individus en accord avec le fait que les gens sont dignes de confiance ; Pourcentage des individus en accord avec le fait que les gens sont honnêtes.
		Évolutions globales annuelles du financement par contributions publiques et quotes-parts des différents acteurs de la protection sociale à ces évolutions ; Part des dépenses totales de protection sociale non contributive ou de lutte contre les inégalités dans le PIB ; Pourcentage de dépenses publiques en prestations sociales ; Part des contributions publiques dans le financement de la protection sociale (hors transferts et recettes du compte de capital) ; Part des contributions publiques au financement des différents acteurs de la protection.. sociale.

Source : Direction Générale des Affaires Sociales, 2016

Le Suivi évaluation des programmes en termes d'impact sur les bénéficiaires de différentes mesures sera soutenu par un système d'information et le Registre Social Unique des Ménages actuellement en cours de construction dans le cadre du projet Lisungi. Ce système offre la possibilité de collecter les données de plusieurs secteurs avec des outils communs, la traçabilité des bénéficiaires des programmes sociaux, la possibilité de mesurer facilement l'impact des aides. Il sera également construit un observatoire du capital social communautaire construit sur les indicateurs de Putnam R. Cet observatoire sera décentralisé au niveau de chaque département.

VI.5.9 Principaux risques et mesures d'atténuation

Les risques majeurs liés à la mise en œuvre de la stratégie sont d'ordre économique et financier et aussi d'ordre humain.

VI.5.9.1 L'inscription des différentes mesures de la stratégie comme priorité du PND en cours d'élaboration

Le Congo élabore actuellement le Plan National de Développement 2018-2022. Ce document de référence définit la politique économique et sociale des cinq prochaines années. La DSNRPS doit être pris en compte dans le nouveau cadrage macroéconomique, autrement, il sera difficile de mobiliser les ressources nécessaires à sa mise en œuvre et garantir sa légitimité. Pour ce faire, le ministère doit faire un plaidoyer, à l'image de la PNAS dans le PND en cours de clôture, afin que les principales mesures soient prises en compte dans le nouveau PND.

L'inadaptation de l'organigramme de la Direction générale de la solidarité aux nouveaux programmes définis dans la stratégie.

La direction générale de la Solidarité dans sa forme actuelle compte trois (3) directions centrales dont deux techniques : direction de la promotion de la solidarité et la direction des programmes de solidarité.

Ces structures n'ont pas les mandats clairement définis pour gérer les autres questions relevant de la solidarité notamment les allocations sociales, les logements, les filets sociaux, les mutuelles, les questions des valeurs de solidarité. Afin de soumettre chaque acteur à l'obligation de rendre compte, au niveau central le ministère devra revoir l'organisation de la DGS en créant les directions centrales suivantes en remplacement de celles qui existent :

- la direction des programmes de filets Sociaux pour gérer toutes les questions liées aux transferts en nature ou en espèces (allocations aux ménages à faible revenu, prestations alimentaires, accès aux logements pour les plus pauvres...)
- la direction des organisations de la solidarité et de la cohésion sociale qui s'occupera, du partenariat, de la promotion des valeurs de solidarité, du développement de la mutualité et de l'économie sociale et solidaire
- la direction du Registre Social Unifié pour gérer les questions en lien avec le ciblage, le suivi évaluation des ménages bénéficiaires et de la vulnérabilité des territoires.
- la direction Administrative et Financière s'occupera du volet administratif et financier.

VI.5.9.2 Les difficultés à mobiliser les financements nécessaires à la mise en place des programmes

Les statiques des trois années budgétaires indiquées ci-dessus démontrent que la DGS a une faible capacité de mobilisation des ressources.

En outre, le contexte économique et financier actuel est une contrainte majeure dans la mobilisation des ressources financières nécessaires à la mise en œuvre des mesures arrêtées dans le cadre de cette stratégie.

Toutefois, le FMI, la Banque Mondiale, l'Agence Française de Développement et d'autres partenaires soutiennent que l'investissement dans le capital humain doit être une priorité des pouvoirs publics pour un développement durable. Pour ce faire, le ministère doit profiter de cette opportunité pour faire le plaidoyer afin de mobiliser les ressources financières. Par ailleurs, il faudrait mettre en place des mécanismes de mobilisation des financements innovants.

VI.5.9.3 La faible capacité du personnel du ministère en charge de la solidarité

Le personnel du ministère en général et de la direction générale de la solidarité en particulier dispose de faibles compétences et capacité pour développer les thématiques abordées par la nouvelle stratégie. Le ministère sollicitera auprès des partenaires techniques et financiers une assistance technique de qualité et un transfert de compétence. En outre, les experts évoluant dans les différents projets seront mis à contribution pour assurer le transfert de compétence. Enfin, des sessions de formations continues et initiales seront organisées à l'attention des cadres du ministère.

Conclusion partielle de la deuxième partie

Face à la pauvreté persistante et à l'étroitesse des stratégies de lutte contre les inégalités jusque-là mises en œuvre, l'Etat doit développer la solidarité nationale et définir au niveau national les garanties élémentaires de sécurité sociale qui permettent de prévenir et réduire la pauvreté, la vulnérabilité et l'exclusion sociale.

Ces garanties devraient assurer au minimum à toute personne dans le besoin, tout au long de la vie, l'accès à des soins de santé essentiels et une sécurité élémentaire de revenu. Toutes ces mesures doivent être opérationnalisées dans le cadre d'un document d'orientation de politique générale en la matière.

Dans ce cadre, l'Etat est appelé à construire deux (2) systèmes pour une protection sociale maximale :

- (i) celui des assurances sociales fondé sur l'assurance professionnelle obligatoire et donc sur la solidarité horizontale entre les travailleurs (et leurs familles) membres de groupes professionnels, s'exprimant par le versement de cotisations proportionnelles au salaire ;
- (ii) celui de la sécurité sociale financé par l'impôt et donc fondé sur la solidarité verticale entre citoyens, permettant une redistribution de richesse dans une perspective de justice sociale avec tentative de correction des inégalités.

Le contexte national et international présente des garanties sûres en termes d'appui technique et financier pour conduire une politique visant à maintenir le lien social avec tous les membres de la société.

Par ailleurs cette deuxième partie, nous a permis de revisiter le savoir de la médecine moderne donc officielle au sujet de la drépanocytose, en passant par la conception générale de la notion de solidarité, pour terminer par la présentation de la stratégie nationale de renforcement et de promotion de la solidarité au Congo.

**TROISIEME PARTIE : LA DREPANOCYTOSE
DANS L'UNIVERS SOCIAL BRAZZAVILLOIS**

Introduction partielle de la troisième partie

Cette troisième partie qui boucle notre thèse, comporte trois (03) chapitres qui traitent successivement les problématiques ci-après :

- L'approche sociologique de la maladie ;
- La médecine traditionnelle comme composante stratégique de santé en République du Congo ;
- Et les Fondements de la politique nationale de médecine traditionnelle.

CHAPITRE VII : APPROCHE SOCIOLOGIQUE DE LA MALADIE

Dans la langue française, il n'existe qu'un seul terme « maladie », pour caractériser le dysfonctionnement des organes du corps humain. Or, à partir d'emprunts faits à la langue anglaise, le seul concept « maladie » renvoie à trois (3) acceptions terminologiques, selon sa complexité conceptuelle, à savoir : *disease*, *illness* et *sickness*.

Les Anglo-saxons en général, et les socio-anthropologues de la santé anglo-saxons en particulier, définissent la maladie selon les cas, en *disease*, *illness* et *sickness*, conformément aux trois (3) dimensions que revêt le terme de « maladie », à savoir : le biologique, le psychologique et le social.

Le terme **disease** renvoie à la définition médicale de la maladie, c'est donc « **la maladie du médecin** », parce qu'elle est perçue, analysée, et interprétée selon le savoir médical (la biomédecine). Cette définition est fondée sur une connaissance des symptômes physiques, les signes cliniques de la pathologie et les résultats des examens médicaux du patient, avant que le traitement le lui soit administré, par rapport à la nature de la maladie qui a été découverte.

Le terme **illness** représente, « **la maladie du malade** » telle qu'elle est perçue et vécue par le patient lui-même, car chaque acteur social, quand il est malade, se fait lui-même, une idée ou une représentation de sa maladie, selon les idées reçues de l'environnement socio-culturel dans lequel il se trouve, autrement dit, c'est le discours, la lecture ou la perception de la maladie selon les valeurs culturelles intériorisées par le patient à travers sa socialisation.

Cependant, le terme **sickness** quant à lui, représente « **l'interprétation sociale de la maladie** ». Ici il sied de signaler que, quand une personne est malade dans une société quelconque, cette dernière va avoir, un statut social particulier. La maladie vécue par cette personne va progressivement modifier son attitude, son comportement, sa conduite sociale et ses pratiques sociales vis-à-vis de son entourage immédiat ; faisant de cette personne, un acteur social anémique (qui ne respecte pas les normes sociales établies par la société). En définitive, **sickness** est le produit de la socialisation de la maladie. La maladie **sickness** est considérée comme un facteur désintégrant de l'homme dans la société dans laquelle il vit. C'est ainsi que, le malade **sickness** est considéré par ses proches comme une personne étrange, bizarre, caractérielle et anémique.

Au regard de tout ce qui précède, nous pouvons donc affirmer que la conception française de la notion de maladie est très pauvre et présente des limites qui ne révèlent pas toutes les significations que renferme ce concept de maladie.

Par contre, la conception anglaise de la notion de maladie nous renseigne qu'elle est très riche et variée, en ce sens que la maladie est en même temps une pathologie qui est biologique, psychologique et sociale.

Pathologie biologique veut tout simplement dire, la maladie du médecin (*disease*), selon le savoir médical qui analyse et interprète les symptômes de la maladie par la consultation et les examens médicaux, pour l'identifier puis la nommer dans le grand registre du savoir médical, avant tout traitement adapté à la nature et à l'ampleur de la maladie concernée.

Pathologie psychologique veut dire, la maladie du malade lui-même (*illness*), telle qu'elle est vécue et perçue par la souffrance physique, morale et sociale. La maladie *illness* est donc la résultante du processus de socialisation qu'a subi le malade dans son milieu social d'origine. Cette héritage culturel ayant façonné la personnalité du malade, lui donne la latitude de nommer et surtout d'expliquer sa maladie conformément aux idées culturelles reçues de son univers social.

Pathologie sociale, quant à elle, veut dire, la maladie de la société, autrement dit l'interprétation sociale de la maladie (sickness), car toute communauté humaine sait toujours nommer les maladies qui existent en son sein. Etant donné que la maladie se vit dans une société, de ce fait elle représente, un élément à part entière de ladite société et celle-ci est en mesure de la nommer, de l'expliquer et de l'interpréter, avant de rechercher dans le savoir traditionnel, le traitement le mieux indiqué pour l'éradiquer.

D'où la maladie en tant qu'objet d'étude scientifique complexe, exige de la part du chercheur, une attitude épistémologique qui convoque l'approche pluridisciplinaire, pour mieux la comprendre dans toutes ses formes conceptuelles de disease, illness et sickness.

VII.1 La socio-anthropologie de la maladie en République du Congo

Au Congo en général et à Brazzaville en particulier, les maladies peuvent être classées selon deux (2) catégories, à savoir les maladies naturelles et les maladies surnaturelles.

Les maladies naturelles ou simples, appelées en langue *punu* du département du Niari au Congo-Brazzaville par : « mali ma nyiambi », c'est ce qui relève de l'universel et dont le traitement est généralement connu puis maîtrisé par les membres de la communauté. En pareille circonstance, la guérison est simple, rapide et moins coûteuse ;

Et les maladies surnaturelles ou étranges, appelées en langue *punu* du Niari au Congo-Brazzaville par : « mali ma balosi », c'est ce qui relève du particulier et dont le traitement est généralement complexe, puisque relevant de la dimension mystique. Dans ce cas de figure, la maladie renvoie à des croyances magico-religieuses, la guérison est donc lente, d'autant plus que la maladie a un caractère chronique. C'est ce qui justifie la nature parfois coûteuse du traitement y afférent (NZAMBA NZAMBA, 2009).

Les médecines traditionnelles au Congo se reconnaissent par des structures permanentes qu'elles possèdent toutes. Il peut s'agir de la présence significative du soignant, de la définition même de la maladie, des conditions d'acquisition du savoir, des lieux des soins, etc... Le traitement découle, le plus souvent de la recherche des causes cachées de la maladie. L'agent pathogène n'étant pas toujours objectivement identifié, il est nécessaire d'aller au-delà des phénomènes apparents. La maladie selon l'acception socio-anthropologique, n'a pas toujours de réalités objectives ; elle est souvent le fait des forces invisibles. Il n'en existe pas de définitions objectives hors des représentations sociales ; chaque société élabore le sens du normal et du pathologique selon ses réalités sociales (historique, croyances, us et coutumes). La maladie n'est donc pas toujours qu'une question biologique. On note alors une forte intervention extérieure dans l'étiologie.

Dans le contexte traditionnel congolais, le savoir humain a pu élaborer des pratiques médicales apparemment variées, mais en réalité très proches. Elles examinent les mécanismes cognitifs mis en jeu par le Tradithérapeute ou le nganga, pour construire et structurer son savoir et sa mise en œuvre. Elles examinent aussi les rapports qui peuvent exister entre la médecine traditionnelle en tant que savoir traditionnel et le savoir scientifique.

VII.2 La notion de maladie

Nous pensons nécessaire d'examiner les définitions des concepts « normal » et « anormal », qui sans nul doute contribueront à la compréhension de la notion de maladie.

VII.2.1 Normal et anormal

Définir la maladie mentale comme une entité morbide revient à situer une limite entre le normal et l'anormal. Cette frontière dépendant bien sûr de la conception de telle ou telle autre société. La définition du normal renvoie implicitement à la caractérisation d'une norme sociale générale vers laquelle convergeraient tous les comportements normaux. A cet effet, le rapport entre le normal et l'anormal se lit sous le prisme d'adaptation et d'inadaptation, ou de l'adapté et de l'inadapté dans le contexte social.

Le normal correspond à « l'adaptation réactivée », mieux, à la capacité de changer sa position et de retrouver un fonctionnement correct des événements. S'inscrivant dans cette même logique, DUFRESNE (1972, p. 56) affirme que : « Le normal est celui qui s'adapte, qui résout ses problèmes selon les moyens que le monde et la société mettent à sa disposition ».

Cependant, il ne suffit pas de retrouver un fonctionnement correct en face des événements pour être normal mais aussi, si les situations l'exigent, d'être en désaccord avec sa propre culture si certaines de ces valeurs ne conviennent pas aux aspirations individuelles ou personnelles. Ce qui rejoint la question de la singularité individuelle fondée sur le biologique. On peut toujours comprendre avec DUFRESNE que la normalité se reconnaît à la « normativité » c'est-à-dire au pouvoir qu'à l'homme de s'affirmer et de s'adapter.

Le normal est donc cet individu capable de gérer normalement toute situation conflictuelle, tout événement social et d'en sortir victorieux et libre.

De ces constats, l'anormal renverrait à l'individu qui, non seulement est incapable de réagir ou de retrouver un fonctionnement correct en face des anormalement, au sens d'une régression, d'un dérèglement. Pour Dufresne, l'anormalité se définit par une « normativité au rabais » qui peut aller jusqu'au refus de « normaliser ».

Avec Jean Bergeret (1996, p. 20), la normalité se conçoit surtout en tenant compte bien sûr des spécificités individuelles. Il insiste sur l'indépendance de la notion de normalité par rapport à la structure profonde de la personnalité, car il est évident qu'une personnalité réputée normale empiriquement, peut entrer à tout moment de son existence dans la pathologie mentale, qu'inversement une maladie, même psychotique, précocement pris en charge peut revenir à une situation de normalité. En définitive :

La notion de normalité serait réservée à un état d'adéquation fonctionnelle heureuse au sein seulement de structure fixe, qu'elle soit névrotique ou psychotique, alors d'équilibre au sein d'une même lignée structurelle.

L'examen des concepts « normal » nous permet d'aborder les questions relatives à la notion de « maladie ».

L'une des questions essentielles est la définition de la maladie, son étiologie et sa classification. Cette partie du texte a, entre autres, pour but d'essayer d'y apporter des éclaircissements. Quels sont les principes de classification des maladies ? L'étiologie y intervient-elle ? Quels sont les principes, les techniques et les acteurs de la recherche de l'étiologie ?

Chaque maladie est définie par ses caractéristiques propres, ses symptômes spécifiques qui suscitent diverses représentations et génèrent différents rapports entre le patient, l'entourage proche (parents, amis, voisins) et les thérapeutes (N'ganga/guérisseur et personnel de santé). Les effets que peuvent produire ces représentations sont inséparables des conceptions de vie et de mort, des croyances et des cultes religieux (FAINZANG, 1986, p. 200).

La maladie est complexe en médecine traditionnelle. Les différents processus de la maladie et de sa guérison s'inscrivent toujours à l'intérieur de systèmes de représentations collectives qui relèvent du *sacré*. Toute la médecine traditionnelle, qu'elle soit africaine ou d'ailleurs, procède d'une série d'options qui la déterminent et s'inscrit dans ce que Lévi-Strauss appelle des « systèmes de transformations ».

C'est dire qu'on rencontre partout une série d'éléments constants et d'éléments variables, tant au niveau de l'image qu'une société donnée se fait de la maladie, qu'au niveau de ses procédés et ses techniques thérapeutiques. La maladie n'est jamais considérée en Afrique comme un phénomène isolable qui viendrait s'abattre sur un individu particulier. Elle est toujours vécue et comprise comme une *dégradation* des liens sociaux dont le malade est victime. Elle est une rupture d'équilibre, un désordre et un conflit. Elle n'est pas

le fait d'une cause unique, mais la conséquence de la rencontre à un moment donné de divers éléments indépendants. La maladie résulte d'un rapport de forces nouveau qui déséquilibre, au moins provisoirement, les délicats mécanismes qui (nous) maintiennent en bonne santé (ADJIDO, 1994, p. 248).

Et, « il n'est pas difficile de déterminer les causes de maladie ; pour cela il n'y a que deux possibilités : elle est causée soit par les *bandoki* soit par les *minkisi* » (« *to determine the causes of illness is not difficult, for there are only two possibilities : it has been caused by bandoki or by minkisi* » (HAGENBUCHER-SACRIPANTI, 1998, p. 24).

Avant d'aborder la typologie de la maladie, nous aimerions jeter un regard particulier sur le sens et la signification que l'on donne à la maladie mentale chez les *Kongo* du Congo Brazzaville.

VII.2.2 Sens et signification de la maladie mentale chez les kongo du Congo Brazzaville

Nous avons précédemment souligné l'intérêt de parler de la notion de sorcellerie en nous inspirant des travaux d'Ibrahima Sow. Il est nécessaire d'examiner les notions du « bien » et du « mal » qui appuient la première et ensemble, rendent mieux compte des représentations collectives de la maladie mentale.

VII.2.3 Le « bien » et le « mal »

Ce sont deux notions d'usage au Congo. Ils renvoient à des réalités qui ne peuvent se laisser saisir qu'à partir de la signification qu'on leur donne quand on les traduit en *kongo* ou en *Kikongo* (l'une des langues vernaculaires au Congo Brazzaville). Ainsi, « bien » devient « *mboté* ou *buboté* » et « mal » devient « *yimbi* ou *mbi* ». Dans quelles circonstances emploie-t-on ces termes et à quels types de réalités renvoient-ils ? Au demeurant, il faut noter l'aspect polysémique de ces termes. Ici, on retient les sens suivants :

VII.2.3.1 M'boté ou buboté :

Veut dire salutation voire bonjour. Par l'acte de saluer (en serrant les mains) cela signifie que l'on formule un vœu de bien-être, cela implique aussi le souhait de bonne santé.

Si le fait de dire « *bonjour* » traduit le souhait de bien-être, cela implique aussi le souhait de bonne santé.

- | | |
|--|---|
| – <i>Buboté lwéna ?</i> | Etés-vous en bonne santé.. ? |
| – <i>Nitu ya mboté ou nitu ya kola :</i> | Le corps est en bonne santé.. |
| <i>Mboté ou buboté :</i> | Faire le bien sous différentes formes. |
| – <i>Yandi zébi sala buboté :</i> | Il travaille bien. |
| – <i>Yandi muntu wa m'boté :</i> | C'est quelqu'un de bien, altruiste. |
| – <i>Muntu wa m'boté zingila pele, mboba nloka :</i> | Quelqu'un de bien ne vit pas longtemps, il finit toujours par être ensorcelé. |

VII.2.3.2 Yimbi ou mbi :

- *Muntu ya yimbi* : Quelqu'un de méchant.
- *Nzutu ya munu ke yimbi* : mon corps va mal.
- *Ni yandi muntu me loka ngué* : C'est lui qui est à l'origine de ton mal, donc c'est lui le sorcier²².

On remarque qu'au fur et à mesure que l'on analyse ces termes, ceux-ci nous renvoient irrémédiablement vers la notion de corps. Le corps comme lieu de cristallisation de la souffrance, cible du persécuteur, lequel use toujours de la sorcellerie. Alors qu'est-ce que la sorcellerie, En quoi cette pratique fait-elle partie des représentations sociales au Congo Brazzaville ?

VII.2.3.3 Sorcellerie-Environnement-Persécution

Fidèle au principe d'autoréférence sociale, l'homme traditionnel kongo adopte, face au désordre c'est-à-dire à la maladie, une démarche particulière qui consiste à rendre l'homme (l'Autre) responsable de l'inscription du désordre, en se donnant les moyens imaginaires, symboliques ou concrets de le produire. Ces moyens sont ce que nous appelons « *les forces productives* » du désordre que sont la sorcellerie, l'envoûtement, la persécution. Parallèlement, se donner les moyens de produire le désordre signifie aussi, dans une certaine mesure, se donner la possibilité symbolique ou imaginaire de réparer, d'éliminer ces méfaits.

Louis-Vincent THOMAS (1977) fait une distinction entre ce que les anglo-saxons nomment *magician* (magicien), *sorcerer* (qui se livre à la magie) et *witch* le sorcier proprement dit. Le tableau n°1 résume les distinctions entre les caractéristiques des trois personnages.

²² Ces trois expressions qui illustrent le mal sont en kituba (ou Munukutuba), une variante de la langue Kikongo. Le Munukutuba ncore appelé Kikongo ya léta (le kikongo officiel-de l'Etat) est très parlé dans les villes congolaises, ainsi qu'à la télévision.

Tableau 11: Différenciation des caractéristiques du magicien et des sorciers

Magie Magician (Magicien)	Wizardy (1), Sorcellerie lato sensu Sorcerer (Magicien/sorcier)	Witch (Sorcier stricto sensu)
Conscient de son état et de ses actes. Vend sa force de travail	Conscient. Agit délibérément.	Inconscient de son état et de ses actes. Animé en fait par une force incontrôlable.
Responsable devant le groupe..	Responsable devant le groupe..	Responsable devant le groupe..
Motivations objectives. Le plus souvent être utile à lui-même, à autrui (devin, guérisseurs, oracle, chasseur de sorcier)	Motivation objective. Poussé par le désir de nuire, de se venger, de supprimer le rival dangereux.	Pas de motivations objectives (ou du moins plus rarement). Accomplit ses actions malfaisantes de façon quasi-permanente.
Pouvoir lier ou non à une entente avec une puissance	Pouvoir lier ou non à une entente avec une puissance	Souvent un état. Le Witch est possédé ou habité par une entité malfaisante, que décèle, sous forme de symbole matériel la divination.. ou l'autopsie.
Technique qui opère à l'aide de substances matérielles bénéfiques dont il a le secret et de paroles magiques. A toujours besoin d'un relais matériel (usage extérieur de techniques)	Technique qui opère à l'aide de substances matérielles bénéfiques dont il a le secret et de paroles magiques. A toujours besoin d'un relais matériel (usage extérieur de techniques)	Agit par machination surnaturelle, indépendante de sa volonté (télékinésie, métamorphose).Travaille à distance et n'a pas besoin de relais matériel (fantasme de dévoration)
Parfois don inné ou révélé mais la plupart du temps acquiert cette situation par apprentissage, pratique matérielle, initiation.	Parfois don inné ou révélé mais la plupart du temps acquiert cette situation par apprentissage, pratique matérielle, initiation.	Situation héréditaire, donnée par essence ; peut se confirmer par initiation.
Personnage ambivalente à cause de son pouvoir. La valence positive prédomine	Toujours redouté et redoutable	Toujours redouté et redoutable

Source : L.-V. Thomas, 1917

Comme on le voit, une coupure majeure s'inscrit entre la magie blanche et le *wizardy* (sorcellerie lato sensu) ; elle correspondrait selon Louis-Vincent THOMAS (1977) à l'opposition bien/mal, licite/illicite, l'admis/le puni.

En effet, le sorcier et la réalité dont il fait partie se rangent du côté du mal, de la nuit, de la destruction, de l'antisocial, alors que le magicien, lui, appartient au bien, à la lumière, au jour, à la construction, au social. La magie noire serait du côté du désordre, et de la nuit. La magie peut avoir toutes sortes de fonctions religieuses, ou profanes (thaumaturgie, sortilège, alchimie, para-médecine, etc.). Parler de sorcellerie ou d'envoûtement, c'est en fait parler aussi de la persécution. Tous ces mots sont synonymes d'après le répertoire sémantique congolais, car ils définissent tous une pratique sociale dont l'ultime but est soit d'infliger le mal à autrui, soit de protéger quelqu'un de sa famille contre les attaques maléfiques. Alors, qui nomme-t-on sorcier chez les kongo du Congo Brazzaville ? Comment le devient-on ?

D'après certains personnages, le sorcier serait tout d'abord quelqu'un de la famille qui occupe une place privilégiée au sein de ladite famille. Son action intervient quand il y a mécontentement de ses droits ou lorsqu'on enfreint une norme. Par le biais de la pratique de sorcellerie, il vise le rétablissement de l'ordre perturbé au sein de la famille. C'est aussi quelqu'un dont le pouvoir mystique découle d'une initiation qui se fait quel que soit l'âge, pendant la prime enfance comme à un âge avancé, ce dernier n'est pratiqué que la nuit.

Avec sa mobilité exceptionnelle, le sorcier est capable de se déplacer d'un continent à un autre (mystiquement bien sûr !) sans utiliser d'appareils aériens quel que soit l'endroit où se trouve la victime. A défaut de se déplacer, le sorcier peut juste se limiter à proférer une simple parole à l'encontre d'une personne se trouvant dans une localité lointaine. Ce que nous avons montré précédemment ; « *Avec la parole on bénit, avec la parole on maudit* »

Cependant, la sorcellerie n'est pas seulement néfaste. Le sorcier peut être utile lors de la guérison d'un malade que la médecine occidentale n'a pas pu soulager. Grâce à la vertu curative de certaines plantes dont regorge la forêt qui constitue le sanctuaire du sorcier, il peut remédier à divers maux et protéger également l'individu contre toutes les attaques maléfiques. C'est le cas des tradithérapeutes (*N'ganga N'kissi ou n'ganga N'zambi*) qui, eux, peuvent démasquer les sorcier et affaiblir leurs pouvoirs.

En revanche, pour qu'il préserve son côté bienfaiteur, il ne doit se livrer ni au cannibalisme, ni à la ristourne nocturne (pratique des sorciers consistant à sacrifier chacun à son tour un membre de sa famille), quelle que soit la sollicitation des autres sorciers, au risque d'être contraint à son tour d'offrir aux associés de la chair humaine. Par ailleurs, toute attaque du sorcier se traduit par la durée de la souffrance qu'il inflige au malade. Quand la souffrance est d'une courte durée et que sa mort advient subitement, on dit généralement que le sorcier a voulu achever directement la victime sans d'abord le faire passer par un long temps d'épreuve et de souffrances.

Si la maladie dure longtemps, malgré les différents recours aux médecins occidentaux et aux radiothérapeutes (*N'ganga N'zambi ou N'ganga N'Kissi*), on dit alors que le sorcier veut tout d'abord faire souffrir la victime avant de l'achever. C'est dans cette optique que le mot « *persécution* » intervient. « *Au lieu de persécuter mon fils, il vaut mieux qu'on l'achève directement* » disait l'accompagnant d'un malade. Nous faisons nôtre la phrase de Jeanne FAVRET-SAADA (1977, p.79) qui, en parlant des pratiques de sorcellerie dans le bocage normand dit : « En sorcellerie, c'est toujours l'autre qui prend l'initiative de l'interprétation »

De même qu'il faut la parole de l'annonceur pour qu'une personne s'autorise à se dire ensorcelée. Jamais un sorcier n'avoue ses crimes, pas même s'il délire à l'hôpital psychiatrique.

Le sorcier, c'est l'« être » nommé par ceux qui tiennent le discours de la sorcellerie (ensorcelés et désenvouteurs) et il n'y apparaît que comme sujet de l'énoncé. Ses victimes assurent qu'il n'y a pas besoin de s'avouer sorcier parce que sa mort parle de lui ; chacun rit à ses funérailles parce qu'il est mort de façon significative, emporté en quelques heures à la suite de la prédication d'un devin. Ainsi, quels sont les mécanismes qui sont mis en jeu dans la pratique de la sorcellerie ?

Celui que vise le sorcier, c'est quelqu'un qui se distingue par sa notoriété ou par son cursus scolaire ou qui est prédisposé à occuper une place honorable dans l'échelle sociale (chef de famille). Et, dans d'autres circonstances, ceux qui enfreignent la norme sociale. Le sorcier va donc pratiquer la politique de l'escalade, graduant sa violence en fonction de deux critères :

- La distance qu'entretient l'élément visé, avec le chef de famille : telle agression attaque l'ensorcelé plus ou moins rapidement ;
- La résistance de chaque élément à l'agression magique : il est plus difficile de jeter un sort quand tout est enclenché et quand une batterie a été disposée par avance pour y faire face.

Cette politique de l'escalade suppose que l'attaque de sorcellerie s'inscrit dans une durée assez longue, celle qui convient à une guerre d'usure. Seule la répétition des atteintes autorise l'ensorcelé à se dire tel. Quel que soit l'élément attaqué, il ne l'est jamais lui-même, mais en fonction de sa relation au chef de famille. Convenons de nommer ces éléments, les possessions de l'ensorcelé et leur ensemble (dans lequel est incluse la personne même de l'intéressé), son domaine. Même si la possession visée est un être humain (l'épouse, les enfants), l'attaque vise le possesseur. Celui-ci est affecté par ce qui advient à n'importe quel élément de son domaine : son être solidaire dans l'ensemble.

A terme, c'est le corps de l'ensorcelé qu'il s'agit, pour le sorcier d'atteindre. Mais dès le début de la guerre, l'ensorcelé se définit d'une manière absolument différente de ce que Descartes, par exemple entendrait par sujet : un « je pense » qui serait idéalement distinct de tous les attributs de « je ». Le « je » de l'ensorcelé, c'est l'ensemble constitué par lui-même et ses possessions, c'est-à-dire l'ensemble qui est socialement rattaché à son nom propre. Dans un tel ensemble, on ne saurait distinguer corps et biens parce que les biens font corps avec ceux dont ils portent la marque du nom. C'est pourquoi on pourrait désigner cet ensemble indifféremment comme domaine ou comme corps de l'ensorcelé. L'ensorcelé et/ou chacune de ses possessions est atteint dans sa « *force* », c'est-à-dire dans sa capacité de :

- survie (maladies et mort de gens)
- reproduction (stérilité des bêtes et des gens)
- production (épuiement de la force de travail, détérioration des moyens de production, tarissement des sources , stérilité des terres, contraintes à des dépenses improductives).

Ces trois dimensions ne sont pas distinguées dans le parler local. Le sort jeté est dit plus « dur » ou plus « fort » s'il atteint la capacité de survie plutôt que les deux autres genres de capacité ; moins « dur » s'il n'atteint que la capacité de production. Dans tous les cas, l'ensorcelé considère qu'à terme, c'est sa capacité de survie qui est en question : c'est pourquoi il n'y a pas lieu de distinguer ces trois dimensions.

Cette capacité de survie, de production désignée précédemment par l'expression de force vitale peut être nommée comme un capital ou un potentiel économique propre à tout possesseur du domaine. Il faudrait peut-être, à présent, rompre avec le discours populaire des ensorcelés pour énoncer deux présupposés sans lesquels le système (ou le discours) tout entier serait inintelligible :

- Il n'existe pas d'espace vital vacant, pas de nouvelles frontières à conquérir, pas de terres vierges à investir : tout l'espace vital est cadastré, c'est-à-dire marqué au nom d'un possesseur.
- Quelle que soit la situation envisagée, il convient de distinguer un point de vue dynamique (la force) et un point de vue topologique (le champ d'investissement de cette force).

Les représentations de deux domaines (celui du sorcier et celui de l'individu quelconque) sont strictement complémentaires ; il n'y a de manque pour l'un qu'au regard de la suffisance de l'autre, et réciproquement.

Précisons que la force du sorcier ne vise rien d'autre qu'à capter celle de l'ensorcelé, à élargir son domaine au détriment de ceux d'autrui, sans avoir à se soumettre aux médiations symboliques ordinaires (travail, échanges, vol, etc.). Autrui en l'occurrence, représente des individus quelconques, non pas des sorciers ou des désenvoûteurs/désensorceleurs.

Car, d'une part, les sorciers ne s'attaquent pas entre eux, mais sont complices « *se communiquent* » et « *font masse* » : c'est là une règle absolue. D'autre part, quand le sorcier défend de l'attaque du désensorceleur, c'est parce que celui-ci est venu interposer sa force entre celle de l'agresseur et celle de la victime, empêchant le premier de s'y brancher. Lors de cette situation, le fait que le désensorceleur dispose lui aussi d'un excédent de force n'intéresse pas le sorcier.

Voilà comment se laisse entendre de manière globale le phénomène de sorcellerie chez les *Kongo* du Congo Brazzaville. Celle-ci étant au cœur des représentations de la maladie mentale communément partagés par la collectivité, elle influe sur la perception qu'on a du malade mental. Ce dernier est considéré comme victime et il n'est pas rejeté par le groupe. Il fréquente les endroits publics, partage parfois ses repas avec les autres membres de la collectivité.

De nombreux travaux sur la psychopathologie africaine dont ceux réalisés par Ibrahima Sow et Henri Collomb insistent sur la tolérance dont bénéficient les malades mentaux en Afrique.

Ces malades font partie intégrante de la société ; ils participent tant bien que mal aux activités quotidiennes du village : travaux champêtres, cueillette, pêche, etc. Ils ont, tout comme les personnes dites « normales », leur place au sein de la communauté. « *Kilawuki na nkwa mayela salu bena mu kanda* » (le malade mental ainsi que la personne dite saine d'esprit sont utiles pour la communauté) affirme un proverbe *kongo*, à la différence de certains débiles et mal formés qui au temps jadis étaient éliminés à leur naissance sous prétexte qu'ils étaient porteurs de malheurs.

Un autre proverbe ajoute également « *Fwéti zaba, tiya tu nata lawuki gâ mbongi, twa ba yétéla* » (Saches que, le feu apporté par un malade mental au cénacle, on s'y réchauffe toujours). Mais ce qui renforce cet humanisme *kongo* même dans la maladie la plus pénible, peut se lire dans cette assertion : « *ka kwena zala dia bantu ko* » (il n'existe pas de déchetterie où on pourrait se débarrasser d'un être humain).

Dieudonné Tsokini dans son ouvrage « *Psychologie clinique et santé au Congo* », pense que la sorcellerie, à la fois controversée et acceptée, est un phénomène contigu sinon inhérent à la nature humaine et qui, selon les espaces, les époques, a pris diverses formes d'expressions. Du totem protecteur à l'agresseur qui détruit, la sorcellerie fait partie de l'univers congolais et figure en bonne place dans la cosmogonie africaine. Ainsi, traiter de la sorcellerie, c'est s'engager dans un débat autour de la problématique de l'homme africain. Elle consistera, d'un point de vue phénoménologique, à cerner l'homme dans son essence et dans son existant face à l'autre que la psychologie africaine situe au centre de l'« existant » de l'individu et de son existence. C'est dire, selon cette logique, que la personne africaine est à l'autre, avec l'autre et pour l'autre et que finalement elle existe par rapport à l'autre.

A cet égard, les travaux de l'école de psychologie pathologique africaine de Fann à Dakar rapportent que l'agresseur sorcier persécute en produisant chez l'autre, l'agressé, l'ensorcelé, la victime, un état dégressif, c'est-à-dire un état fait de douleur, de souffrance, de crise, de plaintes, de malheurs, et même de maladie psychosomatique, dans un contexte systémique, notamment socio-familial déficitaire, où la dynamique de la personnalité du sujet est mise en jeu.

Pour l'auteur, toutes ces considérations invitent à engager une lecture sociale de la sorcellerie en la plaçant dans un écosystème cosmiquement structuré où la référence à l'au-delà qui vivifie l'ancestralité dans une sorte de mise en relation, soit verticale, soit horizontalement avec les autres, surtout en cas de malheur ou de souffrance constitue un indicateur majeur.

Cette mise en relation, positivement éprouvé en temps de paix, de réussite ou de toute autre souffrance. Dans ce dernier cas de figure, c'est-à-dire en temps de peine, de malheur, de difficulté insurmontable, le fait de la sorcellerie, au lieu de servir de mécanisme de protection, de réparation et même de socialisation, notamment à travers les, pratiques initiatiques, devient l'agent du désordre qui de plus en plus se développe dans ce monde africain devenu anémique et anachronique où l'agressivité, la rancune, la jalousie, la haine supplantent l'altruisme qui a toujours caractérisé l'Africain.

Selon cette approche, Dieudonné TSOKINI (2008, pp. 69-70) pense que la sorcellerie est donc à la fois une production psychologique et une pratique sociale, qui régulent les divers procédés relationnels et conditionnent le mode de gestion des déséquilibres individuels au sein du système familial. On la considère comme une affaire de famille, mieux, une affaire de culture, de croyance qui renvoie aux confins de l'historicité africaine et congolaise mais qui, malheureusement aujourd'hui, obéit à la logique de la, rupture, du syncrétisme c'est-à-dire celle du désordre.

La sorcellerie exprime le désordre, sème la désolation, révèle les déchirures et notifie la conflictualité des rapports sociaux et, pour l'état de conscience collective qui préside à la gestion des rapports sociaux et, pour ce faire, s'appuie sur la croyance qui, selon la teneur, la prégnance et le niveau culturel, confère soit sa fonctionnalité réparatrice, soit son opérationnalité déstabilisatrice.

En tant qu'instance persécutrice et prise comme telle, la sorcellerie est de l'ordre du discours se déroulant en jeu de société. Elle se sert de l'existence sociale pour expliquer les relations de haine, d'hostilité, de frustration, et pour faire prendre en charge par le groupe les problèmes individuels. Actuellement, elle est une des réponses données par la société au problème de l'existence du mal. Une maxime douala du Cameroun dit que : « *ton sorcier fait partie de ton corps* », c'est-à-dire que celui qui veut du mal est toujours l'un des proches (de par l'importance et l'impact du self et du self donné à l'autre) et il fait partie du groupe familial.

Il convient, en outre de noter que la sorcellerie a un rôle de régulation individuelle et sociale puisqu'elle permet tout à la fois de localiser l'origine du mal (l'atteinte à la cohésion groupale), de l'exorciser (expulsion, destruction du sorcier) et ainsi lever l'angoisse suscitée par l'absence de sa localisation et procéder à une remise en ordre de la famille et du groupe.

Sur le plan psychologique, il s'agit d'un système d'agressivité contre l'autre et dont le vécu est présenté comme une source de menace, d'angoisse, de peur intense. De ce point de vue, le conflit résultant de la sorcellerie atteste la perte de la relation au niveau familial, et l'opération psychopathologique s'effectue sous forme de la dyade persécution-dépression, en ce sens que l'agresseur persécute en déprimant l'être son sujet persécuté.

VII.2.4 Taxinomie de maladies

Chez les *kongo*, on distingue deux types de maladies en se fondant sur trois paramètres : la cause de la maladie, la gravité de celle-ci et le type de *N'ganga* habilité à les traiter. Nous avons donc les maladies dites naturelles, et celles dites sorcellaires dont la gravité est plus aigüe et qui nécessitent l'intervention du *N'ganga* de deuxième type.

Une distinction est établie entre les types de maladie. Celles dites naturelle qui se traitent par les *N'ganga* exerçant au premier niveau du *bunganga* sont appelés « *maladies de Dieu* » ou maladies naturelles. En général, ces maladies ne résistent pas au traitement qui est donné. Les maladies relevant du deuxième niveau sont dites « *maladies des sorciers* ». Elles n'ont pas de symptômes précis. Elles peuvent se manifester par des troubles mentaux ou par des effets physiques. Les traitements sont liés au type de la maladie identifiée. En fait, ces « *maladies des sorciers* » se manifestent de plusieurs façons.

Pour DROZ (1997), les Indiens d'Otavalo en Equateur établissent leurs catégorisations de la même façon. Ils identifient les maladies « *del campo* » ou de la « *calle* » contre lesquelles la médecine moderne est impuissante et les maladies de « *dios* » où cette dernière est efficace alors que la *yachac taita*²³ peine.

La taxinomie des maladies ici proposées confirme celles déjà rencontrées au Gabon chez les Fang (MEDJO-MVE, 1994) par exemple qui distinguent deux catégories de maladies : les maladies banales (*zôzô okwan*) et les maladies du village (*akwan ya dzaa*). L'appartenance d'une maladie à l'une ou l'autre de ces catégories dépend de la manière de la contracter. C'est-à-dire, qu'elle soit une maladie provoquée ou non. Il existe des maladies qui entrent dans cette catégorie et qui ne sont en réalité que le résultat du comportement sorcellaire du malade.

En rapport avec ce que nous venons de voir ci-dessus, les systèmes de représentations culturelles de la maladie dans la société Baoulé en Côte-D'ivoire ressemblent aux systèmes des autres sociétés en Afrique noire. Il est possible de repérer deux groupes principaux d'interprétations distinctes de la maladie en pays baoulé²⁴ auxquels correspondent deux tableaux cliniques différents.

- Le premier groupe attribue l'évènement pathologique à la transgression d'un des interdits familiaux.
- Le second groupe interprétatif relie la maladie à l'action délibérément agressive d'un bayéfoué ou d'un ndoki en kongo c'est-à-dire d'un sorcier.

Enfin, précisons d'emblée que le premier type d'explication infiniment plus archaïque et plus traditionnel que le second est *de très loin*, contrairement à ce qui se passe dans d'autres populations, *le plus répandu c'est-à-dire celui auquel on a le plus fréquemment recours dans les villages baoulé* (LAPLANTINE, 1976, p.59).

²³ Terminologie local utilisée par les Indiens d'Otavalo en Equateur pour désigner le nganga.

²⁴ La société baoulé appartient au grand rameau des peuples akan. Malgré son homogénéité, elle est en fait un conglomérat ethnique composé de plusieurs cultures : les envahisseurs achantis qui ont occupé à partir di XVIIIe siècle la région qui se situe au centre de l'actuelle Côte d'Ivoire et les populations autochtones (gouro, tagouana...). C'est une société matrilineaire encore aujourd'hui fortement hiérarchisée et dont l'économie est essentiellement tournée vers la culture des ignames

En effet, si un individu a « caché son corps » très loin, le *sorcier* qui essaie de lui jeter un sort, subit lui-même le « choc en retour » dont l'intensité est beaucoup plus aggravée que la maladie qu'il a lui-même déclenchée.

Pour soigner ces maladies, il faut passer obligatoirement par une étape de reconnaissance de culpabilité. Dans ces cas des maladies, la guérison consiste donc en un processus de disculpation : *le sorcier* doit avouer ce qu'il a tenté de commettre comme acte. C'est un préalable pour espérer aller vers la guérison. Le fait de « cacher le corps » est un type de traitement préventif destiné à rendre le corps du patient invisible à tout acte de sorcellerie alors que « choc en retour » est une expression locale utilisée pour désigner le retour d'un sort lancé à son auteur.

En résumé, de nombreuses maladies peuvent avoir une origine naturelle ou non naturelle. Le degré de gravité de celle-ci est un critère pertinent pour l'identification du type de maladie. Une maladie naturelle n'est pas très souvent très grave et se traite aisément. Le premier niveau de *bunganga* suffit pour cela. Une maladie conduisant à la mort n'est plus une maladie simple.

Elle devient une maladie sorcellaire qui ne peut se faire traiter que chez les *N'ganga* de deuxième niveau. Mais, de toutes les façons, qu'elle soit provoquée ou non, la maladie a toujours pour résultat de déstructurer l'équilibre. Les sociétés traditionnelles africaines estiment, que cette causalité naturelle est doublée par une origine plus décisive de la maladie et mérite donc une autre explication.

Le souci de cette pensée qui conditionne à la fois l'interprétation du normal et du pathologique et la riposte thérapeutique qui est infligée à la maladie, correspond à un besoin de rendre à tout prix le monde signifiant et de pourchasser l'absurdité partout où elle pourrait se cacher. Une telle attitude qui affirme par-dessus toute chose que nul ne tombe malade au hasard, que tout a une cause et que toute cause renvoie à la totalité d'un système, relève d'un véritable acte de foi dont le but constant a toujours été de dissoudre le mystère de l'inconnu.

Cette mentalité, Hubert et Mauss au début du siècle passé ont eu absolument raison de le qualifier de « gigantesque variation sur le thème de principe de causalité »²⁵.

La maladie est un cas particulier d'une logique générale : la logique de malheur. Ceci peut se comprendre de la manière suivante : les raisons qui entraînent la maladie d'un individu ont la même origine que celles qui produisent par exemple la stérilité d'un couple, les troubles du comportement, les disputes à l'intérieur d'une famille etc., et par-dessus tout évidemment la mort. La maladie n'est à vrai dire jamais considérée seulement comme une atteinte d'un membre du corps ou d'un organe. En poussant le raisonnement jusqu'au bout, on pourrait dire que c'est tout l'individu, et plus encore tout le groupe auquel il appartient qui est frappé par la maladie. C'est la raison pour laquelle toutes les thérapies africaines sont simultanément des psychothérapies et des sociothérapies. Guérir le malade pour Zamenga Batukezanga (1981, p. 9) C'est :

Pénétrer le monde socioculturel du malade, appréhender l'ensemble des émotions qui agissent sur l'individu et dont dépend quelques fois et même très souvent la guérison. Bref, c'est connaître à fond la nature intime et ambiante du malade.

La guérison des maladies dues à la sorcellerie passe dans la plupart des cas par une initiation. Il s'agit souvent de maladies que le *N'ganga* juge difficile à traiter sans l'aide du malade lui-même. Il lui propose donc de se faire initier afin que lui-même trouve les raisons de sa maladie. N'oublions surtout pas que nous avons dit que le plus important dans le *bunganga* c'est l'étiologie. Une fois que l'origine du miel est connue, le traitement est alors plus aisé. C'est pour cette raison que la première étape de la consultation sera de découvrir l'origine de la maladie. Les traitements engagent plusieurs individus. Il n'y pas que le malade et le *N'ganga*.

La recherche de la guérison appelée souvent itinéraire thérapeutique recouvre l'ensemble formé par les réunions de famille, le recours aux différents praticiens et les rites pour résorber la maladie » (Nguimbi Mabiala, 1994, p. 60). Et, « la quête de la guérison est fonction de la nature de la maladie (Nguimbi Mabiala, 1994, p. 60).

²⁵ L'anthropologue africain, John MBITI, résume très bien à notre avis, les termes de ce point, lorsqu'il écrit : «Même si le malade sait qu'il a du paludisme parce qu'un moustique porteur de malaria l'a piqué, il voudra quand même savoir pourquoi c'est lui que le moustique a piqué et non pas un autre. » Religion et philosophies africaines Editions Clé, Yaoundé, 1972.

Les maladies sont classées suivant leur étiologie. A partir de l'étude des causes des maladies, on en établit une typologie. Les symptômes n'entrent pas suffisamment en ligne de compte quand il s'agit de déterminer une classification des maladies.

Tout compte fait, dans la tradition comme de nos jours, quand quelqu'un tombait malade, on se référait à la médecine familiale qui est l'ensemble des recettes accessibles à tous pour soulager les affections bénignes. C'était une automédication traditionnelle. Après l'échec de cette pratique, la famille se concertait pour voir ce qu'il fallait faire afin de guérir le malade. En ce moment-là, en fonction de la pathologie en cause, commençait l'itinéraire qu'il fallait suivre.

Les connaissances empiriques nous rapportent qu'il y avait déjà des spécialistes dans la médecine dite traditionnelle. Dans le département de la Bouenza²⁶ par exemple, on trouvait des guérisseurs qui étaient spécialisés en stomatologie, etc.

En traumatologie, il y avait un guérisseur à Mouyondzi²⁷ le nommé Makélé, qui réparait traditionnellement les os fracturés, quelle que soit la nature de la fracture. C'était de même pour les couples qui éprouvaient des difficultés de procréation et des personnes qui souffraient de la maladie mentale, etc. Il était rare de voir un guérisseur soigner toutes les maladies c'est-à-dire être généralistes comme sont devenus certains *N'ganga* de nos jours.

Chaque *N'ganga* avait sa spécialité. Cette dynamique médicale traditionnelle à l'époque, avait fait de sorte que les grands *N'ganga* étaient connus à partir des pathologies qu'ils soignaient. Lorsqu'on parlait d'une fracture, tout le monde savait qu'il fallait aller à Mouyondzi où habitait le spécialiste. Il y avait dans les temps anciens des spécialistes des maladies mentales.

²⁶ Le département de la Bouenza est situé dans la partie Sud occidentale de la République de Congo. Il est compris entre le 3^{ème} et le 4^{ème} degré de la latitude Sud d'une part et entre le 12^{ème} et le 14^{ème} degré de la longitude Est d'autre part. il est limité au Nord par le département de la Lékoumou, au Sud par la République Démocratique du Congo, à l'Est par le département du Pool et à l'Ouest par le département du Niari.

²⁷ C'est une sous-préfecture du département de la Bouenza.

Ils agissaient sur le malade jusqu'à réduire ou à faire disparaître le désordre psychique. Lorsqu'il y avait des maladies graves ou des complications dans la guérison, on associait toujours un guérisseur qui était capable de désensorceler et de protéger le malade.

Déjà à l'époque on trouvait des spécialistes traditionnels en matière de procréation, de fractures des os des membres, des maladies mentales, etc. mais ne connaissent pas ces termes, ils étaient tous appelés *N'ganga*, spécialistes en telle ou telle autre pathologie. Cette distinction était bien inscrite dans la conscience collective en tenant compte des réalités socioculturelles.

Cette expérience de la Bouenza est l'expression de l'identité culturelle des populations de cette zone. Dans le cadre des maladies mentales, les *N'ganga* spécialistes de cette pathologie jouaient le rôle de « psychiatre » et de « psychologue », parce qu'ils prenaient globalement en charge les patients de cette pathologie. Bien que cela se faisait de manière traditionnelle, mais les malades trouvaient satisfaction parce qu'ils guérissaient.

D'ailleurs, l'expérience chinoise en matière de médecine traditionnelle nous permet de dire qu'il a des pratiques spécifiques à telle ou telle autre société. C'est pourquoi certains disent que l'homme est le reflet de son milieu. Il ya donc interaction entre l'individu et son milieu. Ainsi, lorsque l'on parle de l'acupuncture qui ne date pas de nos jours, cela nous renvoie à la culture chinoise, donc à la médecine chinoise. C'est un des éléments de leur identité culturelle. La société était bien organisée dans le domaine de la santé, puisque les malades étaient soulagés de leurs maux.

L'intervention proprement dite du *N'ganga* consiste toujours à remodeler l'espace social de la famille en leur fournissant à l'un et à l'autre un certain nombre de signifiants culturels aptes à réorienter la totalité du système que l'on estime perturbé par les symptômes d'un seul dans un sens résolument unifiant.

Le fait de rassurer le patient de ce qu'il était désensorcelé et protégé, contribuant au soulagement ou à la guérison. Le circuit thérapeutique n'était pas du tout long parce qu'il se déclinait de la manière suivante :

Sujet/ (la famille) -----> *N'ganga*.

Cette procédure met en évidence deux éléments : le patient/ sujet/ la famille et le *N'ganga*. Le premier élément est constitué du patient et de sa famille et le deuxième du *N'ganga seul*. Mais ce qu'il importe de saisir, c'est que nous sommes chaque fois, quel que soit l'élément réputé intempestif qui suivent, dans une *relation multipolaire* dont les invariants sont constitués par les éléments suivants :

Le malade et sa famille abandonnés par les puissances protectrices.

Le mal qui l'agresse dans son corps, et qui est le symptôme d'une destruction sociale pouvant concerner la famille, l'environnement, voire dans certains cas, le lignage ou la tribu tout entière.

Le *N'ganga* et ses assistants qui ont pour tâche de rééquilibrer le système social menacé.

- Le sacré représenté chez les Kongo par la force protectrice fondatrice de l'ordre social et du bien commun que sont les ancêtres et les génies qu'il convient d'invoquer et d'apaiser.

La société elle-même enfin, qui est atteinte dans son équilibre, et plus particulièrement l'environnement où est survenu la maladie et qui fournit à tous et à chacun des modèles d'identification, des systèmes d'interprétations et un langage commun qui va précisément provoquer le processus thérapeutique.

Le malade n'est donc après tout, qu'un élément d'un ensemble de signification désintriquées. Il exprime la fragilité du système à un moment donné de son histoire. De plus, il importe de comprendre que chaque pôle entre, à l'occasion de la maladie d'un seul, en relation polémique et conflictuelle avec tous les autres pôles.

1-Relation conflictuelle à l'intérieur du *malade*, entre lui et son corps ou entre lui et son esprit perturbé, et à l'extérieur entre lui et l'environnement tout entier, enfin entre lui et les esprits qui l'ont provisoirement ou définitivement abandonné.

2-Relation conflictuelle entre le groupe et le *N'ganga* dont la fonction est d'interpréter les symptômes de la maladie, de poser un diagnostic et d'intervenir comme médiateur avec les ancêtres et génies et comme réconciliateur entre les différents protagonistes en présence.

3-Relation conflictuelle entre non seulement le *mal* et la victime, mais entre le mal et :

- L'environnement inquiet ;
- Les esprits et les ancêtres offensés,
- Le *N'ganga* enfin, qui est souvent/quelques fois lui-même un ancien malade que l'on charge de manipuler des forces réputés éminemment dangereuses.

4-Relation conflictuelle entre les puissances protectrices sur lesquelles s'investit le sacré que les uns et les autres utilisent en vue d'une restructuration sociale,

5-Relation conflictuelle enfin entre :

- L'environnement lui-même entier rassemblé autour du *N'ganga* et l'appuyant à chaque étape de sa démarche,
- La maladie qui menace le groupe dans son fonctionnement,
- Le malade, espèce de victime par procuration,
- Le sacré avec lequel il est nécessaire et urgent de normaliser et de revigorer les rapports.

La relation thérapeutique, nous le voyons, ne privilégie aucun pôle particulier ; Chacun des groupes ou pôles de significations entre évidemment d'une manière prioritaire avec tel moment donné du processus de la guérison. De plus, ce dernier est voué à des métamorphoses et à des mutations dès que l'on passe d'une société à une autre ou d'une même société à elle-même dans le temps. Mais quel que soit finalement la culture dans laquelle on se situe, nous nous trouvons toujours devant et surtout à *l'intérieur* d'une dynamique relationnelle à cinq sommets.

Au cours du processus thérapeutique, il s'instaure implicitement une dynamique relationnelle capable de réunifier rituellement à la fois l'homme, la nature et la culture

- L'homme, c'est-à-dire le N'ganga et la famille qui se rassemble autour de lui,
- La nature, c'est-à-dire les espèces végétales puis animales,
- La culture, c'est-à-dire les ancêtres et les génies qui prêtent leur puissance au déroulement et à la réussite de la cérémonie, du rituel ou du processus thérapeutique.

VII.2.5 La culture et l'itinérance thérapeutique

Dans ce chapitre nous examinerons avec un intérêt tout aussi soutenu, la question de l'itinéraire ou du trajet thérapeutique. Ceci d'abord, à partir des sociétés traditionnelles et itinéraire thérapeutique, en mettant un accent sur le concept *N'ganga*, les génies, la valeur sacrée de la parole et les notions de maladie, normal et anormal.

Ensuite, par le mode de prise en charge traditionnelle de la maladie mentale au Congo Brazzaville, et enfin, à partir de la modernité et l'itinéraire thérapeutique.

VII.2.5.1 Les sociétés traditionnelles et l'itinérance thérapeutique

Les sociétés globales - ainsi appelées parce qu'en chacune d'elles l'individu trouve l'ensemble des réseaux de relations sociales dont il a besoin au cours de sa vie - furent nombreuses dans l'Afrique traditionnelle, celle qui prit fin avec la période coloniale en ses débuts, vers le dernier quart du XIX^e siècle. Un ethnologue, Georges P. MURDOCK (1959), en énumère plus de huit cent cinquante, et sa liste n'est pas complète.

A chaque société globale correspond une culture particulière faite d'objets matériels, de comportements institutionnalisés, d'organisations sociales, de connaissances techniques, de conceptions philosophiques et religieuses, de créations esthétiques. Cet ensemble, propre à chaque groupe, constitue un héritage collectif que chaque génération reçoit de la précédente, modifie quelque peu, et transmet à la suivante.

La culture d'une société globale est une réalité dont les dépositaires sont conscients ; ils savent qu'ils sont Dogon ou Luba et que leur mode de vie est différent de celui de leurs voisins. C'est pourquoi les ethnologues ont pris comme unité d'étude, le plus souvent, une société globale, une culture. Mais certains de ses cultures présentent, évidemment, des ressemblances qui permettent de les grouper en quelques vastes unités que nous proposons d'appeler *civilisations*.

Chacune de celles-ci résume ce qui est commun et essentiel aux différentes cultures concrètes qu'elle ressemble. L'adaptation fondamentale d'une société au monde qui l'environne consiste à en tirer ce qui est nécessaire à la subsistance du groupe ; c'est pourquoi la production des biens matériels caractérise de manière essentielle chaque culture. Les sociétés qui utilisent des techniques semblables de production sont rangées dans une même civilisation. Selon ce critère, on peut distinguer plusieurs civilisations traditionnelles par exemple : la civilisation de l'arc, la civilisation des clairières, la civilisation des greniers, la civilisation de la lance, la civilisation des cités et l'Africanité, etc.

Certains ethnologues comme H. BAUMANN et D. WESTERMANN (1948) ont essayé de fonder une vue générale des cultures et sociétés africaines sur une reconstruction historique. D'autres ont donné la priorité à la géographie, de manière fort directe dans l'*Ethnographic Survey of Africa* dirigée par Daryll FORDE (1954), et de façon très nuancée dans la classification des aires culturelles de Merville J. HERSKOVITS (1965). Nous pensons que les faits culturels et sociaux ont une spécificité qui s'accommode mal de catégories principalement temporelles ou spatiales ; c'est pourquoi nous préférons fonder une civilisation sur un critère purement culturel.

L'approche de l'itinéraire thérapeutique part de la tradition avec la pratique des *N'ganga* ou tradipraticiens/guérisseurs à la modernité incarnée par le médecin avec la médecine dite moderne. La tradition d'un peuple c'est sa façon de se comporter, sa façon de s'organiser. Le chercheur Doumbi Fakoli a édifié les plus incrédules en traitant de façon magistrale la question de la tradition dans son ouvrage « *L'origine négro-africaine des religions dites révélées éd. Menaibuc, p. 10/11* » :

...La tradition résumait et continue de se résumer l'ensemble des comportements et attitudes par lesquels chaque peuple honore dieu et ses ancêtres méritants, affirme son existence dans la paix et l'harmonie, et préserve son environnement ... Plus ancienne que la religion et la civilisation - autre terme récent – la tradition englobe la première et se confond avec la seconde... Derrière sa religion et sa civilisation, chaque peuple pratique sa tradition et sa tradition seulement ... La tradition est à la fois l'âme et l'esprit d'un peuple pour qui elle définit la même vision du monde et élabore les mêmes comportements et les mêmes attitudes face à la totalité de la vie... Elle est l'élément de cohésion indispensable à l'existence d'un peuple en tant que membre à part entière de la famille humaine. Elle différencie ce peuple de ses semblables, mais rend cette différence complémentaire de l'ensemble des différences des autres composantes de l'humanité pour faire la recherche du Sentir et de l'Agir de la grande famille humaine.

Puisque la tradition c'est la civilisation d'un peuple, cette tradition ou cette culture est composée de différents éléments qui permettent de gérer toute l'organisation sociale.

La primauté de la tradition procède d'une attitude typique ou typiquement africaine liée à la conception de l'Homme et la souffrance. Celle-ci est bien souvent le résultat des forces maléfiques, démoniaques qui, en désagréant le système de fonctionnement de la personnalité du sujet, le fragilise en portant atteinte à son intégrité physique et sociale.

Le renvoi de la maladie au registre de la sorcellerie est le fait de la pensée collective qui dégage un comportement, secrète des attitudes qui déterminent la démarche sociale de récupération du malade.

Cette démarche d'immersion sociale du mal ou du malheur, est une démarche originelle inconsciemment et spontanément menée puisque l'imaginaire collectif et toute la représentation sociale de l'Homme et sa maladie dans l'univers traditionnel congolais.

Dans ce contexte, la position du *N'ganga* est confortable sinon privilégiée qui mérite d'être intellectée et formalisée pour saisir la portée dans ce circuit ou trajet thérapeutique. Le *N'ganga* opère, agit sur l'Homme qui vit sa souffrance en position de persécuté, d'envouté, d'ensorcelé et finalement de victime. Cette victimisation désindividualise la maladie et déresponsabilise le malade, pour la socialiser aux fins de la récupération et de la réinscription du patient dans la chaîne de vie sociale et solidaire.

L'individu (en rupture d'équilibre) étant le produit de la société, demande l'imputation de l'autre et la répartition par l'autre. Cette vision fondamentalement anthropologique, non seulement rend compte du statut et de la condition existentielle de l'Homme en société, mais aussi donne sens aux irrégularités et dysfonctionnements observés.

Se plaçant dans une perspective institutionnelle, la demande s'inscrit dans une optique où l'homme en crise ou en souffrance exprime un souhait, celui de retrouver le sens de l'existence en péril pour qu'il se réinscrive dans la dynamique de la vie, débarrassé de cette souffrance. En tout état de cause, la demande résulte d'une souffrance socialement reçue par l'entourage et soumise à l'autre pour être soulagée. Elle est tributaire de la représentation sociale de la souffrance qui, dans sa thématique culturelle renvoie à la question du lien. Il apparaît que la culture influence implicitement l'individu dans sa manière de faire. La question de l'identité culturelle est donc au centre des actions menées par l'individu qui se réfère toujours aux différents groupes d'appartenance. C'est pourquoi, R. M. FARR (1990, p.387) déclare : « la représentation de la maladie oriente la décision de consulter ».

Dans la tradition, la médecine ne se comprend que quand on la rapporte en termes de civilisation. Si la civilisation peut se définir, selon le Larousse, comme un ensemble de caractères propres à la vie matérielle, intellectuelle, morale et artistique d'une société donnée, la médecine traditionnelle en tant qu'aspect de la civilisation peut, dès lors, s'interpréter comme un de percepts matériels et moraux, rationnels et irrationnels, empiriques et mystiques qui ont été développés depuis l'aube des temps comme des défenses pour assurer la sécurité du groupe.

La médecine traditionnelle africaine tout comme la civilisation africaine, elle-même, est très difficile à transmettre parce que rien n'est écrit, rien n'est divulgué et elle n'est enseignée que de maître à élève au cours d'une initiation traditionnelle. Avec l'évolution, la médecine traditionnelle réunit l'ensemble des connaissances, compétences et pratiques basées sur les théories, croyances et expériences auxquelles différentes cultures ont recours pour entretenir la santé que pour prévenir, diagnostiquer, soulager ou soigner des maladies physiques et mentales. Cette partie nous permet donc de porter un autre regard sur ce corpus brut. De nombreuses études ont déjà été réalisées sur les médecines traditionnelles ; celles-ci ont révélé les traits majeurs qui fondent la spécificité de ces pratiques. Des traits caractéristiques tels que la maladie, le *N'ganga*, la sorcellerie, la transmission, l'initiation et les sacrifices sont abordés pour mieux étayer cette question.

Le *N'ganga*, la maladie, les traitements et les raisons pour lesquelles un individu recourt au *bunganga*, se révèle être des traits pertinents pour accéder au *bunganga*. Cette importance est aussi visible dans les monographies de différents auteurs. Nous les considérons comme de véritables pistes de recherche pour explorer ce savoir et le comprendre.

VII.2.5.2 Le N'ganga

De nombreux termes endogènes ou en français local seront employés pour mieux restituer ce contexte. Nous en donnerons souvent une brève explication.

Pour désigner celui qui soigne en médecines traditionnelles, le terme de « tradipraticien de santé » a été adoptée comme terminologie acceptable la plus récente à l'usage des pays francophones lors du Symposium internationale de l'OUA sur la médecine traditionnelle à Yaoundé (1993).

Mais de nombreuses cultures ont des terminologies endogènes pour les dénommer. Le terme *N'ganga* dans les langues du Congo revêt deux sens : il y a des *N'ganga N'kissi* qui soignent à partir des éléments trouvés dans la nature comme les plantes, les racines, les écorces etc. et les *N'ganga N'zambi* qui ont vu le jour avec l'arrivée des missionnaires chrétiens et de la religion qui, mettent Dieu au centre de leur pratique de guérison.

Pour J.-P. MISSIE, *N'ganga N'zambi* (littéralement « féticheur de Dieu ») est lié au fait qu'à l'arrivée des missionnaires chrétiens dans le royaume *Kongo*, ces prêtres blancs confondus à des albinos avaient apporté une autre forme de *bunganga*. D'où la désignation « féticheur de Dieu ». Avec les *N'ganga N'zambi*, la prière est l'acte le plus important dans la prise en charge des patients. Néanmoins, chez les Kongo originaires de la Bouenza par exemple, ils sont appelés « *N'ganga* ». C'est ce terme que nous avons retenu dans cette étude.

N'ganga est un terme spécifique employé dans certaines ethnocultures pour désigner celui qui (bien que n'étant pas médecin) exerce des pratiques médicales en se référant à la société d'appartenance. Sa tâche n'est pas uniquement de soulager les souffrances dues à la maladie. Il lui faut aussi restaurer l'équilibre qui a été par ce fait rompu.

Il doit indiquer la cause de la maladie qui se cache derrière les symptômes. *N'ganga* « c'est le nom générique commun à de nombreuses langues bantoues, depuis Douala jusqu'au Cap » (E. ROSNY, 1988 : 48). Cela est aussi attesté par JANZEN (1995) en République Démocratique du Congo.

Nous avons aussi pu nous rendre compte qu'à Kondo²⁸, en Tanzanie, l'expression locale utilisée pour désigner le guérisseur est *unganga*. Des spécialistes des langues bantu ont proposé une racine *N'ganga* dans la protolangue dont sont issues les langues bantu et ils notent une large distribution de cette racine-*ganga*. Cette notion de *N'ganga* a donc un enracinement ancien.

²⁸ Nous y avons eu, en 2009, une série d'entretiens sur les croyances des communautés locales liées à l'art rupestre. Ces peintres et gravures mettent parfois en scène un individu dont les fonctions sont semblables à celles du *nganga*. Celui-ci est nommé *unganga* par les communautés locales.

Les *N'ganga* sont perçus comme des détenteurs d'un « don » que l'on pourrait considérer comme un « sixième sens », comme une extension de leurs facultés, une extension de leurs facultés sensorielles ordinaires. Avoir le don signifie donc être réceptif aux « ondes » qui traversent l'environnement, être en mesure d'entrer en contact avec elles et les faire intervenir. Ce don serait donc une forme de réceptivité aux choses invisibles. La révélation est considérée comme une autorisation et une légitimation à exercer ce don. Dans le domaine des soins traditionnels, il est important pour le praticien d'avoir ce don, clef qui le met en rapport avec les forces de l'invisible.

VII.2.5.3 La typologie

Le *Bunganga*, pratique de ces hommes (*n'ganga*) n'est pas seulement principe médical, c'est un complexe (concept) très vaste. On parle de guérison, de protection, de chance. On ne parle pas seulement de gestion du corps. La responsabilité du *n'ganga* vis-à-vis du malade est de ce fait largement au-dessus du cadre strictement médical. Ceci veut dire que le *N'ganga* n'a pas seulement une action médicale ; il a aussi un rôle social essentiel à jouer.

L'étiologie est un facteur important pour classer les différents types de *N'ganga*. Selon l'origine de la maladie, il y a un *n'ganga* approprié. Aussi selon ce que recherche le malade, il existe des *n'ganga* chargés de faire les consultations, des *n'ganga* chargés de soigner et des *n'ganga* chargés de renvoyer les mauvais sorts. Chacun d'entre eux a un rôle bien précis pour restaurer les équilibres ou préserver la santé. Ils traitent à la fois les maladies, enlèvent les sorts et « protègent ».

Très schématiquement, comme il y a deux types de maladies, on peut envisager deux types de *n'ganga*. Le premier type comprend les personnes du groupe familial auxquelles on fait souvent appel en cas de problème de santé. Cette reconnaissance très souvent d'ailleurs dépasse les limites de la famille. Ce type de *n'ganga* rend service en réalité ; aller les voir se fait presque toujours gratuitement. Tout ce qui peut être demandé est symbolique.

Nous assimilons ce premier niveau à ceux qui aident à l'automédication. En réalité, ce type de *n'ganga* est limité en règle générale à un domaine restreint ; celui des maladies bénignes. L'échec de la consultation à ce stade conduit le malade et ses proches à poursuivre l'itinéraire thérapeutique. Ce premier niveau de *bunganga* est plus accessible et de loin le plus pratiqué. C'est ici que sont traitées les maladies banales, celles dont l'étiologie est dite « naturelle ». Dans ces cas, l'être humain n'est pas impliqué dans le processus qui provoque les maladies. Celles-ci, précisément, n'ont pas de conséquences très graves et sont souvent facilement guérissables. On en meurt d'ailleurs que très rarement. Chez les *Kongo*, toutes les maladies traitées par la biomédecine entrent dans ce cadre. La biomédecine ne peut pas traiter des maladies culturelles. Le deuxième niveau est celui des « *N'ganga voyants* », qui sont initiés aux « choses de la nuit ». Ceux-ci, au-delà du strict traitement de la maladie, s'essayent à en rechercher les causes. Ils excellent surtout dans le traitement des maladies d'origine sorcellaire. La typologie des maladies et évoquée de manière plus détaillée dans le point suivant (la notion de maladie).

VII.2.5.4 Comment devenir N'ganga ?

Il s'agit ici de répondre à la question de l'origine du pouvoir du *N'ganga*. A partir du moment où on a pu sauver des vies, on devient *N'ganga*. C'est une pratique qui se transmet. Le *N'ganga* peut être jeune (13, 14 ans etc.), homme ou femme, marié ou célibataire. Leur fonction thérapeutique n'est liée ni à l'âge, ni au sexe, ni au groupe social auquel il appartient. Certains *N'ganga* ne disposent que d'une ou de deux spécialités (les fractures, l'eczéma, le mal de tête, le mal de ventre etc.), certains u contraire sont des généralistes. Ce concept de *N'ganga* est ambivalent. Le *N'ganga* peut être porteur de bien ou de mal.

Le *bunganga* peut être soit acquis soit inné c'est-à-dire qu'il peut être acquis lors d'une initiation après avoir payé un dû au père initiateur, (l'ancien initié qui a parrainé le nouvel initié ; nouvel initié : *le fils ou la fille* ou mère-initiatrice). Il lui est alors demandé de montrer comment cela se pratique. Il est appelé « père » parce que lors de l'initiation, le malade naît de nouveau selon les imaginaires. Et son géniteur mystique est celui qui l'initie. Sa naissance est suivie de l'attribution d'un nouveau nom. Il s'insère de fait dans un nouveau réseau de familiarité, créant une nouvelle parenté.

Un autre mode de transmission est la voie naturelle. Dans ce cas, c'est une pratique qui naît avec soi, enseignée uniquement par les (génies) ou les (ancêtres) qui par ailleurs indiquent, pour chaque cas, quels traitements administrer. On dit du *N'ganga* qu' « il est né puissant ». Il arrive que certains *N'ganga* avant leur initiation aient des apparitions de parents qu'ils n'auraient parfois même jamais rencontrés de leur vivant. Ceux-ci se présentent à eux et leur indiquent comment traiter tel ou tel autre type d'infection.

Nous allons dans la même lancée, donner le sens aux deux termes à savoir « ancêtres et génies », qui sont importants pour la compréhension de nos propos.

VII.2.5.5 Les ancêtres

Ce sont les défunts qui sont censés garantir l'ordre et l'harmonie du village/d'une famille au moyen d'un système de tabous culturels particulier à telle ou telle autre société. Leur principe vital que l'on traduit souvent par « esprit », est détenteur d'une puissance infiniment plus importante que celle des vivants. Mais précisons toutefois que le panthéon des ancêtres ne double pas à proprement parler l'univers des vivants un peu à la manière de la première théorie des idées chez Platon. Les ancêtres que l'on invoque et que l'on honore plusieurs fois dans la journée sont plutôt des puissances protectrices vitalisantes qui fortifient le village, la famille, fondent sa cohésion et permettent de neutraliser et d'écarter d'autres puissances.

VII.2.5.6 Les génies

Ce sont les divinités que l'on dit « secondaire », mais qui interviennent directement dans la vie du village/de la famille et qui ont dans celle-ci infiniment plus d'importance que le dieu suprême. Ils sont placés par les Kongo avant l'existence des hommes dans les différents espaces du territoire, les génies sont les habitants, les propriétaires, les gardiens et les protecteurs de la terre, de la forêt, des montagnes, des cours d'eau et des étangs. Plus encore que les ancêtres, ce sont eux qui insufflent aux hommes la puissance dont ils ont besoin, et qui fournissent les moyens de lutter contre les sorciers éventuels (Laplantine, 1976).

Il existe trois types de génies qui se distinguent dans l'horizon sacré des *Kongo* :

a) Les génies personnels attachés à une femme ou un homme particulier et qui sont les garants de sa puissance individuelle. C'est à eux que se rattache l'efficacité de ce que les *Kongo* appellent *Lusolo*, qui est un esprit personnel transmis en lignée masculine ou féminine. C'est un principe d'efficacité et de chance que l'on transmet soit de père en fils ou de mère en fille pour réussir dans toutes les entreprises.

b) les génies aquatiques ont pour fonction de protéger les fleuves, les rivières, les lacs et les étangs auprès desquels se trouvent généralement les différentes plantations. Ils se mettent à la disposition des futurs *N'ganga*, le *Mukisi* qui permet de soigner certaines maladies.

c) Les génies de la terre qui constituent la catégorie la plus efficace et aussi la plus redoutable de génies. Ce sont eux qui surveillent l'issue de la récolte et permettent d'instaurer une médiation entre les hommes et la puissance fécondante de la terre (Biyekele, 1987).

Le *Bunganga* n'est donc pas seulement une pratique médicale. Tout *N'ganga* est regardé comme un sorcier ! Cette double lecture a bien un fondement qu'il nous faudra rechercher.

Les *N'ganga* sont donc aussi sorciers. Ils ont les mêmes pouvoirs, mais les conditions et contexte d'utilisation les différencient. Les *N'ganga* s'en servent pour la communauté, luttant ainsi contre les *sorciers*, avec les mêmes armes et sur les mêmes terrains. Les *n'ganga* sont des « anti-sorciers ».

Le *N'ganga* d'aujourd'hui, peut-être le *sorcier* de demain. Il y a la permanence de cette ambivalence. Nous relevons une deuxième ambivalence du *bunganga* dans la pratique des soins.

En effet, le *N'ganga* n'est que la « bouche qui parle, la main qui fait ». Ce qu'il dit et fait lui a été « révélé ». Intermédiaire entre malades et esprits, il devient le propriétaire des « révélations » qui lui auront été faites. En effet, on n'apprend pas chez les *kongo* à devenir *N'ganga* comme on apprend à devenir médecin²⁹.

Si les *N'ganga* sont capables de vaincre la maladie, c'est d'abord grâce à la puissance qui a été déposé en eux par les génies et les ancêtres et c'est aussi et surtout parce cette puissance est susceptible d'obéir à parole consacrée de celui qui la prescrit et l'administre.

Le *N'ganga* est celui à qui l'on enseigne à manipuler un ensemble de forces physiques et psychologiques et psychologiques *prêtées* par une ou plusieurs divinités et déposées dans un certain nombre de recettes rituelles. C'est celui à qui l'on transmet la force des ancêtres (NZAMBA NZAMBA, 2009).

Cette espèce de topologie de l'imaginaire, conçue en termes de forces personnalisées qui recouvrent la topologie de l'espace social, appelle une série de remarques. Ces puissances entretiennent entre elles un jeu de relations nécessairement instables. Qu'elles soient données dès la naissance, ou au contraire qu'elles soient apprises comme le bien le plus précieux, ces forces sont susceptibles d'être augmentées ou diminuées.

²⁹ C'est toute la différence qui sépare une pratique liturgique léguée d'une manière rituelle par les ancêtres à leurs descendants d'une technique pure et simple.

La notion de force ne renvoie nullement, chez les Africains en général, et au *Kongo* en particulier, à une conception physique et mécaniste du monde. Nous pouvons sans risque de nous tromper, trahir les représentations culturelles, traduire la force en termes de signification et d'efficacité symbolique.

Le « *fétiche* » ou (*n'kissi* en *Kongo*), de cette manière peut être appréhendé comme une technique de captation, de cette manière peut être appréhendé comme une technique de captation, de significations multiples qui peuvent être manipulées au profit du groupe à l'aide d'un certain nombre de lois qui sont les lois de la pensée symbolique.

Il en découle que la pensée africaine ne peut être assimilée à une espèce de vitalisme philosophique, un peu à la manière de Bergson ou de Teilhard de Chardin, comme on le soutient encore assez fréquemment. Lorsque les *Kongo* parlent de force, ils désignent plutôt une série de valeurs collectives et un idéal culturel d'identification qui est à la fois celui de l'eudémonisme social, de la pureté opposée à l'impureté, du maîtrisable opposé à l'informel, etc.

Les cas d'anciens malades guéris, devenus à leur tour *n'ganga* sont à notre connaissance assez fréquents chez les *Kongo*. Ils nous indiquent nettement que, comme dans beaucoup d'autres sociétés africaines, une des voies possibles conduisant à l'acquisition du savoir thérapeutique nécessite le passage et plus encore l'expérimentation sur soi-même de la maladie.

VII.3 Valeur sacrée de la parole dans l'ordre symbolique

Depuis que le « monde est monde » la parole a toujours occupé une place fort remarquable dans l'histoire des civilisations. C'est à partir d'elle que se distingue l'humain de l'animal. Cette parole mise en acte par l'entremise du langage revêt un caractère mystico-religieux dont la symbolique contraste selon les cultures.

Les écrits bibliques haussent la parole dans une dimension sacrée et la suite d'emblée au cœur du fondement de l'humanité ainsi qu'ils marquent l'alliance qui s'est établie entre Dieu et les hommes : « *Au commencement était la parole, et la parole était avec Dieu, et la parole était Dieu* »³⁰.

La civilisation africaine procède avant tout du verbe, qu'il soit parole, rythme ou symbole ; il suffit pour s'en convaincre, de rappeler les inévitables causeries qui, à l'heure de la sieste, sur la place de la concession, ou le soir, autour du feu, réunissent plusieurs dizaines d'assistants en des colloques animés, parfaitement réglés et interminables. Généalogie, récits historico-légendaires, contes, fables, proverbes, énigmes et mythes constituent l'essentiel de cette civilisation du verbe ou orale dont on commence seulement à apprécier la richesse.

Le langage, toutefois, n'est pas seulement instrument de communication. L'essence du monde négro-africain réside dans la force dont la vie et le verbe actualisent les manifestations profondes, le langage est par excellence expression de l'être-force, déclenchement des puissances vitales et principe de leur cohésion.

Sur le plan métaphysique, le verbe est créateur par la parole de Dieu et création continuée par le souffle humain, c'est-à-dire l'âme.

Le pagnon est serré, dit Ogotemmêli, le sage Dogon (Mali), pour qu'on ne voie pas le sexe de la femme, mais il donne à tous l'envie de voir ce qui est en dessous. C'est à cause de la parole que le *Nommo* (puissance religieuse = le verbe) a mis dans le tissu. Cette parole est le secret de chaque femme, et c'est cela qui attire l'homme.

Etre nu, c'est être sans parole.

Et Komo-Didi, le chantre malien du *Komo* (société d'initiation), définit ainsi l'omnipotence du verbe :

- La parole est tout
- Elle coupe, écorche.

³⁰ *Évangile selon Jean, chapitre 1, verset 1, in La Sainte bible (1989) Traduite d'après les textes originaux hébreux et grec, nouvelle version Second révisée avec notes, glossaire et index éditions Alliance Universelle,*

- Elle modèle, module ;
- Elle perturbe, rend fou.
- Elle guérit ou tue net.
- Elle amplifie, abaisse selon sa charge.
- Elle excite ou calme les âmes.

On ne saurait trouver, aux yeux de l'Africain, de symbole plus topique pour souligner le pouvoir efficient du langage. Mais voici un autre témoignage, tout aussi caractéristique, recueilli d'un grand prêtre animiste casamançais (Sénégal)

Au commencement était la force. Dieu, force suprême, a créé tout, une fois pour tous, tout ce qui est, tout ce qui devra être, et l'équilibre des êtres s'avèrent éternel. Le monde est comme un grand tout qui change toujours mais demeure égal à lui-même parce que c'est la même énergie qui circule en tout lieu/ l'impulsion de Dieu qui s'altère, se dégrade au et à mesure qu'elle se rapproche de l'homme. Mais ce n'est pas une altération qualitative, car la force devient moins forte sans cesser d'être elle-même. Toute puissance-énergie d'ailleurs se nourrit de l'être même de Dieu : c'est pourquoi Dieu nous a donné ses *fétiches* et avec eux, la possibilité de participer à un surcroît d'être. Chaque puissance est donc à la fois nourrie par la force qui est au-dessus d'elle et nourrissante pour la force qui est en dessous d'elle. La création n'est plus maintenant qu'une circulation de pouvoirs, c'est-à-dire de paroles. Dieu a créé en une seule fois toutes les énergies, la vie du monde n'est plus maintenant qu'un échange de forces, voulu par Dieu, prévu par Dieu. Grâce au sacrifice, l'homme intervient dans l'édifice du monde parce qu'il peut ainsi demander à Dieu un déplacement dans la hiérarchie des forces. C'est pourquoi le monde est à la fois fini et inachevé.

Non seulement la parole rythmée est à l'origine du monde, mais elle constitue le tissu ontologique dont est fait l'univers. Être, force, verbe prennent ici l'allure de synonymes. Il y a donc des degrés dans les manifestations de la parole correspondant à la hiérarchie des êtres-forces :

La parole, disent les Bambara, est aussi longue que l'humanité ; celle-ci atteint les dimensions cosmiques puisque l'homme est, dans son essence, l'expression éminente du monde. C'est dire que le verbe et l'univers s'identifient dans un certain sens... Pour ces Soudanais, l'immensité du verbe est son attribut fondamental. Aussi, en disant par exemple qu'une parole est « trop grande » pour la bouche de l'être humain, se rapportent-ils à cet aspect incommensurable du dire, disproportionné à son utilisateur. Le verbe intégral est le patrimoine de l'humanité et, par-delà elle, de la divinité, envisagée comme moellon initial de la chaîne des humains. C'est pourquoi, plus un mot, une expression ou un discours approchent de la généralité et de la synthèse, plus ils relèvent du domaine de l'être représentant l'universalité, et moins l'individualité humaine est apte à les prononcer (Joubert, 2002, p.481).

Comme partout ailleurs en Afrique Noire, chez les *Kongo*, quelle que soit la manière dont un individu devient *N'ganga*, tout commence et tout finit par la parole, et surtout tout procède de la parole. Elle s'appelle l'autre nom de la « force » ; plus exactement, elle est la « force » elle-même dans son pouvoir aussi bien libérateur que destructeur. C'est elle qui déclenche les puissances protectrices dont le groupe a besoin pour son fonctionnement ; c'est elle qui guérit, accompagne, et même anime, les différentes phases du rituel thérapeutique. Prononcer le nom d'un individu, c'est déjà agir sur lui, nommer la cause de la maladie c'est déjà amorcer le processus de la guérison. Depuis la parole du « clairvoyant » qui met en mouvement la parole du malade jusqu'au sacrifice rituel dans lequel culmine la communication retrouvée entre le sacré et la famille, en passant par la « formule » prononcée par le *N'ganga*, tout le processus thérapeutique trace et reproduit cette parole initiale attribuée aux génies et aux ancêtres puis léguée à leur postérité, qui est absolument fondatrice de l'idéal culturel ou de l'identité culturelle du groupe.

Ainsi, la parole libère la parole réconcilie et la parole resocialise. Elle ne se réduit pas à un simple instrument de communication. Le langage thérapeutique qui, pour être efficace, doit être partagé par l'ensemble de la famille/village, est un langage liturgique, un langage consacré dont les uns et les autres s'imprègnent. Car ils y puisent les valeurs, les modèles et l'idéal de force qui celui des sociétés traditionnelles africaines. A tous les moments de la dynamique de la guérison, ce langage se fait dialogue, dialogue chargé de tout le poids de la culture, dialogue entre le malade et la structure thérapeutique, entre celle-ci et les génies, entre le village tout entier enfin, qui saisit l'évènement pathogène pour exprimer ses angoisses et ses désirs et pour articuler au grand jour ce qui ne va pas. La maladie est donc l'occasion de ce dialogue ; et le rituel est un lieu de ce langage.

Enfin, et cela découle de tout ce qui précède, le langage manipulé par ce qu'il faut bien appeler la structure thérapeutique est un *langage mythique* qui fait appel à un système de *représentations symboliques*.

Dans une autre perspective, plusieurs écrits en psychanalyse dont ceux de Jacques Lacan montrent l'intérêt du langage dans le processus de symbolisation et d'individualisation. A travers sa théorie de l'image, il montre comment devant le miroir le sujet accède au langage. Plus encore, la pratique clinique avec les psychotiques et les sujets déments confrontés dans une certaine mesure à la problématique de symbolisation, confronte les psychologues cliniciens d'une part à l'idée selon laquelle la perte de la capacité de symbolisation traduisant chez les sujets la difficulté à lier les perceptions internes et externes aux représentations des choses et des mots exclue de fait le sujet dans la dynamique inter individuelle dans laquelle il doit se mouvoir en tant qu'être de langage.

D'autre part, dans le cadre d'une démarche essentiellement étiopathogénique et thérapeutique le symptôme ne se laisse saisir qu'à partir du dire qui lui-même est le substrat psychique.

Il en découle la déduction suivante : De la même manière que le rêve pour Freud serait la voie royale permanente d'accès à l'inconscient, le symptôme en tant que retour du refoulé, et mise en scène à travers le dire, répondrait au même principe.

Freud (2002, p.78) ne disait-il pas en substance en parlant du symptôme : « Qu’au fur et à mesure que je cause, ce qui parle c’est ma fragilité. Comme si, je ne pouvais parler que de ma blessure, de mon symptôme ».

Celui-ci s’organise en effet autour d’un récit qui va être dit, autour d’une histoire, d’une façon de raconter en sachant qu’il est enkysté quelque part en moi. Ainsi tout le travail de la clinique consiste à pouvoir le sortir. Autrement dit, aller chercher à l’intérieur de l’autre le symptôme enkysté qui dit quelque chose de maladie. Ainsi, l’accès au symptôme est verbal, il ne peut s’effectuer que par le langage.

Ce détour nous a semblé indispensable pour montrer à quel point la question de la parole est existentielle et peut être envisagée sous plusieurs prismes.

VII.4 Les critères de reconnaissance d’un *N’ganga*

Nous présentons quelques critères de reconnaissance d’un *N’ganga*. Le premier élément est le témoignage des malades. De nombreuses personnes doivent être à même de confirmer qu’elles ont été traitées et soulagées par ses services. Elles doivent attester que c’est suite à leur passage chez ce dernier qu’elles ont recouvré la santé et que leur équilibre social a été restauré. Il ne faut pas perdre de vue que le but du *N’ganga* est d’aider à trouver la santé et les équilibres préalablement perturbés.

Le témoignage des habitants voisins du *N’ganga* est également important. En réalité, très souvent les voisins suivent plus ou moins bien les activités du *N’ganga*. Ils peuvent contribuer au maintien ou au départ de certains malades. Ils tiennent « quasiment » les statistiques des cas traités. C’est sur cette base qu’ils donnent très souvent leur avis à ceux qui sollicitent leur concours implicitement. En effet, des malades voudraient avoir l’opinion du voisinage sur la capacité de ce *N’ganga* à résoudre les difficultés posées.

En parlant de cette reconnaissance à l’endroit du *N’ganga*, nous faisons un constat. On remarque que les malades s’intéressent rarement à la situation familiale du *N’ganga*. En effet, il est rare que ceux-ci interrogent des membres de sa famille pour rechercher des informations sur les chances de succès ou d’échec des traitements.

Cette attitude apparaît comme si, dans cette communauté, les *Kongo* eux-mêmes ont institué ou intériorisé qu'il ne faut pas regarder de ce côté-là.

Ainsi, le malade ne se pose pas à la question de l'origine de ce pouvoir de guérison. Nous considérons que cela est paradoxal dans la mesure où chaque *N'ganga* dans sa propre famille subit régulièrement cette interrogation.

Ce même malade qui pose la question pertinente de l'origine de ce pouvoir pour son frère devenu *N'ganga*, ne la pose pas lorsqu'il va en consultation chez un *N'ganga* qui, dans sa propre famille subit aussi les mêmes interrogations.

La réponse est peut-être qu'en réalité, on observe que la maladie sorcellaire est souvent provoquée par les membres de sa propre famille. Lorsque le malade consulte un *N'ganga* en dehors de sa propre famille, il est en milieu étranger. Donc difficilement, ce *N'ganga* peut, pour lui, devenir le sorcier surtout dans la mesure où on considère que le jeteur de sort ne peut provenir que du milieu familial du malade et non pas en dehors de celui-ci. Toutefois, s'il est admis que le sorcier est en dehors du milieu familial, cela inférerait automatiquement qu'il s'est mis en complicité avec un membre de la famille qui aurait « ouvert la porte » pour laisser entrer le sorcier.

On observe donc que la parentèle du *N'ganga* ne sera presque jamais consultée lorsqu'on veut un avis sur sa pratique, sauf en des rares cas. De même, il viendrait rarement à l'idée d'un malade de « *kwenda ku bantu bena na mayela ma pimpa* »³¹ chez un *N'ganga* issu de sa famille quels que soient les rapports qu'ils peuvent entretenir.

De la même façon, les *N'ganga* ne reçoivent et ne traitent rarement des malades qui leur sont proches. S'il advenait qu'un membre de la famille en vienne à les consulter, on remarque qu'ils orientent ce malade vers des membres de la « fraternité », des frères *N'ganga* qu'ils connaissent parfaitement.

³¹ Littéralement : « aller chez ceux qui ont l'intelligence de la nuit ». Il faut entendre par-là, aller soit en consultation, soit en traitement chez un *N'ganga*.

Dans ce cas cependant, on constate que le *N'ganga* ne reste pas indifférent du sort de son consanguin. Il aura toujours une oreille attentive à tout ce que lui dira son « frère *N'ganga* » mais il n'interviendra que très rarement. Il laisse à son « frère » le soin de conduire le processus thérapeutique. En fait, régulièrement, il rencontre l'un ou l'autre, son « frère *N'ganga* » ou son consanguin pour s'informer de la situation.

Le troisième critère d'identification est lié aux originaires du même village. Très souvent, les *N'ganga* sont aujourd'hui installées dans les centres urbains. Très souvent aussi, les premiers malades qu'ils reçoivent sont ceux issus du même village d'origine. Cet élément pour la reconnaissance du *N'ganga* peut être considéré comme un critère pertinent. Il arrive très souvent que ce soit cette idée qui, la première, guide les demandeurs de service de santé. Que le *N'ganga* exerce dans son village d'origine ou ailleurs, ses frères de villages sont les premiers à lui reconnaître cette compétence. S'il n'exerce pas dans son village d'origine ou à proximité, quelles qu'en soient les raisons, ses frères sont souvent les premiers à lui accorder cette légitimité ou à la lui refuser.

Un autre critère d'identification des *N'ganga* est celui de la durée. La question qu'il faut se poser est : est-il installé depuis longtemps en ce lieu ? La pratique du *bunganga* a montré que les faux dévots se déplacent régulièrement. Nous considérons la stabilité ou la permanence en un lieu précis comme un signe de succès.

VII.5 Mode de prise en charge traditionnelle de la maladie au Congo

Brazzaville

La maladie chez les *Kongo* du Congo Brazzaville est considérée comme la conséquence d'un « envoûtement » et suscite le recours aux tradithérapeutes. Ces derniers, dans l'imaginaire collectif *kongo* sont les seuls capables, d'une part de démasquer l'agresseur, d'autre part de prescrire des traitements pouvant anéantir le mal causé par le malfaiteur.

D'une manière générale, ces tradithérapeutes utilisent deux types de traitements traditionnels :

- La phytothérapie (traitement à base de plantes)

- La spirithérapie (thérapie spirituelle).

VII.5.1.1 La phytothérapie

Avant de parler des plantes utilisées dans le cadre des traitements contre les maladies mentales chez les *Kongo* du Congo, une précision doit être apportée sur le fait que la prescription de ces deux types de thérapie se fait au cours d'une grande réunion de famille appelée « *palabre familiale* ». En Afrique noire, palabre signifie débat, affaire, conflit.

C'est, en fait, la réduction d'un conflit par le langage, c'est la violence prise humainement dans la discussion, soumise à l'action efficace de la toute-puissance du verbe (B. ATANGANA).

Autrement dit, c'est un espace public où s'affrontent des points de vue contradictoires.

VII.5.1.2 La palabre familiale

D'après le grand Robert, palabre vient du mot latin *parabola* qui signifie une discussion interminable et oiseuse. En Afrique, ce mot est utilisé pour désigner une réunion de famille où se règlent les conflits familiaux. Ici, ce terme renvoie à une valeur thérapeutique. Selon Jean-Godefroy BIDIMA :

Autrement dit, c'est un espace public où s'affrontent des points de vue contradictoires ;

La palabre - en tant que dialogue ininterrompu - donne corps au dissensus dans un espace social pacifié, elle fixe la limite entre le tolérable et l'intolérable, permet d'évaluer le lien, et de le consolider. On définit généralement la palabre comme un mouvement qui arrête la violence après une discussion vive ; elle conduit des gens en conflit vers un consensus. Dans la palabre - selon cette optique - on exorcise le dissensus pour promouvoir l'unité, le peuple uni et indivisible (Bidima, 1997).

En guise d'illustration, quand quelqu'un est malade, et que cela a généré des conflits au sein de la famille, le plus ancien convoque une réunion. Y participent tous les membres de la famille et circonstanciellement une personne douée d'un pouvoir surnaturel dont la mission est de diriger la réunion pour atténuer les tensions et surtout pour pousser la personne ou les personnes impliquées, c'est-à-dire à l'origine de la maladie, à avouer et à se réconcilier avec la victime. A la suite de cette réconciliation, en pratique le malade doit recouvrer la santé.

Je reconnais avoir eu des pensées mauvaises contre mon neveu à cause de son manque de respect à mon égard. A partir de cet instant, qu'il recouvre la santé. (X. rendu coupable de la maladie de son neveu) par exemple.

Ayant prononcé cette parole, il fait des libations, asperge le vin de palme dans les quatre coins de la maison ou de la parcelle, geste symbolique signifiant que le coupable libère le malade. Pendant ce temps, le malade qui se trouve à l'hôpital a subitement constaté un soulagement.

Mon fils ne mangeait plus depuis pratiquement trois jours, aujourd'hui, à ma grande surprise, il a réclamé à boire et à manger, Affirme le parent ou la mère du malade par exemple.

Parfois, il arrive que le présumé malfaiteur n'ose pas libérer la victime tout en prononçant des paroles de libération. Dans cette situation, il revient à la sagesse du tradithérapeute (*N'ganga N'kissi* ou *N'ganga N'zambi*) qui dirige la réunion de le démaquer et aussitôt de menacer de tuer le coupable au cas où il n'obtempère pas.

Ce qui pousse le couple à céder en échange d'une somme symbolique. Un autre fait peut compromettre les succès de la guérison quand il y a complicité entre le coupable et le sorcier dirigeant de la séance. Cela se remarque lorsque la maladie persiste ou lorsque le décès survient malgré la réunion qui a été tenue. On dit généralement à cet effet que les deux sorciers se sont partagé la « *chair humaine* ».

Parallèlement à cette réunion, le présumé coupable peut refuser de participer à la palabre. Ce refus fait peser des soupçons sur lui. Ce qui compromet les chances de guérison et aussitôt le suspecté est menacé de mort voire tué illico, au vu de tous quand le malade décède. Aucune peine n'est infligée à l'encontre des meurtriers puisque cette pratique n'a pas été désapprouvée par le législateur.

Les *kongo* du Congo Brazzaville, comme la plupart des Africains, sont intimement liés à leur famille. Cette famille constitue une sorte de toile de sécurité sur laquelle s'appuie l'individu, pour se maintenir en bon état d'équilibre psychique. La famille constitue le garant des valeurs ancestrales du lignage. En effet, lorsque quelqu'un souffre d'une maladie grave, on organise une cérémonie rituelle. Celle-ci dure toute la nuit. Elle se termine soit par « *kitoba* », soit par la remise du « *N'sangavulu* » (*cortus afer*). Dans ce dernier cas, le chef de famille écrase les feuilles de *cortus afer* et en verse le jus dans les mains du malade, qui les frotte contre l'autre. L'écorce du *cortus afer* lui est également remise en signe de bénédiction.

VII.5.1.3 Le kitutulu

« *Kitutulu ou tutulu* » signifie mortier en *kikongo*. C'est un instrument de cuisine qui sert à piler le *foufou* (Tubercule de manioc séché -*cossettes de manioc*-), le *saka saka* (feuilles de manioc), ou tous types d'aliment nécessitant d'être écrasé avant leur préparation et/ou consommation. Mais le *kitutulu* est aussi utilisé comme instrument ou outil servant d'épreuve « judiciaire », un peu comme le « *n'kasa* », arbre dont l'écorce a la réputation de tuer les sorciers.

Le *n'kasa* est pourvu d'une substance toxique que l'on absorbe pour prouver son innocence ; le *kitutulu* a plutôt une valeur mystique. Il s'agit d'un simple geste à exécuter, symbolique, mais ce geste est redouté car lourd de conséquences.

Actuellement, il trouve ses applications dans les conflits familiaux relevant de la sorcellerie. En plus du règlement judiciaire des conflits, nous pensons que le *Kitutulu* a un impact thérapeutique indéniable sur les maladies psychosomatiques. Il permet de dissiper l'angoisse du malade et de la famille qui, après l'épreuve, sortent de la salle convaincus que désormais, les forces magiques du *Kitutulu* vont châtier le coupable.

VII.5.1.4 Le n'kissi

Le mot *n'kissi* possède un sens étendu, Buakasa (1993, p.62) le traduit par le mot français fétiche avec ce qu'il comporte comme nuances selon le cadre théorique où l'on se situe. Pour le Congolais, il désigne actuellement toute thérapeutique.

C'est ainsi que l'on distingue *n'kissi wa mundélé* (*n'kissi* des blancs), c'est-à-dire produits pharmaceutiques et *n'kissi wa gâta* (*n'kissi* du village) c'est-à-dire relevant de la médecine traditionnelle. Mais à l'origine, le mot *n'kissi* signifiait l'ensemble des moyens « traditionnels » existant pour vaincre la maladie.

Il avait un versant religieux ; la croyance veut que certaines maladies proviennent de Dieu, il suffit de les traiter avec les remèdes à base à base des plantes ou d'éléments animaux ou géologiques. Ces remèdes s'appellent en langue *Kongo* « *bilongo* » ou « *manganga* » pour les différencier des *n'kissi* proprement dits.

VII.5.1.4.1 Les n'kissi (fétiches) proprement dits

Les *n'kissi* (fétiches) proprement dits, sont innombrables et varient selon les régions. On peut citer le « *mumbu* » chez les tékés, le *ndzobi* chez les *Mbétis*, les *bakota* et les *punu*, « *tchikoumbi* » chez les vilis désigné aussi un rite de passage pour adolescent et le « *mudziri* » chez les *Kongo* (ethnie principale du Congo).

Tous ces *n'kissi* ont chacun leur particularité et leurs propriétés. Le *mudziri* qui se pratique encore de nos jours, provoque des fièvres vespérales et de l'amaigrissement. Quand le diagnostic d'envoûtement est posé par le *N'ganga*, ce dernier a un traitement appelé le « *mabondzo* » pluriel de « *bondzo* », composé de :

Bondzo 1

<i>Lemba-lemba</i>	brillantaisia patula
<i>Luyala</i>	garciniakola
<i>N'samba</i>	vin de palme
<i>M'pemba</i>	kaolin

Bondzo 2

<i>N'sankunsaku</i>	cyéprus articuleurs
<i>M'pemba</i>	kaolin
<i>N'samba</i>	vin de palme

Bondzo 3

<i>M'filu</i>	vitesse madiencis
<i>Tondo</i>	genre.. de champignon
<i>Mamba</i>	eau

Ces trois potions sont administrées pendant quelques jours. En cas d'amélioration des symptômes, le diagnostic est alors confirmé et le malade doit être maintenu interné pendant au moins un mois chez le *n'ganga* ou tradithérapeute dans une salle appelée « *vuela* ». Pendant le traitement, le malade est au repos total. La cuisine est assurée par une femme spéciale, appelée « *ma n'lambi* » (du verbe *lamba* qui signifie préparer ou cuisiner). Le premier jour de l'internement a lieu une cérémonie spéciale. Après avoir soumis le patient ou la patiente à un bain de vapeur, préparé avec le *m'filu*, et le *masisia ma makanga* (*afronum*) et le *n'titi* (*sapien cornutum*), le *n'ganga* lui fait des massages tout le long du corps. Le malade a une sensation e bien être. Le *n'ganga* lance le « *De ! De !* » qui, inaugure le rituel et il précise le motif de la réunion à l'assistance très nombreuse. Ensuite, autour d'un grand feu, ce dernier examine les lieux, tout en dansant au rythme du tam-tam. Si l'ange gardien du malade a quitté ce dernier, il faut le ramener au *Vuela*.

Le *n'ganga* entre en transe et poursuit le « *n'tsiba* » (esprit) dans une course effrénée qui peut durer des heures. Cette course prend fin quand le *n'ganga* réussit à maîtriser l'esprit du « *n'kuyu* »/ ou « *mukuyu* » (ange gardien), symbolisé par un objet quelconque, souvent il s'agit de statuettes, parfois une de relique (ongles, cheveux), ou des éléments géologique (kaolin), ou encore un produit animal (peau d'animaux, becs d'oiseaux, coquillages).

Le *N'kuyu* ou *Mukuyu* ainsi maîtrisé est ramené au Vuela et placé dans un coin de la maison, entouré de feuilles de *lemba-lemba*. On lui verse le sang d'un poulet immolé sur place et du *N'samba* (vin de palme), pour qu'il s'abreuve et ne s'échappe plus ; la cérémonie continuera par de trances de réjouissance jusqu'au matin.

La connaissance du phénomène *N'kissi* est nécessaire pour le praticien congolais, tant sur le pan théorique que pratique, parce qu'il en entendra parler au cours de l'entretien avec les malades. Dans son ouvrage « *Féticheurs et médecines traditionnelles au Congo* » qui date de 1969, A. BOUQUET dit en parlant des sociétés congolaises : « Ces sociétés secrètes n'y existent pratiquement plus, mais leur souvenir est encore vivace »

L'auteur commet là une erreur d'appréciation. En effet, ces phénomènes n'ont jamais disparu, même si à l'époque où il écrivait, on n'en notait pas les manifestations. La preuve nous en est donnée par le procès des *Andzimbistes* d'Owando (une des villes situées au nord du pays), procès célèbre qui fit couler beaucoup d'encre, en mai 1975, où l'on statua sur le cas d'hommes et de femmes, responsables des disparitions mystérieuses d'enfants.

Les *Mindjula-m'vumbi* (déterreurs de cadavres), société secrète chez les Kongo des départements du Pool et de la Bouenza demeurent également une réalité. Si la pratique des *N'kissi* a disparu dans certains départements, on la retrouve assez couramment dans les départements du Pool et de la Bouenza.

VII.5.1.4.2 Les guérisseurs par les plantes

A côté des plantes très usitées, la guérison des maladies mentales peut aussi s'obtenir par le recours à d'autres plantes. Et le guérisseur qui en fait usage est désigné par le terme herboriste. Mais au départ, ce terme était utilisé pour nommer aussi toute personne quelle qu'elle soit, qui vend des plantes à vertu thérapeutiques.

Actuellement, l'herboriste chez les *Kongo* du Congo Brazzaville, c'est celui qui introduit dans son arsenal des plantes à la fois des éléments appartenant au règne animal et minéral (têtes d'oiseaux ou de serpent, coquillages, etc.). En revanche, dans la pratique, l'herboriste « *pur* » n'existe pas en psychiatrie traditionnelle, c'est pourquoi nous utilisons le terme *N'ganga* qui désigne le praticien polyvalent.

C'est lui que l'on va consulter en cas de maladie mentale et non l'herboriste. Le *N'ganga* généralise, ou mieux celui qui est spécialisé en maladies mentales, s'appuie sur la psychothérapie, bien que le monde végétal constitue l'un des éléments les plus importants dans la pharmacopée traditionnelle. La flore congolaise est très variée et les plantes possédant des vertus thérapeutiques qui sont innombrables.

Parmi les mille espèces qui ont été décrites par A. BOUQUET (1969), nous avons pu retrouver plus d'une dizaine susceptibles d'agir sur les maladies mentales, telles que :

- Lukaya lua tubola (*Ipoma obsura*) qui, absorbée, aurait les propriétés de calmer l'agitation (dose moyenne 1 à 2 verres par jour).
- N'kasa (*erythopelleum guinense*) arbre de l'épreuve de culpabilité ou d'innocence, serait employé pour soigner la folie.
- N'kelo (*annona arenonia*) en dehors de ses propriétés expectorantes et vomitives, est utilisé pour traiter les crises d'épilepsie, afin d'atténuer celles-ci.

Plusieurs recettes sont utilisées par les *N'ganga* congolais contre l'agitation psychomotrice. Parmi lesquelles on peut citer :

-Lemba-lemba	brillantaisia pectula.
-Lemba-n'toko	piperu mbullatum.
-Tilonga longa	nénuphar.
-Mulolo	annona arénonia.
-Yuyuka	kalanche latentia.

Dans le cadre de la psychiatrie traditionnelle, la fabrication et l'administration d'une potion s'accompagne toujours de cérémonies rituelles. La connaissance des plantes par le *N'ganga* est assez considérable, il en connaît les propriétés et les effets secondaires. Cette connaissance s'acquiert graduellement par transmission familiale : de père en fils, d'oncle à neveu ; de grand-mère à petite fille, etc.

VII.5.1.4.3 La spirithérapie et les religions à guérison

La spirithérapie intègre les pratiques des religions du salut (Kouvouama, 2002). Elle consiste à soigner le malade en recourant à des procédés spirituels. Abel Kouvouama (2002, p.89) montre que

à partir des années 1920 en période coloniale, les villes d'Afrique centrale, particulièrement de l'Angola, du Congo-Kinshasa et du Congo-Brazzaville, connaissent de fortes périodes d'expansion de l'influence religieuse... Ceci concerne non seulement les Eglises instituées d'origine missionnaire, mais également prophétiques, et messianiques. Les « prophètes » à qui les adeptes reconnaissent une capacité spéciale à entrer en contact avec Dieu et à révéler sa parole ; ce sont souvent d'anciens catéchistes baptistes ou salutistes formés dans les missions chrétiennes. L'investiture divine se manifeste par la réalisation de faits extraordinaires, notamment **les miracles de guérison**. Ces églises revendiquaient la spécificité d'un christianisme africain en marge du christianisme institué...

Nous soulignons *les miracles de guérison* car qu'elles soient répertoriées aujourd'hui en tant que sectes religieuses, ou en tant que mouvements messianiques, ces *religions du salut*, notamment le *n'guzisme*, par leur implication dans le *champ politique* africain des années 1920, avaient apporté quelques réponses aux traumatismes nés des colonisations belge, française et portugaise. C'est dans ce contexte que ces *religions du salut* demeurent entre autres, au Congo, une voie de recours pour la maladie mentale qui interpelle l'ontogénèse.

La secte définit littéralement un groupement religieux ferme, créée en opposition à des idées et à des pratiques religieuses dominantes. L'étude menée par A. MISONNTSA (1973, p.67), ancien chef du service de psychiatrie du Centre Hospitalier et Universitaire (CHU) de Brazzaville, considère une secte comme étant :

Tout chemin de l'homme vers la transcendance... C'est une société, une organisation, un groupement d'hommes et de femmes, constitués dans le but d'étudier et d'appliquer certaines lois de la nature... Ces sectes semblent naître dans le but de délivrer la société congolaise de la sorcellerie et ses méfaits, de supprimer la maladie, de protéger l'homme contre l'angoisse de la mort

Il prend ainsi l'exemple du *lassysme*, du *kimbanguisme* et de *croix-koma*. Bien entendu, il en existe une multitude d'autres à travers l'étendue du territoire et leur nombre malgré les rapports de la médecine occidentale va sans cesse grandissant. Notons que certains groupements religieux qualifiés initialement des sectes, ont acquis de nos jours le statut de religion à part entière. C'est le cas du *kimbanguiste*.

❖ *Lassysme*

Le *lassysme*, fortement implanté à Pointe-Noire (capitale économique) de la République du Congo, possède de nombreux adeptes dans le sud du pays et à Brazzaville (capitale politique ou administrative), et gagne la partie nord de la République. Créé par Zéphirin Lassy, ce dernier après sa mort fut remplacé par Sakala Louis Gaspard, puis par Lassy Fils. Ces derniers, bien que moins populaires que le fondateur, continuent à traiter les malades avec, comme seul remède, l'absorption d'une eau sur laquelle on impose les mains en signe de consécration (eau bénite). Le *lassysme* a des disciplines à Brazzaville.

C'est le cas de Mabiala, habitant au plateau des 15 ans (l'un des plus illustres quartiers de la ville). Celui-ci reçoit chaque matin une vingtaine de malades. Il les interroge sur le motif de la consultation et « voit » les causes profondes de la maladie, tout comme le ferait un *n'ganga*. Mais ce dernier prescrit des *mabondza*, le pasteur Mabiala recommande un verre d'eau bénite, chaque jour, accompagné de prières adressées à Dieu et à Jésus Christ.

❖ *Le Croix-Koma*

Ce mouvement, fondé par Victor Malanda, a eu pour objectif d'amener le peuple congolais à renoncer aux fétiches ; Victor Malanda, de son vivant, a connu un immense succès, surtout dans le groupe ethnique *kongo*. Un musée de fétiches a été construit dans son village, lequel a recueilli tous les *n'kissi* de la région. L'enthousiasme était tel que le peuple *kongo* a cru à la force de la « sorcellerie » de ce dernier. On a cru au triomphe de la phytothérapie et de la religion catholique dont se servait **Victor Malanda** pour guérir les malades. Ce dernier étant mort en 1976, son fils **Malela** lui succède.

D'ores et déjà, le village *n'kankata* n'est plus le grand lieu de pèlerinage où le peuple allait se purifier de ses péchés, renoncer aux fétiches (pratiques diaboliques) et où les malades aimaient se rendre pour recevoir la grâce de la guérison. Malela, bien se disant investi par son père au cours d'un rêve où celui-ci lui disait de prendre le *nkutu* (une sorte de gibecière où toute personne douée d'un pouvoir mystique garde ses fétiches), qu'il lui avait légué de son vivant, et de porter son chapeau, n'a pas su maintenir la force du mouvement *croix-koma*. Illettré, moins intelligent et moins éloquent que son défunt père, il a cependant hérité de lui une connaissance assez profonde de la phytothérapie et de la foi en la religion du Christ. Très réticent à l'égard des promesses des autorités de l'époque, visant à l'organisation de la pharmacopée traditionnelle, il ne livra son secret à personne.

Il aurait réussi à fabriquer de l'alcool et des comprimés à base de certaines plantes. Il traite tous ces malades qui ont la foi en Dieu, que ces derniers souffrent ou non d'un mal mental. Les séances de guérison incluent la cérémonie de la croix, avec une phase appelée *bayandia-bangi* où le malade doit jurer d'abandonner ses pratiques fétichistes et abjurer tout péché. Ce « traitement » nécessite sept séances qui vont du jeudi au jeudi.

De nombreuses familles *Kongo* avaient effectué ce pèlerinage de *croix-koma*. Un témoin qui y accompagna son père dans son enfance (à 7 ans environ), âgé aujourd'hui de 79 ans a gardé intact le souvenir d'un cantique qui était entonné par ceux qui sortaient de la purification du village *N'Kankata* :

« <i>Kuluwa ni sutula</i> :	C'est la croix qui libère
<i>Bilunzi bia ba kanga</i> :	Les esprits.. envoûtés
<i>Beno ba ndoki</i> :	Vous les sorciers
<i>Yambuleno bantu</i> :	Libérez les gens
<i>Ba lwa kanga</i> :	Que vous avez enchainés
<i>Lwa mana kala</i> :	En cas de refus
<i>Kuluwa dia N'zambi</i> :	La croix de Dieu
<i>Kanga koma</i> :	Vous enfermera

Les familles qui avaient pris part à cette randonnée de *croix-koma* connurent pour certaines une véritable renaissance. En effet, ces déclamations publiques devenaient pour les membres de ces familles, auparavant désunies, et traversées par le soupçon de la sorcellerie, une sorte de serment solennel qui scellait un nouveau destin, des nouvelles résolutions. Notre témoin relate quelques-uns de ces engagements qui ne sont en fait que des codes de la bonne conduite en société.

« <i>Nsamu mia mbi</i> :	Si les mauvaises conduites
<i>Na mana mia kadila</i> :	Resurgissent en moi
<i>Kuluwa koma !</i> :	Que je sois cloué sur la croix !
<i>Koma !</i>	Cloué ! (répond l'assistance)
<i>Bunsuza na mana bwa kadila</i>	Si je renoue avec l'adultère
<i>Kuluwa koma !</i> :	Que je sois cloué sur la croix !
<i>Koma !</i> :	Cloué ! (répond l'assistance)
<i>Bwivi na mana bwa kadila</i>	Si je renoue avec le vol !
<i>Kuluwa koma !</i> :	Que je sois cloué sur la croix !
<i>Koma !</i>	Cloué ! (répond l'assistance)
<i>Bungungu na mana bwa kadila</i>	Si je renoue avec le mensonge
<i>Kuluwa koma !</i> :	Que je sois cloué sur la croix !
<i>Koma !</i>	Cloué ! (répond l'assistance)
<i>Kindoki namana kia kadila</i>	Si je renoue avec la sorcellerie..
<i>Kuluwa koma !</i> :	Que je sois cloué sur la croix !
<i>Koma !</i>	Cloué ! (répond l'assistance)

Ainsi s'établissait, à l'issue de ce pèlerinage de *croix-koma* un climat de confiance retrouvée, de concorde, de paix et peut-être aussi de progrès social pour des personnes ayant renié en public tout ce qui fait mal à autrui et à la société, afin d'œuvrer pour le bien public.

❖ *Le n'guzisme*

Rien dans les activités paisibles des occupants de la « parcelle » (habitation) du prophète ne les distinguerait de ceux des parcelles voisines, si ce n'est qu'ils participaient aux offices qui se tiennent sur le vaste terre-plein centre où s'élève une église de tôles et de planches. L'église *n'gunziste* est parfaitement insérée dans le réseau thérapeutique local. Dans ce quartier, comme dans les autres quartiers de Brazzaville, infirmiers, guérisseurs, sectes, herboristes, dispensaires privés, secouristes se côtoient. Rien de spectaculaire dans cet espace dont l'aspect rural fait oublier qu'il se trouve au cœur d'une ville de plus de six cent mille habitants. Le prophète fondateur de l'église habite sur place avec sa femme, sa mère et ses quatre enfants, tous scolarisés. Tandis que la mère du prophète s'occupe des plantations, certaines patientes participent à la préparation du repas, d'autres s'adonnent à des palabres sans fin, tout en écoutant distraitemment les informations émises par la radio nationale.

Leur vie est rythmée par les offices et les prières collectives. Des cours de catéchisme sont l'occasion d'alphabétiser les femmes. La chorale répète en vue de la célébration dominicale.

Des patients s'entretiennent avec le prophète ou avec ses disciples. Le prophète est aidé de conseillers divers : voyants, disciples, soignants, responsables de la chorale, secrétaire administratif, trésorier, etc. Cette organisation est formalisée dans les statuts déposés au ministère, mais elle fait constamment l'objet d'aménagements, de discussions et de propositions de la part des adhérents lors des assemblées régulières.

Les séances de soins pour les patients « *hospitalisés* » ont lieu le matin, deux fois par semaine, et consistent en une rapide prière et une lecture de la bible suivies pour chacun d'une aspersion d'eau bénite et d'une imposition par le « *soignant* ». L'après-midi est plutôt consacrée aux consultations.

Deux fois par semaine, dans une atmosphère détendue, parfois grave, les « *voyants* » reçoivent les patients qui consultent pour la première fois. Certains patients suivent régulièrement les soins dans la secte (eau bénite et prières). Enfin, le vendredi, le prophète invite certains patients à se purifier dans la piscine. Mais les activités collectives d'édification ou de réfection des bâtiments, au nettoyage de la parcelle et de piscine, etc. Le prophète participe activement à toutes ces activités. A l'issue du séjour thérapeutique des patients, une grande importance est donnée au fait de les raccompagner chez eux. Leur maison est bénie, protégée ; ils n'ont jamais été « *désinsérés* » de leur famille, mais ils font désormais partie d'une communauté plus large.

VII.6 Les autres religions à guérison

Ces dernières années ont vu naître de nouvelles sectes. Le mot secte ayant une connotation péjorative, une nouvelle appellation est née : *religion à guérison...* chaque religion a sa dénomination.

VII.6.1 La communauté Mademoiselle

Répandue dans la Sangha, la Likouala et une partie de la Cuvette, la communauté Mademoiselle est dirigée par **Ikiki** et **Sakaka**. Pour Joseph TONDA (2002, p.63), cette communauté avait pour but :

Faire cesser les pratiques honteuses (détruire les fétiches, interdire l'accomplissement de l'acte sexuel de jour entre le lever et le coucher du soleil) et confesser en public ses habitants, pour les forcer à abjurer leurs fautes.

Actuellement, des communautés religieuses similaires à celle de Mademoiselle sont répandues dans chaque ruelle de la ville de Brazzaville. Celles-ci, par le biais de leur prophète, exercent une véritable influence sur la population, déjà fragilisée par la misère sans fin. Ainsi, chaque quartier de Brazzaville possède son *n'gunza* (prophète).

Ces *N'gunza* ont un impact sur la population. Quand quelqu'un est frappé d'une maladie dont les causes sont jugées irrationnelles, le prophète identifie l'agresseur ou les agresseurs présumés. Ils visualisent soi-disant leurs mauvaises actions. La plupart disent recevoir leur pouvoir de Dieu. En son nom, ils s'attaquent aux sorciers, aux fétiches et aux malfaiteurs.

Par le phénomène de transe (Brunton, 1949), ils entrent en contact avec le monde de l'au-delà et repèrent l'origine du mal. Les fétiches sont alors détruits, les arbres où s'abritent les mauvais génies sont abattus. Les *n'gunza* n'opèrent pas seuls, ils sont entourés de disciples à qui ils délèguent une partie de leurs pouvoirs. Ce sont ces derniers qui reçoivent les malades, les écoutent, les font prier et les exorcisent. Certains *n'gunza*, en situations de transe s'expriment dans des langues qui ne sont accessibles qu'aux initiés, lesquels le contenu du message au public. L'influence des *n'gunza* sur le peuple est immense. Les Assemblées de Dieu de Pentecôte créées par Isaïe DEMBA ont joué un grand rôle dans la prise en charge des malades mentaux.

Au départ, le phénomène du prophétisme n'était connu qu'en dehors des deux plus « *grandes religions* » chrétiennes : le catholicisme et le protestantisme. De nos jours, parallèlement aux pentecôtistes, les catholiques, les protestants et les prophètes des « *églises de réveil* » se sont distingués dans leurs milieux chrétiens comme des psychothérapeutes de référence.

Des malades se croyant hantés par le démon, ceux dont l'esprit est troublé par l'acquisition d'un talisman ou d'une médaille commandés en Europe ou en Inde, se sont réfugiés chez eux pour se protéger de l'esprit malin. Ces ministres de Dieu ou de culte (*n'ganga n'zambi*) chassent les esprits démoniaques en imposant les mains aux malades, en leur demandant de suivre un rituel. Le « *lire magique* » ou médaille à l'origine des perturbations sont retirés par le *n'ganga n'zambi*, après les avoir bénis afin d'annihiler les pouvoirs maléfiques.

VII.6.2 Le prophète Isaïe, des assemblées de Dieu de Pentecôte

A Brazzaville, le plus célèbre de ce *N'gunza* était incontestablement le prophète Isaïe, en raison de son audience. Il était appelé prophète Isaïe, pour ne pas être confondu avec le Grand Esaïe de la Bible. Il se présentait ainsi : Demba Isaïe, ancien militaire de l'armée Française, engagé en 1940. Il a participé à la Deuxième Guerre Mondiale. Fait prisonnier, il réussira à s'échapper « *miraculeusement* » au bout de deux ans de détention, en compagnie de son chef de corps, un commandant blanc. Sa vocation lui serait venue de son père, un Pasteur protestant qui en mourant, lui aurait laissé une bible en *Kikongo*, comme seul héritage, parmi ses nombreux biens qui ont été distribués à tous les membres de la famille. Il gardera cet héritage symbolique, sans en comprendre le sens, la signification, jusqu'au jour de la révélation suivante :

C'est pendant la guerre que m'est apparue la lumière plusieurs fois sur le champ de bataille. Un jour, alors que j'étais en détention de guerre, j'ai entendu une voix me demandant d'emmener avec moi un compagnon de prison, mon chef de corps. J'ai obéi à la voix de Dieu et j'ai dit à mon commandant de me suivre. Celui-ci devait toucher trois fois mon talon d'Achille, pour ne pas se faire repérer par les gardiens, tel que le commandait la voix. C'est ainsi que nous avons pu échapper à nos geôliers et rejoindre nos compagnons sans problème. Le souvenir de cette évasion est dans ma mémoire...

Partant de la représentation des traitements traditionnels au Congo que nous venons de faire, trois observations peuvent être esquissées :

La première observation porte sur la place du thérapeute au Congo. En effet, à l'inverse du médecin occidental, le tradithérapeute (*n'ganga n'kissi* ou *n'ganga n'zambi*), quel que soit le mode de traitement traditionnel qu'il utilise (*phytothérapie* ou *spirithérapie*), il vise la reconstruction ou la reconsolidation du lien social entre le malade et son entourage. La réponse sociale qu'il apporte par le biais de sa médication face à la demande du malade vise essentiellement le rétablissement du tissu social.

La deuxième observation est relative au rapport des traitements traditionnels au monde sacré (Dieu ou les Ancêtres). En effet, le tradithérapeute (*n'ganga n'kissi* ou *n'ganga n'zambi*) se définit comme étant le médiateur entre le malade, son groupe et le monde des esprits. Lors d'une consultation, le tradithérapeute reçoit la demande du malade (accompagné de son entourage), la formule et ensuite la transmet aux ancêtres qui eux interviennent dans la guérison.

La troisième tient à la classification de ces espaces autochtones de production du sens, de renégociation du *vouloir-vivre ensemble*, terme souvent utilisé par le professeur Abel Kouvouama. Il convient de remarquer qu'il est très difficile avec des outils d'analyse de l'école occidentale de cantonner ces nouveaux espaces d'émancipation citoyenne en de simples sectes. Les termes « *mabundu* », pluriel de « *dibundu* », et/ ou « *moziki* » (Kouvouama, 2001), rendent bien compte, à notre avis, dans le contexte congolais, de cette réinvention quotidienne de la modernité face à l'inconnu et surtout à l'imprévu.

Ainsi, il nous a semblé utile de réactualiser la réflexion sur la caractérisation de la foi ou des croyances en Afrique et au Congo en particulier.

Deux (02) séries d'hypothèses ont été formulées de manière suivante :

... Les mouvements associatifs doivent-ils être appréhendés comme la permanence en milieu urbain Brazzavillois, d'institutions et de pratiques du monde rural ? Ou bien sont-ils au contraire des formes sociales et culturelles de réponses et d'ajustements sociaux aux sollicitations quotidiennes du monde urbain, aux exigences pressantes de la modernité ?-...Quels sont les motifs qui sous-tendent chez les individus, leurs choix d'un mouvement associatif religieux ou laïc ?

CHAPITRE VIII : LA MEDECINE TRADITIONNELLE COMME COMPOSANTE STRATEGIQUE DE SANTE AU CONGO

VIII.1 Fondements conceptuels

Basée sur les connaissances ancestrales, la médecine traditionnelle s'est perpétuée jusqu'à nos jours chez les guérisseurs, uniquement par la transmission orale des connaissances et la pratique de l'art médical.

Pour l'Africain, le concept originel de la nature inclut tout à la fois le monde matériel, l'environnement sociologique vivant ou mort, ainsi que les forces métaphysiques de l'univers. Cette notion est fondamentale pour saisir la médecine traditionnelle africaine qui sous toutes ses formes, reflète un mode de vie, un mode de pensée ou de culture suivant la facette de la civilisation africaine. Aussi, remettre en honneur cette médecine en la transférant du stade oral où elle se trouve actuellement confinée, au stade écrit contribuera à revaloriser l'identité de l'homme africain dans son être même : sa personnalité spécifique et sa culture originelle.

Bien que la médecine traditionnelle échappe à l'heure actuelle à une définition universelle, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) la définit comme

L'ensemble des connaissances et des pratiques, explicables ou non, utilisées pour diagnostiquer, prévenir ou diminuer des maladies physiques, mentales ou sociales et qui peuvent se fonder exclusivement sur des expériences et/ou des observations passées transmises de génération en génération, oralement ou par écrit.

A la conférence internationale d'Alma-Ata en URSS, organisée par l'OMS du 06 au 12 septembre 1978, la médecine traditionnelle fut reconnue comme l'une de composante à part entière de la santé publique. Le Congo a participé pleinement aux travaux de cette conférence et a souscrit aux recommandations.

VIII.2 Historique de la revalorisation de la médecine traditionnelle au Congo

La nécessité d'accorder un rôle à la médecine traditionnelle dans les systèmes nationaux de santé est maintenant reconnu et acceptée par la grande majorité des Etats africains.

A cet effet, ceux-ci ont souscrit à la stratégie régionale de l'OMS/AFRO encourageant la promotion du rôle de la médecine traditionnelle dans les systèmes nationaux de santé.

L'Etat congolais, conscient de l'impact socioculturel et économique de la médecine traditionnelle avait pris la décision de vulgariser les résultats de ladite conférence à travers les couches sociales de notre pays sur l'importance des remèdes traditionnels. C'est ainsi que furent créées successivement les institutions suivantes :

- L'Antenne de médecine traditionnelle au sein du Ministère de la Santé et des Affaires Sociales par le 3^{ème} Congrès extraordinaire du Parti Congolais du Travail (PCT) tenu en 1979 ;
- L'Union Nationale des Tradipraticiens Congolais (UNTC), Organisation Non Gouvernementale (ONG), le 24 décembre 1980 ;
- Le Service de la médecine traditionnelle à la Direction de la médecine curative au sein du Ministère de la Santé et des Affaires Sociales par décret n° 82-228 du 09 mai 1982 ;
- Le Centre d'Etudes sur les Ressources Végétales (CERVE) au sein du Ministère de la Recherche Scientifique par loi n°028/85 du 19 juillet 1985 ;
- Le Centre National de la Médecine Traditionnelle (CNMT) par note de service n°039/MSAS/DGSP/DMC/SMT du 17 février 1987.

Avec cette reconnaissance de la médecine traditionnelle, le Congo a pris part à plusieurs réunions régionales et internationales, notamment :

- Séminaire-atelier sur la création d'un projet de loi-cadre relatif à l'exercice de la médecine traditionnelle dans les Etats membres, organisé conjointement par le CICIBA, l'OMS, le PNUD, et l'UNESCO, Brazzaville (Congo), 1990 ;
- Séminaire-atelier sur les médicaments et plantes médicinales sur le paludisme dans tiers monde, Paris IX (France), 1991 ;
- Congrès International sur les plantes médicinales, Tunis (Tunisie), 1993 ;
- Cinquième symposium de l'OUA/CSTR sur les plantes médicinales et la médecine traditionnelle, Yaoundé (Cameroun), 1993 ;
- Forum africain sur le rôle de la médecine traditionnelle dans les systèmes de santé, Hararé (Zimbabwe), 2000 ;
- Cinquantième session du comité régional de l'OMS/AFRO sur la promotion et le rôle de la médecine traditionnelle dans le système de santé, Ouagadougou (Burkina Faso), 2000 ;
- Trente septième sessions ordinaires de la Conférence des Chefs d'Etat et de Gouvernement sur la déclaration de la période 2001-2010, comme décennie de la médecine traditionnelle en Afrique, Lusaka (Zambie), 2001 ;
- Conférence sur les médicaments essentiels et l'avenir de la médecine par les plantes, Paris (France), 2004 ;
- Second atelier régional sur la réglementation des médicaments traditionnels, Madrid (Espagne), 2004 ;
- Réunion régionale sur l'institutionnalisation de la médecine traditionnelle dans le système de santé, Ouidah (Benin), 2004.

VIII.3 Situation de la médecine traditionnelle au Congo

La médecine traditionnelle est pratiquée depuis plusieurs millénaires partout dans le monde. Elle est l'ensemble de toutes les connaissances techniques de préparation et d'utilisation de substances, mesures et pratiques en usage, explicable, ou non à l'état de la science et qui servent à diagnostiquer, à prévenir ou éliminer un déséquilibre du bien-être physique, mental, social ou religieux.

L'OMS la reconnaît comme un des éléments essentiels des soins de santé primaire « sauver les plantes qui sauvent la vie », tel est le slogan qui résumerait la stratégie de l'OMS dans ce domaine.

Elle recommande aux pays dont la situation sanitaire n'a cessé de se dégrader depuis les années 60, d'initier des programmes concernant l'identification l'exploitation, la préparation, la culture, la conservation et la validation des plantes médicinales utilisées dans les recettes traditionnelles.

Il y a lieu de constater que l'étude des plantes médicinales au Congo a déjà fait l'objet de nombreux travaux notamment, les études botaniques, chimiques et pharmacologiques sur les plantes congolaises, les enquêtes ethnobotaniques menées auprès des tradipraticiens à travers le territoire national (mission ACCT-Congo en 1985 et autres par les chercheurs nationaux et expatriés).

Ces études chimiques et pharmacologiques plus complètes portent aujourd'hui sur la caractérisation, l'isolement et l'identification des substances majoritaires et/ou actives d'un certain nombre de plantes de la flore congolaise en relation avec les maladies courantes dans notre société.

Ce programme vise à évaluer la qualité des médicaments traditionnels à l'aide des techniques modernes, ainsi que l'organisation par un cadre juridique approuvé.

VIII.4 Ancrage institutionnel

Toutes les activités relatives à l'exercice de la médecine traditionnelle relèvent de la compétence du Service de la Médecine Traditionnelle, placé sous tutelle de la Direction des Services Sanitaires chargée de la décentralisation à la Direction Générale de la Santé.

VIII.4.1 Ressources

VIII.4.1.1 Bio ressources

Le Congo dispose d'un potentiel dense de connaissance traditionnelle et d'un important trésor végétal (20 millions d'hectares de forêts, 14 millions d'hectares de savanes et clairières forestières) qui renferme plusieurs espèces végétales et drogues médicinales utiles pour la guérison de multiples pathologies courantes.

Les différents événements sociopolitiques intervenus dans le pays avaient largement endommagé l'herbier national et le droguier de plantes médicinales, tant au niveau du Centre National de la Médecine Traditionnelle (CNMT) que du Centre d'Etudes sur les Ressources Végétales (CERVE), l'herbier du CNMT qui était constitué de 510 espèces en 1993, n'en comptait plus que 309 en 2002.

La reprise des activités étant de plus en plus effective, l'herbier compte en 2005, 410 espèces végétales et 1200 échantillons et le jardin botanique, 100 espèces végétales.

VIII.4.1.2 Ressources humaines

Malgré les progrès spectaculaires enregistrés dans le domaine des soins de santé au 21^{ème} siècle, la vie dans la majorité des pays d'Afrique commence avec l'aide de la médecine traditionnelle, et est entretenue par elle.

Le nombre de tradipraticiens dépasse celui des médecins. On estime que le ratio moyen des tradipraticiens, en Afrique, par rapport à la population est de 1/200, tandis que celui des médecins est de 1/25.000³².

On remarque dans la médecine traditionnelle congolaise, une évolution remarquable d'une médecine traditionnelle secrète hier, vers une médecine traditionnelle qui s'ouvre vers un esprit de coopération et de travail en groupe. Cette dernière est entrée en collaboration étroite avec la médecine moderne au point de se retrouver intégrée dans les centres de santé depuis 1980.

Il est donc impératif d'assurer un bon exercice de la profession de tradipraticien de santé pour garantir une médecine traditionnelle de qualité. C'est à ce niveau que l'identification de tradipraticiens de santé constitue un préalable à la mise en place de toute réglementation.

En outre, l'absence de critères et de procédures d'identification des tradipraticiens de santé ne facilite guère l'organisation de cette profession, ni la mise en œuvre d'activités de promotion et de valorisation de la médecine traditionnelle. Il en est de même de la protection du savoir thérapeutique traditionnel et du développement de médicaments de qualité.

Le recensement effectué en 2015 indique le chiffre de 2084 tradipraticiens.

³² *Source d'informations* : Ministère de la Santé et de la population, Politique Nationale de Médecine Traditionnelle, Avril 2006, p.7

Tableau 12: Répartition des tradipraticiens par sexe et par département

N°	Départements	Tradipraticiens		Total
		Hommes	Femmes	
1	Brazzaville	438	108	546
2	Pointe-Noire et Kouilou	409	229	638
3	Niari	97	53	638
4	Lékoumou	59	29	150
5	Bouenza	138	60	88
6	Pool	40	45	198
7	Plateaux	74	14	8885
8	Cuvette	110	65	175
9	Cuvette – Ouest	20	07	27
10	Sangha	47	20	67
11	Likouala	15	07	22
TOTAL		1447	637	2084

Source : Auteur, 2019

Sont considérés comme tradipraticiens de santé ceux représentés dans les catégories suivantes :

- Phytothérapeutes : qui soignent principalement par les plantes ;
- Psychothérapeutes : qui soignent principalement par des techniques basées sur le vécu social et les relations entre thérapeute et malade en utilisant ou non la puissance du verbe appelée « incantation » ;
- Ritualistes : qui font principalement appel aux rites religieux ou non pour soigner ;
- Chirkinésithérapeutes : qui soignent avec des mains nues ou armées d'instruments, des massages ou des modifications sur le corps, afin de donner ou rendre aux parties malades ou blessées leur fonction ;
- Phlébotanistes : qui pratiquent les techniques de saignées pour soigner ;
- Accoucheuses traditionnelles : reconnues comme compétentes pour prodiguer à une femme et à son nouveau-né avant, pendant et après l'accouchement, des soins de santé basés sur les concepts prévalant dans la collectivité où elles vivent ;
- Herboristes : qui connaissent les usages et vendent les substances médicinales d'origine minérale ou animale ;

- Rebouteurs : qui soignent les fractures les entorses, et les luxations.

VIII.5 Exercice de la médecine traditionnelle au Congo-Brazzaville

L'exercice de la médecine traditionnelle au Congo-Brazzaville est juridiquement autorisé. Cet exercice est reconnu à toute personne physique ou morale, à titre individuel ou en association dans les conditions déterminées par les textes en vigueur.

Seul le Ministère en charge de la santé est habilité à déterminer les critères légalement requis pour être reconnu comme tradipraticien ; et nul ne peut exercer la médecine traditionnelle s'il n'est agréé comme tradipraticien.

A ce jour, quatre-vingt-cinq (85) tradipraticiens sont régulièrement autorisés à exercer la médecine traditionnelle.

VIII.6 Infrastructures de soins

Les infrastructures des soins comprennent :

- Le cabinet de soins traditionnels qui est animé par un seul tradipraticien qui en est le responsable. Il offre des soins ambulatoires.
- Le centre thérapeutique de soins traditionnels dans lequel un ou plusieurs tradipraticiens interviennent avec possibilité de garder les patients en observation.
- Le village thérapeutique qui est un centre thérapeutique avec hébergement de longue durée.

Trente (30) structures des soins traditionnels sont autorisées. Le Centre National de la Médecine Traditionnelle de Brazzaville est en plus de ses fonctions administratives, une structure de soins. Il a en son sein un jardin botanique des plantes médicinales.

VIII.7 Accessibilité financière et acceptabilité de la médecine traditionnelle

Les arguments en faveur du développement et de l'utilisation de la médecine traditionnelle au Congo font légion. 80% de la population congolaise a recours à cette médecine traditionnelle parce qu'elle fait partie de l'héritage culturel et qu'elle est peu onéreuse pour la majorité de la population.

Ce recours se justifie également par les résultats obtenus. En effet, de nombreux tradipraticiens ont montré qu'ils sont capables de soigner des pathologies en utilisant des recettes faites à partir de substances d'origine végétale, animale et minérale.

VIII.8 Ressources techniques

VIII.8.1 1 Le cadre juridique

Au regard des défis à relever, l'absence d'un cadre juridique constitue un handicap pour le développement de la médecine traditionnelle.

VIII.8.2 Les résultats de la recherche

De nombreux travaux réalisés sur les plantes médicinales du Congo et la médecine traditionnelle ont abouti à l'inventaire de substances médicinales. D'autres études à caractère académique menées par des chercheurs de divers horizons poursuivent l'identification et l'analyse de différentes plantes médicinales de la flore congolaise. En dépit de toutes ces recherches, les résultats ne sont pas valorisés.

VIII.8.3 Produits

Des médicaments traditionnels dits de la catégorie II³³ sont vendus dans les officines pharmaceutiques après obtention d'une autorisation du Ministère en charge de la santé.

VIII.9 Contraintes et défis

VIII.9.1 Contraintes

- Faible adhésion des tradipraticiens à la nécessité de réglementer l'exercice de la médecine traditionnelle ;
- Absence de mécanisme de protection des droits de propriété intellectuelle et du savoir autochtone ;

³³ Référentiel d'harmonisation des procédures d'homologation des médicaments issus de la pharmacopée traditionnelle OAPI/OMS.2004

- Absence de valorisation des résultats de la recherche ;
- Absence d'outils de standardisation et de contrôle de qualité des préparations médicamenteuses traditionnelles améliorées
- Absence d'une unité pilote locale de production des médicaments traditionnels améliorés ;
- Insuffisance de financement du secteur de la médecine de la médecine traditionnelle ;
- Faible promotion de la médecine traditionnelle ;
- Faiblesse du partenariat pour la promotion et le développement de la médecine traditionnelle.

VIII.9.2 Défis

- Mettre en place un cadre juridique d'exercice de la médecine traditionnelle et une politique nationale susceptible de l'intégrer dans les plans de développement sanitaire nationaux ;
- Elaborer un régime de protection des connaissances traditionnelles adapté aux procédures de protection de la propriété intellectuelle ;
- Soutenir l'élaboration d'un guide national de prescription de phytomédicaments sécurisés et/ou de médicaments traditionnels améliorés ;
- Renforcer le partenariat avec tous les acteurs impliqués dans la promotion et le développement de la médecine traditionnelle.

CHAPITRE IX : FONDEMENTS DE LA POLITIQUE NATIONALE DE MEDECINE TRADITIONNELLE

La politique Nationale de Médecine Traditionnelle repose sur :

IX.1 Fondements sociologiques

- La médecine traditionnelle sous toutes ses formes, reflète une culture sociale, c'est-à-dire un mode de vie, un mode de pensée, et donc une facette de la civilisation africaine ;
- Les tradipraticiens sont l'une des interfaces communautaires de recours aux soins de santé. Pour de nombreuses populations rurales surtout, la médecine traditionnelle est la seule source de soins possible.

IX.2 Fondements scientifiques et techniques

- Les preuves scientifiques apportées par les essais cliniques randomisés sont solides pour certains médicaments à base de plantes (*Sena occidentalis*, *Quassia africana*, *Lippia multiflora*, *Morinda morindoïdes*, *Ocimum gratissimum*, *Tetracera alnifolia*, etc...), et certaines thérapies manuelles.
- Les thérapies de médecine traditionnelle ont pour base commune une approche holistique de la vie, de l'équilibre entre l'esprit, le corps et son environnement. Elles mettent un accent sur la santé plutôt que sur la maladie ; ce qui est une vision de santé positive plus proche du concept de santé tel que défini par l'OMS.

IX.3 Fondements juridiques

IX.3.1 Résolutions des assises internationales

- La conférence d'Alma-Ata en URSS (du 06 au 12 Septembre 1978) sur les soins de Santé Primaires reconnaissant la médecine traditionnelle comme composante de la santé publique ;

- l'Assemblée Mondiale de la santé à travers ses résolutions WHA 29.72, WHA 32.42, WHA 30.49, WHA 40.33 et WHA 42.43 ;
- La cinquantième session du comité régional de l'OMS/AFRO sur la promotion et le rôle de la médecine traditionnelle dans le système de santé ; Ouagadougou (Burkina-Faso), 2000 ;
- La trente septième session ordinaire de la conférence des Chefs d'Etats et de Gouvernement sur la déclaration de la période 2001-2010, comme décennie de la médecine traditionnelle en Afrique, Lusaka (Zambie), 2001 ;
- La stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour la période 2000-2005, Genève 2002 ;
- La déclaration des Chefs d'Etats sur la recherche des médicaments contre le paludisme, VIH/SIDA, la tuberculose et autres maladies infectieuses prioritaires en Afrique, Abuja et Maputo 2003.

IX.3.2 Résolutions des assises nationales

- Résolutions du 3^{ème} Congrès Extraordinaire du Parti Congolais du Travail (PCT) tenu en 1979 ;
- Séminaire-atelier sur l'élaboration d'un projet de loi-cadre relatif à l'exercice de la médecine traditionnelle dans les Etats membres, organisé conjointement par le CICIBA, OMS, PNUD et UNESCO, Brazzaville, 1990.

IX.3.3 Textes à caractère juridique

- Document de Politique Nationale de Santé adopté en conseil des ministres en juillet 2000 et faisant état de la promotion des domaines du système de santé très peu pris en charge à ce jour telle que la médecine traditionnelle ;
- Document de Politique Pharmaceutique Nationale adopté en mai 2004, prenant en compte les phytomédicaments et leur inscription sur la liste nationale des médicaments essentiels.

IX.3.4 Texte législatif

La Constitution le 20 janvier 2002 qui garantit tous les droits à la santé.

IX.4 But de la Politique Nationale de Médecine Traditionnelle

- Contribuer à l'amélioration de l'état de santé des populations par l'usage d'une Médecine traditionnelle de qualité.

IX.5 Objectifs

IX.5.1 Objectif général

- Développer la médecine traditionnelle en vue d'améliorer l'accessibilité des populations à des soins et services de qualité.

IX.5.2 Objectifs spécifiques

- Renforcer le processus d'intégration effective de la médecine traditionnelle dans le système national de santé ;
- Encourager la culture et la conservation des plantes médicinales ;
- Développer la production locale des médicaments traditionnels améliorés
- Encourager la recherche/développement sur les plantes médicinales et promouvoir les médicaments traditionnels améliorés à tous les niveaux, afin de réduire l'importation massive des médicaments des pays développés ;
- Mettre en place des mécanismes de protection des droits de la propriété intellectuelle des tradipraticiens et des médicaments traditionnels.

IX.6 Stratégies de mise en œuvre

Pour atteindre ces objectifs, les axes stratégiques retenus sont les suivants :

- L'intégration de la médecine traditionnelle dans le système de santé ;
- Le renforcement des capacités de recherche et l'amélioration de la qualité ;
- Le renforcement des capacités des ressources humaines ;

- Le développement de la culture des plantes actives et de la production locale des phytomédicaments ;
- La mise en place des mécanismes de protection des droits de propriété intellectuelle et du savoir autochtone ;
- La sensibilisation des différents acteurs au développement du secteur ;
- Le renforcement du partenariat.

IX.7 Intégration de la médecine traditionnelle dans le système de santé

L'intégration doit se concevoir au plan structurel et fonctionnel

Au plan structurel : il s'agit d'une médecine traditionnelle reconnue et incorporée dans tous les domaines de la prestation des soins de santé, y compris la politique pharmaceutique nationale, l'homologation des produits, la réglementation de l'exercice, la déontologie, la création d'infrastructures de médecine traditionnelle et ce tenant compte des niveaux du système de santé.

Au plan fonctionnel : il s'agit d'une intégration horizontale entre services de médecine conventionnelle et ceux de médecine traditionnelle.

IX.8 Renforcement des capacités de recherche et amélioration de la qualité

La recherche visera l'amélioration de la qualité des produits issus de la médecine traditionnelle. A ce titre, il s'agira de :

- Améliorer les connaissances sur la médecine traditionnelle en tant que système médical sous ses différents aspects culturels et anthropologique ;
- Améliorer les pratiques thérapeutiques, en vue de leur rationalisation ;
- Evaluer sur la base d'une méthodologie scientifique rigoureuse, l'efficacité, l'innocuité et la qualité des médicaments traditionnels, en vue de leur emploi rationnel à large échelle ;
- Favoriser la production industrielle de médicaments à base de plantes.

La recherche doit se réaliser selon trois (3) modalités : les enquêtes de terrain, les études aux laboratoires et les études cliniques.

IX.9 Renforcement des capacités des ressources humaines

Les capacités du tradipraticien seront renforcées par :

- L'amélioration des conditions sur l'étiologie, la clinique, le traitement et la prévention des maladies pour lesquelles ils sont couramment consultés par les populations ;
- L'amélioration des connaissances sur la préparation, la conservation des recettes et les mesures d'hygiène.
- La rationalisation des techniques de récolte et de conditionnement des produits végétaux ;
- L'amélioration de la qualité des soins.

Le renforcement de ces capacités devra se faire dans une institution de formation sous forme de séminaires atelier, de modules à insérer dans les curricula de formations existantes ou sous forme de formation qualifiante de longue durée.

Après formation, le tradipraticien, bien que n'étant pas un fonctionnaire de l'Etat, est confirmé comme agent de santé dans le système officiel, avec pour rôle de :

- Dispenser des soins de qualité face aux endémies courantes et aux urgences ;
- Déferer à temps tous les cas qui sont hors de ses compétences ;
- Contribuer à l'éducation sanitaire des populations.

Il est un professionnel exerçant à titre libéral. Il peut bénéficier des subventions de l'Etat ou de tout autre organisme de financement pour toutes fins utiles et nécessaires.

IX.10 Développement de la production locale

L'Etat assurera la promotion de ce secteur par une législation appropriée, l'accès aux emprunts, le crédit aux investisseurs, l'accès des promoteurs à de grandes surfaces de terre pour réaliser les cultures commerciales, un engagement à homologuer et utiliser les médicaments traditionnels améliorés.

IX.11 Sensibilisation des différents acteurs au développement du secteur

La sensibilisation passera par :

- La promotion de l'exercice de la médecine ;
- La vulgarisation du code de déontologie lié à la profession de tradipraticien ;
- La promotion des échanges d'expériences entre tradipraticiens de santé, d'une part, entre tradipraticiens et praticiens de la médecine conventionnelle, d'autre part ;
- L'information de toutes personnes physiques ou morales soucieuses du développement de la médecine traditionnelle ;
- Le plaidoyer pour faire adopter les textes relatifs à la médecine traditionnelle et susciter les moyens nécessaires à la mise en œuvre de la politique nationale.

IX.12 Renforcement du partenariat

Outre les ressources budgétaires de l'Etat allouées au développement de la médecine traditionnelle, la réussite de la politique nationale de médecine traditionnelle est garantie par une large coopération au niveau régional et international.

L'objectif de la coopération au niveau régional et international est de profiter des expériences positives acquises chez les uns et les autres. Dans cette optique des mesures concrètes sont prises pour favoriser :

- Les échanges d'information concernant les expériences nationales et les résultats de recherche ;

- La mobilisation du financement pour le développement et la promotion du secteur ;
- La formation des acteurs ;
- La participation aux séminaires nationaux et internationaux.

La coopération avec les ONG et associations des tradipraticiens permet une utilisation plus efficiente des savoirs autochtones et une optimisation des ressources tant humaines que financières.

La mise en œuvre de la politique nationale de médecine traditionnelle est assurée à trois niveaux : par le Ministère en charge de la santé à travers la Direction des Services Sanitaires.

Au niveau central, la Direction générale de la santé à travers la Direction des services sanitaires et principalement le service de la médecine traditionnelle, assure l'élaboration des normes d'organisation et de fonctionnement des structures, la réglementation de l'exercice de la médecine traditionnelle et l'enregistrement des tradipraticiens.

Le Centre National de la Médecine Traditionnelle réalise les activités de recherche et le développement de l'herbier et du droguier national.

L'inspection générale de la santé est l'institution de contrôle de l'exercice et de l'application des normes.

Le conseil national de la médecine traditionnelle est l'organe consultatif et d'aide à la décision de la Direction générale de la santé dans la mise en œuvre de la politique nationale de médecine traditionnelle.

Au niveau intermédiaire, les Directions départementales de la santé à travers les Services des actions sanitaires assurent l'appui technique aux structures opérationnelles périphériques.

Les Conseils départements de la médecine traditionnelle sont les organes consultatifs et d'aide à la décision de la Direction départementale dans la mise en œuvre de ladite politique.

Au niveau périphérique la Circonscription Socio-Sanitaire par la section développement communautaire, assure le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre de la politique nationale au niveau des aires de santé et la supervision des unités fonctionnelles de prestation de soins que sont les cabinets de soins, les centres et villages thérapeutiques.

IX.13 Mesures d'accompagnement

Trois mesures sont essentielles à la pérennisation de la politique nationale de médecine traditionnelle :

- L'augmentation progressive de l'apport du Gouvernement dans le financement de la santé au de-là de 10% du budget de l'Etat afin de permettre des investissements notamment dans la recherche, la formation et la production locale des phytomédicaments.
- La prise d'un décret portant exercice de la médecine traditionnelle et des textes d'application ;
- L'institutionnalisation du suivi et de l'évaluation des avancées en partenariat

Conclusion partielle de la troisième partie

En définitif, cette troisième partie nous a permis de faire une socio-anthropologie de la maladie en général et de la drépanocytose en particulier en République du Congo. L'objectif que nous nous sommes fixés dans cette troisième partie, est focalisé autour des représentations que suscite la drépanocytose dans l'univers socio-culturel brazzavillois en passant par les recours thérapeutiques choisis par les patients et/ou leurs familles et sans oublier, l'épineux problème de la solidarité familiale qui en découle des croyances magico-religieuses.

CONCLUSION GENERALE

Cette thèse de Doctorat unique est consacrée à l'étude socio-anthropologique d'une problématique de renommée mondiale de santé publique, ayant un lien direct avec le sang humain qui demeure d'actualité. Compte tenu de l'ampleur et la complexité de la drépanocytose en République du Congo et notamment à Brazzaville, cette pathologie sanguine héréditaire attire de plus en plus, la curiosité non seulement des spécialistes des sciences de la santé, mais aussi des psychologues et des sociologues.

« *Imaginaire de la drépanocytose, recours thérapeutiques et solidarité familiale chez les Brazzavillois* » est le titre de la présente thèse. Tout le long de ce travail, nous nous sommes attelés :

- à démontrer d'abord l'obstination des Brazzavillois à croire que la drépanocytose est un mauvais sort qui affecte la famille, par le truchement des croyances magico-religieuses suscitées par cette maladie, malgré leur niveau d'instruction ;
- à démontrer les recours aux guérisseurs traditionnels et/ou aux serviteurs de Dieu en période de crise de la maladie à partir de l'urgent besoin d'une guérison miracle à faible coût, dans un contexte de précarité de vie, par les patients drépanocytaires et/ou leurs familles ;
- à mettre en exergue les facteurs déterminant l'effritement de la solidarité familiale dans le contexte drépanocytaire chez les Brazzavillois ;
- et enfin, à démontrer l'émergence chez certains Brazzavillois, l'attitude à pouvoir expliquer les décès liés à la drépanocytose, comme un acte mystique d'origine sorcière, à cause de la chronicité de cette maladie sanguine héréditaire, entraînant les cas de décès récurrents des patients dans les ménages, dans un contexte de prédominance des croyances magico-religieuses.

Comme nous pouvons le constater au terme de cette recherche, l'imaginaire de la drépanocytose est tributaire de la dimension de la maladie au sens de « illness ». Autrement dit, de l'opinion, des croyances magico-religieuses et des systèmes de pensées que se fait le malade lui-même, et les familles de sa maladie, à travers la souffrance physique (douleurs suscitées par la maladie) et surtout, la souffrance mentale à travers le stress permanent que provoque la souffrance physique, la fatigue, le manque d'appétit et l'amaigrissement.

Les choix thérapeutiques des patients et/ou de leurs familles sont beaucoup influencés par la nature de l'imaginaire de la drépanocytose. Lesquels recours thérapeutiques font l'apologie des croyances magico-religieuses. Par conséquent, ces considérations sociales, associées aux recours thérapeutiques de l'ethnomédecine, à travers la consultation des nganga nzambi (chefs religieux) et des nganga kissi (tradipraticiens), provoquent l'effritement de la solidarité familiale chez les Brazzavillois à travers les accusations sorcellaires.

Selon l'acception socio-anthropologique de la maladie, le rapport entre le malade et sa maladie, est un rapport qui lie l'homme à son environnement social. C'est ainsi que nous pouvons constater, lorsque le rapport entre l'homme et la société dans laquelle il vit est parfait donc normal, celui-ci, est en bonne santé ; cependant, quand c'est le contraire (ce rapport est mauvais), l'homme tombe malade. D'où la quête de la guérison pour le malade devient un impératif très urgent.

La perte du statut de santé, fait basculer l'homme vers le statut de malade. C'est donc, soit par la biomédecine ou par l'ethnomédecine ou par la symbiose des deux (02), que le malade peut, selon les cas, retrouver le parfait équilibre de sa santé.

La santé et la maladie deviennent inévitablement un objet d'étude sociologique. Du coup, l'interprétation sociale des causes, des manifestations et des conséquences de la maladie et surtout la nature des recours thérapeutiques, constituent une problématique majeure de la socio-anthropologie de la santé et de la maladie. Ainsi, la maladie objective un rapport conflictuel au social. Par conséquent, les causes de cette maladie sont à rechercher dans l'ordre social. C'est ainsi que l'interprétation collective de la maladie s'effectue toujours en des termes mettant en cause la société, ses règles et la vision que nous avons à travers nos conceptions traditionnelles de la maladie.

Les chefs de ménage ayant à charge au moins un patient drépanocytaire et les patients drépanocytaires congolais vivant à Brazzaville, compte tenu de la cherté de la prise en charge des soins médicaux, de leur ignorance, de leur précarité de vie et dans un contexte d'effervescence du phénomène religieux, s'orientent rapidement vers l'automédication, la médecine traditionnelle et les groupes de prière à la recherche d'une éventuelle guérison à faible coût. En pareille circonstance, l'imaginaire collectif considère toute maladie incurable comme « une malédiction autrement dit, un envoûtement des sorciers ».

Ainsi, HERZLICH (1986, p.58) affirme à propos que « la maladie n'est pas seulement un ensemble de symptômes qui conduit un individu chez le médecin, mais elle constitue aussi un événement malheureux qui menace et parfois modifie radicalement sa vie ». De ce point de vue, la maladie entraîne la formulation des questions ayant trait au sens même de cet événement : « Pourquoi se produit-il maintenant ? » et « Pourquoi suis-je victime ? ».

Dans la majorité des cas, les réponses apportées à ces questions s'orientent vers le discours ethnomédical qui prône le type de savoir religieux, ancestral ou traditionnel. La médecine moderne, malgré le caractère scientifique de son discours, attire peu d'individus, sinon qu'une minorité ayant fait des études universitaires.

Le doute s'installe dans l'esprit de ceux-ci, lorsque la médecine moderne n'arrive plus à éradiquer définitivement la maladie, ainsi le glissement vers les croyances magico-religieuses paraît rapide en ce moment, car dans la société congolaise tout comme dans d'autres, les maladies et plus particulièrement les maladies chroniques comme la drépanocytose, sont interprétées de manière spécifique et sont prégnantes dans l'imaginaire collectif.

Cette conception de la maladie ne peut qu'entraîner des conséquences dans la vie sociale, parmi lesquelles, l'aggravation de la maladie, avec pour conséquence imminente la mort, le déchirement du tissu familial et des cas de divorce pour cause de sorcellerie.

La médecine moderne quant à elle, définit la drépanocytose comme une maladie sanguine familiale et héréditaire, donc scientifiquement connaissable et maîtrisée. A cet égard, l'explication culturaliste de cette maladie ne vient que biaiser l'explication biomédicale, tout en exposant les acteurs sociaux à toutes sortes de considérations métaphysiques, attribuant ainsi à la drépanocytose le caractère mystique prôné par les valeurs traditionnelles.

En se situant dans la perspective de la biomédecine, l'éradication de la drépanocytose homozygote (SS), sinon sa régression ne peut être possible qu'à travers un impératif examen clinique pour dépister l'hémoglobine (S), responsable de la drépanocytose, avant toute célébration de mariages. Ceci, pour éviter d'avoir des mariages entre les conjoints drépanocytaires homozygotes (SS), au risque inquiétant de pérenniser la maladie au sein de la famille.

Par ailleurs, cette étude nous a permis de comprendre qu'un couple des drépanocytaires homozygotes (SS), ne peut donner que des enfants drépanocytaires homozygotes (SS). C'est pour cela, qu'il sera recommandé à un sujet drépanocytaire homozygote (SS), de se marier qu'avec un sujet sain, donc normal (AA), dans le but d'avoir des enfants partiels (AS). Ces enfants partiels (AS) à leur tour, ne prendront en mariage que des sujets sains (AA), afin de faire régresser la probabilité d'avoir au sein de la famille, des descendants ayant la tare drépanocytaire (S).

Comme nous pouvons le constater, le savoir traditionnel ou ancestral est très loin de maîtriser et/ou de tenir un tel raisonnement génétique, qui assure l'information, l'éducation et la mobilisation communautaire et dans la perspective d'éradiquer la maladie dans la famille. Nous comprenons à présent, pourquoi la drépanocytose continue à semer la terreur dans de nombreuses familles à Brazzaville, qui au nom du respect des valeurs traditionnelles et de certaines croyances religieuses, continuent de pratiquer l'héritage des femmes (le lévirat). Laquelle pratique sociale, favorise parfois la propagation de la tare drépanocytaire (S) au sein des familles à Brazzaville.

Cette étude nous a permis de revisiter les valeurs traditionnelles congolaises dans le but fondamental d'explorer les contours de l'imaginaire de la drépanocytose chez les Brazzavillois, pour expliquer les recours thérapeutiques qui en découlent avec pour résultat, la forte audience dont bénéficient les guérisseurs traditionnels et les chefs religieux en lieu et place des médecins spécialistes. C'est ce qui justifie, l'effritement de la solidarité familiale chez les Brazzavillois. Ainsi, Au regard des résultats auxquels nous y sommes parvenus, nous pouvons donc affirmer que notre hypothèse de recherche a été bel et bien vérifiée puis confirmée.

Cependant, il paraît nécessaire de signaler que, malgré cette forte audience dont bénéficient les guérisseurs traditionnels et les chefs religieux, l'hôpital est et restera incontournable pour la prise en charge médicale des patients drépanocytaires homozygotes (SS), surtout pendant la période de crise drépanocytaire, en vue de recevoir les prestations suivantes :

- le test de dépistage de la drépanocytose (électrophorèse de l'hémoglobine) ;
- les soins médicaux adaptés à l'ampleur de la maladie ;
- le suivi et le contrôle médical ;
- et la transfusion sanguine.

Que dire alors de la prise en charge globale des patients drépanocytaires ?

La réponse à cette interrogation, nous interpelle à faire recours à la pluridisciplinarité entre le Munganga (le médecin à travers le savoir biomédical), le Nganga nzambi (le chef religieux à travers les prières de délivrance) et le Nganga kissi (le tradipraticien à travers le savoir traditionnel ou ancestral).

Quoi qu'il en soit, le présent travail peut susciter, à l'instar de toute recherche scientifique, des critiques dont loin de nous irriter, nous nous réjouissons au contraire, pour n'avoir pas pensé en vain, puisque nous aurons suscité la réflexion pour réaliser dans le futur, des travaux scientifiques plus pertinents.

**REPRESENTATIONS CARTOGRAPHIQUES DE
LA REPUBLIQUE DU CONGO**

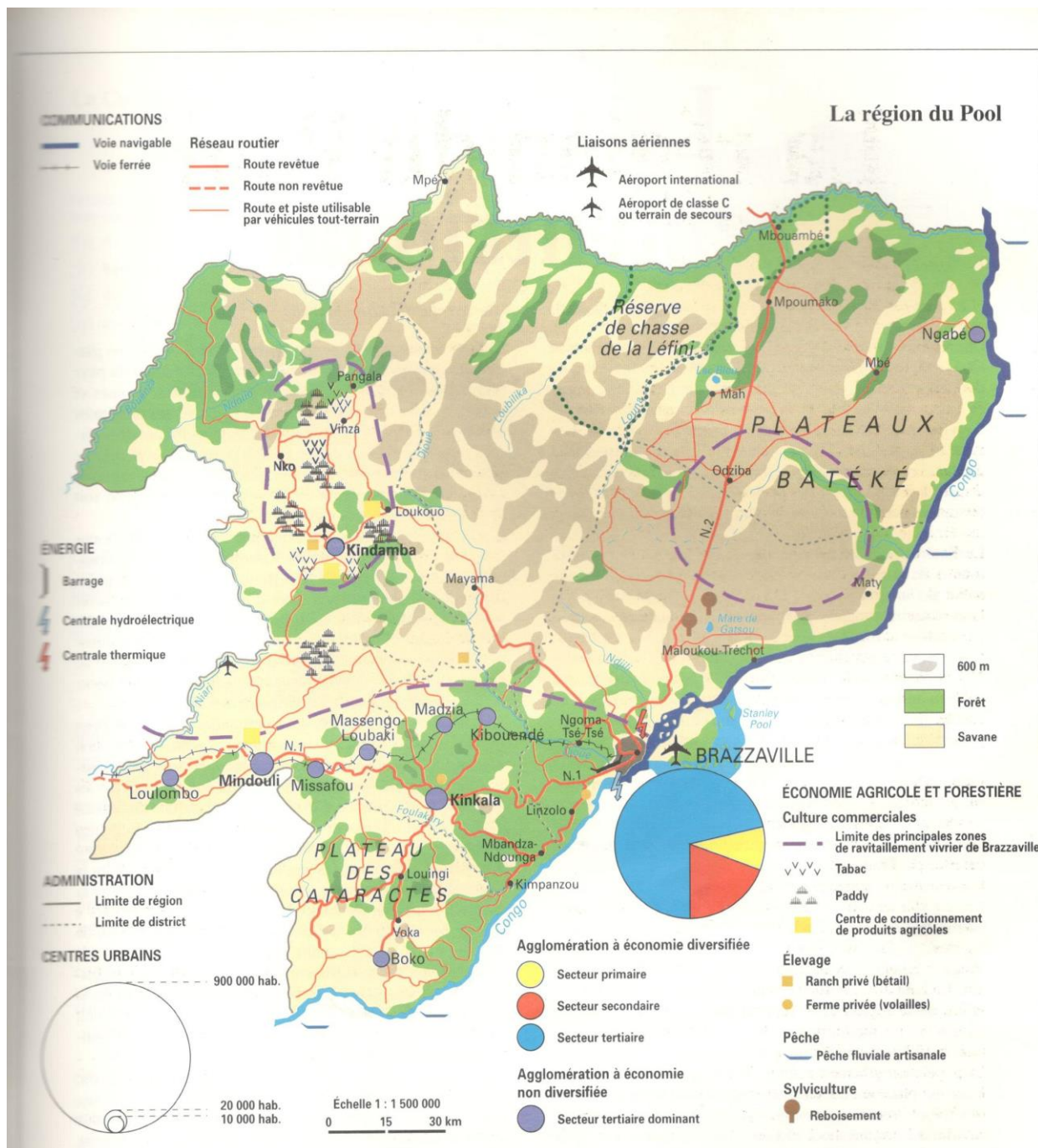


Figure 22 : Carte géographique de Brazzaville dans le département du Pool

Source : Atlas d'Afrique, 2012.

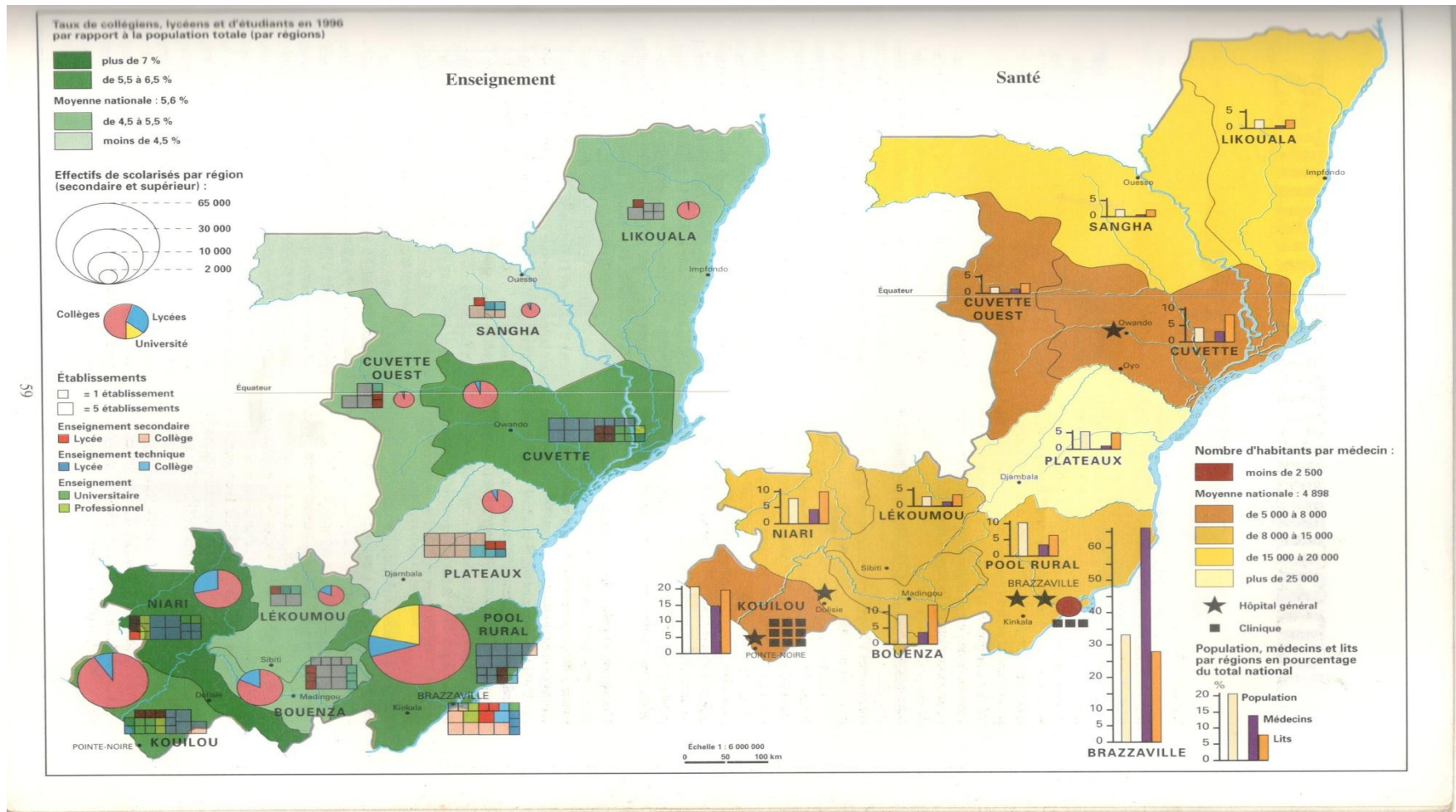


Figure 23 : Ratio des enseignants et médecins par rapport aux départements du Congo

Source : Atlas, 2012.



Figure 24 : Carte des divisions administratives par rapport aux départements du Congo

Source : Atlas Afrique, 2012.



Figure 25 : Emplacement géographique du Congo dans la carte de l'Afrique

Source : Atlas d'Afrique, 2012.

SOURCES ET REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Ouvrages :

AEPPLI, E. (1954). *Les rêves et leur interprétation*. Paris : Payot.

AGGERON, C.-R. et Marc, M. (dir.) (1992). *L'Afrique noire française : l'heure des indépendances*. Paris : CNRS.

AÏCH, P., BON, N., DESCHAMPS, J. P. (1992). *Comportement et santé*. Nancy : Presse Universitaire de Nancy.

AKE-ASSI, L. et al. (1985). *Médecine traditionnelle et pharmacopée : conditions aux études ethnobotaniques et floristiques en République Centre-Africaine*. Paris : ACCT.

AKOUN, A. (dir.). (1985). *Mythes et croyances du monde entier* (tome 3, Afrique noire, Amérique, Océanie). Paris : CNRS.

ANAUT, A. (2003). *Résilience : surmonter les traumatismes*. Paris : Nathan.

ANDLER, D. (dir.) (1992). *Introduction aux sciences cognitives*. Paris : Gallimard.

ANSART, P. (1990). *Les sociologies contemporaines*. Paris : Seuil.

ARENDT, H. (1983). *Condition de l'homme moderne*. Paris : Calmann-Lévy.

ATRAN, S. (1986). *Fondements de l'histoire naturelle. Pour une anthropologie de la science*. Paris : Complexe.

AUGE, M. et HERZLICH, C. (1984). *Le sens du mal*. Paris : Archives Contemporaines.

AUGE, M. (1994). *Le sens des autres*. Paris : Fayard.

- BACHELARD, G. (1928). *Essai sur la connaissance rapprochée*. Paris : Vrin.
- BACHELARD, G. (1960). *La formation de l'esprit scientifique*. Paris : Vrin.
- BACHELARD, G. (1968). *Le nouvel esprit scientifique*. Paris : PUF.
- BACHELARD, G. (1938). *La formation de l'esprit scientifique. Contribution à la psychanalyse de la connaissance*. Paris : Vrin.
- BALANDIER, G. (1955). *Sociologie des Brazzavilles noires*. Paris : Presses de la fondation des Sciences politiques.
- BALANDIER, G. (1977). *Sens et puissance*. Paris : PUF.
- BALANDIER, G. (1981). *Sens et puissance, les dynamiques sociales* (2^{ème} éd.). Paris : PUF.
- BALANDIER, G. (1983). *Sociologie des Brazzavilles Noires* (2^{ème} éd.). Paris : Presse de la Fondation Nationale des Sciences politiques.
- BALANDIER, G. (1985). *La vie quotidienne au Royaume de kongo, du XVI^e au XVII^e siècle*. Paris : Hachette (1^{ère} éd. 1955).
- BALANDIER, G. (1985). *Le détour : pouvoir et modernité*. Paris : Fayard.
- BARHES, R. (1957). *Mythologie*. Paris : Le Seuil.
- BARUS-MICHEL, J. (1987). *Le sujet social. Etude de psychologie sociale clinique*. Paris : Dunod.
- BARUS-MICHEL, J., GIUST-DEPRAIRIES, F., RIDEL, L. (1996). *Crises, Approche psychosociale clinique*. Paris : Desclée de Brouwer.
- BASTIDE, R. (1971). *Anthropologie appliquée*. Paris : Payot.
- BASTIDE, R. (1965). *Sociologie des maladies mentales*. Paris : Flammarion.

- BAUMANN, H. et WESTERMANN, D. (1948). *Les peuples et les civilisations de l'Afrique*. Paris : Bibliothèque Scientifique.
- BEAU, S. et WEBER, F. (1998). *Guide de l'enquête de terrain. Produire et analyser des données ethnographiques*. Paris : La Découverte.
- BECKER, H. S. (2002). *Les ficelles du métier, comment conduire sa recherche en sciences sociales*. Paris : La découverte.
- BECKER, H. S. (2004). *Ecrire les sciences sociales, commencer et terminer son article, sa thèse ou son livre*. Paris : Economica.
- BENONY, H., CHAHRAOUI, K. (1999). *L'entretien clinique*. Paris : Dunod.
- BERGER, P. L. (1980). *Affrontés à la modernité*. Paris : Centurion.
- BERGERET, J. (1976). *Abrégé de Psychopathologie*. Paris : PUF.
- BERNIS, J. (1958). *L'imagination*. Paris : PUF.
- BETTELHEIM, B. (1954). *Les blessures symboliques. Essai d'interprétation des rites d'initiation*. Paris : Gallimard.
- BIDIMA, J.-G. (1997). *La palabre. Une juridiction de la parole*. Paris : Michalon.
- BINET, J. (1972). *Sociétés de danse chez les Fang du Gabon*. Paris : ORSTOM.
- BLANCHET, A., GHIGLIONE, R., MASSONNAT, J., TROGNON, A. (1998). *Les techniques d'enquêtes en sciences sociales*. Paris : Dunod.
- BONARDI, Ch., ROUSSIAU (1999). *Les représentations sociales*. Paris : Dunod.
- BONHOMME, J. (2005). *Le miroir et le crâne. Parcours initiatique du Bwete Misoko (Gabon)*. Paris : CNRS.
- BONTE, P. et IZARD, M. (dir.). (2000). *Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie*. Paris.

- BORLANDI, M., BOUDON, R. et al. (2005). *Dictionnaire de la pensée sociologique*. Paris : PUF.
- BOUDON, R. et BOURICAUD, F. (1982). *Dictionnaire critique de la sociologie*. Paris : PUF.
- BOUQUET, A. (1969). *Féticheurs et médecines traditionnelles du Congo*. Paris : ORSTOM.
- BOURDIEU, P. (1993). *La misère du Monde*. Paris : Le Seuil.
- BOURDIEU, P. (1994). *Raisons pratiques sur la théorie de l'action*. Paris : Seuil.
- BOURDIEU, P. et PASSERON, J. C. (1970). *La reproduction*. Paris : Minuit.
- BOYER, P. (1977). *La religion comme phénomène naturel*. Paris : Fayard.
- BOYER, P. (2001). *Et l'homme des créa les deux. Comment expliquer la religion*. Paris : Robert Laffont.
- BRELET, C. (1995). *Anthropologie de l'O.N.U. Utopie et Fondation*. Paris : L'Harmattan.
- BRENOT, P. (dir.). (1999). *Sociétés. De l'animal à l'homme*. Paris : L'Harmattan.
- BROUSTA-MONTFOUGA, J. (1969). *Ambivalence et culte de possession*. Paris : Anthropos.
- BRUNTON, P. (1949). *Le rite secret des temples égyptiens* (J. MARTY, trad.). Paris : Payot.
- BUAKASA, T.K.M. (1993). *L'impensé du discours. « Kindoki » et « Kissi » en pays Kongo du Zaïre*. C.E.A.
- BUREAU, R. (1978). *Péril blanc*. Paris : L'Harmattan.

- BURGUIERE, A. (dir.). (1986). *Histoire de la famille, le choc des modernités*. Paris : L'Harmattan.
- CALLENDE, J.-P. (1996). *Médecines et croyances. A quels soins se vouer ?* Aquitaines : MSHA.
- CAMILIERI, C., COHEN-EMERIQUE, M. (1989). *Chocs de culture. Théories et enjeux pratiques de l'interculturel*. Paris : L'Harmattan.
- CAMILIERI, C., KASTERSZTEN, J. (1990). *Stratégies identitaires*. Paris : P.U.F.
- CAMUS, D. (2001). *La sorcellerie en France aujourd'hui*. Luçon : Ouest-France.
- CASTORIADIS, C. (1975). *L'institution imaginaire de la société*. Paris : Seuil.
- CAZENEUVE, J., AKOUN, A. (dir.). (1975). *La Sociologie et les sciences de la société*. Paris : Retz-CEPL. (Collection : Les encyclopédies du savoir moderne).
- CHILAND, C. (1983). *L'entretien clinique*. Paris : PUF.
- CNRS. (1973). *La notion de personne en Afrique Noire*. Paris : CNRS.
- COPANS, J. (1996). *Introduction à l'ethnologie et à l'anthropologie*. Paris : Nathan.
- COPANS, J. (1998). *L'enquête ethnologique de terrain*. Paris : Nathan.
- COQUERY-VIDROVITCH, C., MONIOT, H. (1993). *L'Afrique noire. De 1800 à nos jours*. Paris : PUF.
- COUCHARD, F. (1999). *La psychologie clinique interculturelle*. Paris : Dunod.
- CRESSWELL, R. (1975). *Eléments d'ethnologie*. Paris : Armand Colin.
- CYRULNIK, B. (1989). *Sous le signe du lien*. Paris : Hachette.
- DAHOUN, Z. K. S. (1996). *Ouvrir les frontières*. Toulouse : Erès.

DASEN, P. et al. (1993). *Psychologie et interrogations culturelles*. Paris : L'Harmattan.

DAWKINS, R. (2003). *Le gène égoïste*. Paris : Odile Jacob.

De BRUYNE, P., HERMAN, J., De SCHOUTHEETE, M., et LADRIÈRE, J. (1974). *Dynamique de la recherche en sciences sociales. Les pôles de la pratique méthodologique*. Paris : PUF.

DELBOS, G. et JORION, P. (1990). *La Transmission des savoirs* (2^{ème} éd.). Paris : MSH.

DELEFOSSE, M.-S. (2002). *Psychologie de la santé : perspective de la psychologie clinique de la santé*. Paris : Mardaga.

DELIEGE, R. (1996). *Anthropologie de la parenté*. Paris : Armand Colin.

DEVEREUX, G. (1970). *Essais d'ethnopsychiatrie générale*. Paris : Gallimard.

DEVEREUX, G. (1970). *La psychanalyse instrument d'enquête ethnologique*. Paris : Gallimard.

DEVEREUX, G. (1970). *Les facteurs culturels en thérapie psychanalytique*. Paris : Gallimard.

DEVEREUX, G. (1972). *Ethnopsychanalyse complémentariste*. Paris : Flammarion.

DEVEREUX, G. (1977). *Essais d'ethnopsychiatrie générale*. Paris : Gallimard.

DEVEREUX, G. (1985). *Ethnopsychanalyse complémentariste*. Paris : Flammarion.

DEVEREUX, G. (1985). *Culture et inconscient*. Paris : Flammarion.

DIOP, C. A. (1959). *L'unité culturelle de l'Afrique noire*. Paris : Présence Africaine.

DORTIER, J.-F. (2004). *L'homme, cet étrange animal. Aux origines du langage, de la culture et de la pensée*. Auxerre : Sciences humaines.

- DOSSIER-APRILL, E., KOUVOUAMA, A., APRILL, C. H. (1998). *Vivre à Brazzaville, modernité et crise au quotidien*. Paris : Karthala.
- DREYFUS, P. (1985). *Ces drôles de médecins. Guérisseurs et sorciers à travers le monde*. Paris : Le Centurion.
- DUFRENNE, M. (1972). *La personnalité de base*. Vendôme : PUF.
- DUFRESNE, J., DUMONT, F. et MARTIN, Y. (dir.). (1985). *Traité d'anthropologie médicale. L'institution de la santé et de la maladie*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- DUMEZIL, G. (1968). *Mythe et épopée : l'idéologie des trois fonctions dans les épopées des peuples indo-européens*. Paris : Gallimard.
- DUPRE, G. (1982). *Un ordre et sa destruction*. Paris : Levrault - ORSTOM.
- DURAND, G. (1957). *L'imagination symbolique*. Paris : Dunod.
- DURAND, G. (1982). *Les structures anthropologiques de l'imaginaire* (11^{ème} éd.). Paris : Dunod.
- DURKHEIM, E. (1912). *Les formes élémentaires de la vie religieuse, le système totémique en Australie*. Paris : PUF.
- DURKHEIM, E. (1947). *Les règles de la méthode sociologique*. Paris : PUF.
- DURKHEIM, E. (1973). *De la division du travail social*. Paris : PUF.
- ECO, U. (1992). *Les limites de l'interprétation*. Paris : Grasset.
- ECO, U. (1993). *De Superman au surhomme*. Paris : Grasset.
- EKONDY, A. (1991). *Le Congo-Brazzaville: essais d'analyse et d'explication sociologiques selon la méthode pluraliste*. Berne : Peter Lang.

- ELIADE, M. (1952). *Images et symboles, essai sur le symbolisme magico-religieux*. Paris : Gallimard.
- ELO MINTSA, J. et NGBWA MINTSA, G. (2006). *Protocole du mariage coutumier au Gabon*. Libreville : Polypress.
- EVANS-PRITCHARD, E. E. (1972). *Sorcellerie, oracles et magie chez les Azande*. Paris : Gallimard.
- FAINZANG, S. (1989). *Pour une anthropologie de la maladie en France : un regard africaniste*. Paris : EHESS.
- FAINZANG, S. (2000). *La maladie, un objet pour l'anthropologie sociale*. Ethnologies comparées.
- FASSIN, D. (1992). *Pouvoir et maladie en Afrique. Anthropologie sociale de la banlieue de Dakar*. Paris : PUF.
- FASSIN, D. (1996). *Idéologie, Pouvoir et maladie. Les maux de l'autre*. Paris : L'Harmattan.
- FAVRET-SAADA, J. (1977). *Les mots, la mort, les sorts*. Paris : Gallimard.
- FESTINGER, et KATZ, D. (1974). *Les méthodes de recherche dans les sciences sociales* (tome 1). Paris : PUF.
- FISHER, G. N. (1990). *Les domaines de la psychologie sociale : le champ du social*. Paris : Dunod.
- FOSTER, G. et ANDERSON, B.-G. (1978). *Medical anthropology*. New York: Alfred Knopf.
- FOSTO-DJEMO, J.-B. (1982). *Le regard de l'autre : médecine traditionnelle africaine*. Paris : ACCT.
- FRANZ, F. (1952). *Peau noire masque blanc*. Paris : Seuil.

- FREIDSON, E. (1970). *La profession médicale*. New York: Dodd and Mead.
- FREUD, S. (1913). *Totem et tabou*. Paris : Gallimard.
- FREUD, S. (1922). *Introduction à la psychanalyse*. Paris : Payot.
- FREUD, S. (1933). *L'inquiétante étrangeté et autres essais*. Paris : Gallimard.
- FREUD, S. (2002). *Inhibition, symptôme et angoisse*. Paris : PUF.
- FREYSSINET-DOMIJON, J. (1997). *Méthodes de recherche en sciences sociales*. Paris : Montchrestien.
- FRIEDMAN, D. (1981). *Les guérisseurs*. Paris : Métailie.
- GAARDER, J. (1995). *Le monde de Sophie*. Paris : Seuil.
- GAILLARD, F., POULAIN, J. et SCHUSTERMAN, R. (dir.) (1998). *La modernité en question*. Paris : Cerf.
- GANASCIA, J. G. (1996). *Les sciences cognitives. Un exposé pour comprendre. Un essai pour réfléchir*. Paris : Flammarion.
- GARDNER, H. (1993). *Histoire de la révolution cognitive. La nouvelle science de l'esprit*. Paris : Payot.
- GASSITA, J. N. (1993). *Médecine et magie africaine ou comment le Noir se soigne-t-il ?* Dakar : Présence Africaine.
- GASSITA, J.N., NZE EKEKANG, L., De VECCHY, H., LOUIS, A.M., KOUDOGBO, B. & EKOMIE, R. (dir.). (1982). *Les plantes médicinales du Gabon*. Libreville : CENAREST, IPHAMETRA, ACCT.
- GERAUD, M.-O.,-LESERVOISIER, O., POTTIER, R., GAILLARD, G. (1998). *Les notions clés de l'ethnologie : analyses et textes*. Paris : Armand Colin.
- GIDDENS, A. (1987). *La constitution de la société*. Paris : PUF.

- GODELIER, M. (2004). *Métamorphoses de la parenté*. Paris : Fayard.
- GODELIER, M. et HASSOUN, J. (dir.). (1996). *Meurtre du père et sacrifice de la sexualité. Approches anthropologiques et psychanalytiques*. Paris : Arcanes.
- GOFFMAN, E. (1969). *Interaction stratégique*. Paris : Minuit.
- GOFFMAN, E. (1973). *La représentation de soi*. Paris : Minuit.
- GOFFMAN, E. (1996). *La mise en scène de la vie quotidienne* (Tome 1 : La présentation de soi). Paris : Les Editions de Minuit.
- GORI, R. (1996). *La preuve par la parole, sur la causalité en psychanalyse*. Paris : PUF.
- GRAS, A. (dir.). (2000). *Sociologie-ethnologie. Auteurs et textes fondateurs* (2^{ème} édit.). Paris : Sorbonne.
- GRAWITZ, M. (1996). *Métamorphoses de la parenté*. Paris : Fayard.
- GRAWITZ, M., (2004). *Lexique des sciences sociales*. Paris : Dalloz.
- GREEN, A. (1995). *La causalité psychique, Entre Nature et Culture*. Paris : Odile Jacob.
- GRESLE, F. et al. (1994). *Dictionnaire des sciences humaines*. Paris : Nathan.
- HAGENBUCHER SACRIPANTI, F. (1992). *Santé et rédemption par les génies au Congo*. Paris : Publisud.
- HAGENBUCHER SACRIPANTI, F. (1994). *Représentations du sida et médecines traditionnelles dans la région de Pointe-Noire*. Paris : ORSTOM.
- HALPERN, C. et RUANO-BORBALAN, J.C. (2004). *Identité(s), l'individu, le groupe, la société*. Paris : Sciences Humaines.
- HANZ, J. J (1961). *Muntu, l'homme africain avec la culture négro-africaine*. Paris : Seuil.

- HARRIS, M. (dir.). (1988). *Famille, enfant et développement en Afrique*. Paris : UNESCO.
- HENAFF, M. (1991). *Claude Lévi-Strauss et l'anthropologie structurale*. Paris : Belfond.
- HERSKOVITS, M. J. (1967). *Les bases de l'anthropologie culturelle*. Paris : Payot.
- HERZLICH, C. (1969). *Santé et maladie, analyse d'une représentation sociale*. Paris : La Haye.
- HERZLICH, C. (1986). *Médecine moderne et quête de sens : la maladie, signifiant social*. Paris : Archives contemporaines.
- HERZLICH, C. et AUGÉ, M. (1984). *Le sens du mal : anthropologie, histoire sociologie de la maladie*. Paris : Archives contemporaines.
- HERZLICH, C. (1969). *Santé et maladie : analyse d'une représentation sociale*. Paris : Mouton.
- HERZLICH, C. (1970). *Médecine, maladie et société*. Paris : Mouton.
- HOUNTONDJI, P. (dir.). (1994). *Les savoirs endogènes. Pistes pour une recherche*. Paris : Karthala.
- HOURS, B. (2011). *Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie*. Paris : Karthala.
- HUBERMAN, M. A. et MILES, M. B. (1991). *Analyse des données qualitatives, recueil de nouvelles méthodes*. Bruxelles : De Boeck Université.
- IDIATA, D. F. (dir.). (2008). *Eléments de description des langues du Gabon (vol. 1)*. Libreville : CENAREST.
- ILLOUZ, C. (1994). *Islam et santé*. Aquitaine : MSHA.

- JAFFRE, Y. et SARDAN, J.-P. O. de (1999). *La construction sociale des maladies. Les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest*. Paris : PUF.
- JANZEN, J. (1995). *La quête de la thérapie au Bas-Zaïre*. Paris : Karthala.
- JEAMMET, P., REYNAUD, M., CONSOLI, S. (1996). *Psychologie médicale*. Paris : Masson.
- JODELET, D. (1997). *Les Représentations sociales*. Paris : PUF.
- JUILLERAT, B. (1991). *Œdipe chasseur. Une mythologie du sujet en Nouvelle-Guinée*. Paris : PUF.
- KAËS, R. et al. (1993). *Le groupe et le sujet du groupe*. Paris : Dunod.
- KAËS, R. et al. (1998). *Différence culturelle et souffrances de l'identité*. Paris : Dunod.
- KAUFMANN, P. (dir.). (1998). *L'apport freudien, éléments pour une encyclopédie de la psychanalyse*. Paris : Larousse-Bordas.
- KILANI, M. (1964). *Introduction à l'anthropologie*. Lausanne : Payot.
- KLEINMAN, A. (1980). *Patients and healers in the context of the culture. An exploration of the borderland between anthropology medicine and psychiatry*. Berkley : University Of California Press.
- KLEINMAN, A. (1988). *The illness narratives suffering and healing and the human condition*. New York : Basic Books.
- KOUVOUAMA, A. (2001). *La modernité en question* (2^e éd.). Paris : Paari.
- KOVACS, M. (dir.). (1994). *La dimension culturelle du développement, vers une approche pratique*. Paris : UNESCO.
- KUPER, A. (1973). *Anthropologists and anthropology: the British school 1922-1972*. New York : Pica Press.

- KWENZI MIKALA, J. T. (1997). *Parémies d'Afrique centrale. Proverbes & sentences*. Libreville : Raponda Walker.
- KWENZI MIKALA, J. T. (2008). *Les noms des personnes chez les Bantu du Gabon*. Paris : L'Harmattan.
- La Sainte Bible (1989). Nouvelle version Segond révisée, avec notes, références, glossaire et index.
- LABURTHE-TOLRA, P. (1998). *Critiques de la raison ethnologique*. Paris : PUF.
- LABURTHE-TOLRA, P. et WARNIER, J. P. (1997). *Ethnologie et anthropologie*. Paris : PUF.
- LAGACHE, D. (1955). *Eléments de psychologie médicale* (Œuvres, tome II). Paris : PUF.
- LAPLANCHE, J. et PONTALIS, J.B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : PUF.
- LAPLANTINE, F (1995). *L'anthropologie*. Paris : Payot.
- LAPLANTINE, F. (1973). *L'ethnopsychiatrie*. Paris : Editions Universitaires.
- LAPLANTINE, F. (1976). *Maladies mentales et thérapies traditionnelles en Afrique Noire*. Paris : Editions Universitaires.
- LAPLANTINE, F. (1992). *Anthropologie de la maladie. Etude ethnologique des systèmes de représentation étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine*. Paris : Payot.
- LAPLANTINE, F. (1996). *La description ethnographique*. Paris : Nathan.
- LAZORTHES, G. (1998). *Sciences humaines et Sociales. L'homme, la société et la médecine* (5^{ème} éd.). Paris : Masson.

- LEFEVRE, M.-T. (1987). *Catalogue des documents sonores conservés au Musée National des Arts et Tradition du Gabon*. Libreville, Musée National des Arts et Traditions du Gabon, 215 p.
- LEIRIS, M. (1934). *L'Afrique fantôme*. Paris : Gallimard.
- LEVISS-TRAUSS, C. (1962). *La pensée sauvage*. Paris : Plon.
- LEVI-STRAUSS, C. (1955). *La pensée sauvage*. Paris : Plon.
- LEVI-STRAUSS, C. (1958). *Anthropologie structurale*. Paris : Plon.
- LEVI-STRAUSS, C. (1973). *Anthropologie structurale II*. Paris : Plon.
- LEVI-STRAUSS, C. (1981). *Les structures élémentaires de la parenté* (2^e éd.). Paris : Mouton.
- LEVI-STRAUSS, C. (1983). *Le regard éloigné*. Paris : Plon.
- LEVY-BRUHL, L. (1960). *La mentalité primitive*. Paris : PUF.
- LEVY-BRUHL, L. (1931). *Le surnaturel et la nature dans la mentalité primitive*. Paris : Alcan.
- LIEUTACHI, P. (1986). *L'herbe qui renouvelle. Un aspect de la médecine traditionnelle en Haute-Provence*. Paris : MSH.
- LINTON, R. (1963). *Le fondement culturel de la personnalité*. Paris : Dunod.
- LOMBARD, J. (1994). *Introduction à l'ethnologie*. Paris : Armand Colin.
- LOUX, F. (1983). *Traditions et soins aujourd'hui*. Paris : Inter Ed.
- LOYOLA, M.-A. (1983). *L'esprit et le corps. Des thérapeutiques populaires dans la banlieue de Rio de Janeiro*. Paris : MSH.

- LUNEAU, R. (2002). *Comprendre l'Afrique, évangile, modernité et mangeur d'âmes*. Paris : Karthala.
- MABON, A. (2000). *L'action sociale coloniale, L'exemple de l'Afrique occidentale française du front populaire à la veille des indépendances*. Paris : L'Harmattan.
- MALINOWSKI, B. (1989). *Les Argonautes du pacifique Occidental*. Paris : Gallimard.
- MALLART-GUIMERA, L. (1977). *Médecine et pharmacopée evuzok*. Nanterre, France : Laboratoire d'ethnologie et de sociologie comparative.
- MALLART-GUIMERA, L. (1981). *Ni Dos ni ventre. Religion, magie et sorcellerie evuzok*. Paris : Société d'ethnographie.
- MARQUET, J. (1991). *Nomination et réalités dynamiques*. Louvain-la-Neuve : academia.
- MARY, A. (1983). *La naissance à l'envers : essai sur le rituel bwiti fang du Gabon*. Paris : L'Harmattan.
- MARY, A. (1999). *Le défi du syncrétisme. Le travail symbolique de la religion d'Eboga (Gabon)*. Paris : Ecole des hautes Etudes en sciences sociales (EHESS).
- MASSE, R. (1995). *Culture et Santé Publique. Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*. Paris : Gaëtan Morin.
- MASSE, R. et BENOIST, J. (dir.). (2002). *Convocations thérapeutiques du sacré*. Paris : Karthala.
- MATTELART, A. (1999). *La communication-monde. Histoires des idées et des stratégies*. Paris : La Découverte.
- MAUSS, M. (1967). *Manuel d'ethnographie* (2^{ème} éd.). Paris : Payot.
- MAYER, R. (2002). *Histoire de la famille gabonaise* (2^e éd.). Libreville : Luto.
- MBAH, J.-F. (1987). *Recherches en sciences sociales au Gabon*. Paris : L'Harmattan.

- MBOT, J.-E. (1975). *Ebughi bifia. Démonter les expressions, énonciations et situations sociales chez les fang du Gabon*. Paris : Musée de l'homme.
- MBOUMBA NZAMBA, A. (2005). *Les conflits successoraux chez les Punu du Gabon*. Mémoire de Maîtrise en anthropologie, Université Omar Bongo, Libreville.
- MEAD, M. (1963). *Mœurs et sexualité en Océanie*. Paris : Plon.
- MEILLASSOUX, C. (1977). *Terrains et théories*. Paris : Anthropos.
- MENDRAS, H. (1989). *Eléments de Sociologie*. Paris : Armand Colin.
- MERLET, A. (1991). *Autour du Loango (XIV^e-XX^e siècle). Histoire des peuples du sud-Ouest du Gabon au temps du royaume de Loango et du « Congo français »*. Libreville, Gabon/ Paris, France : Centre culturel Français Saint Exupéry - Sépia.
- MILLS, C.W. (1977). *L'imagination sociologique*. Paris : Maspero.
- MISSIE, J. P. (2012). *Histoire et sociologie de la pauvreté en Afrique. Regards croisés sur un phénomène durable*. Paris : L'Harmattan.
- MOORE, W. (1971). *Les changements sociaux*. Gembloux : Duculot.
- MORGAN, H. L. (1871). *Systems of Consanguinity and affinity of the human family*. Washington: Smithsonian institution.
- MORIN, E. (1991). *La méthode* (vol. 4 : Les idées. Leur habitat, leur vie, leurs mœurs, leur organisation). Paris : Seuil.
- MOSCOVICI, S. (1961). *La psychanalyse : son image et son public*. Paris : PUF.
- MOSCOVICI, S. (2004). *Psychologie sociale*. Paris : PUF (1^{er} éd. 1950).
- MOUGUIAMA-DAOUDA, P. (2005). *Contribution de la linguistique à l'histoire des peuples du Gabon. La méthode comparative et son application au bantu*. Paris : CNRS.

- MOUKOUTA, C. S. (2010). *Vieillesse et migration en France. Approches psychopathologique et interculturelle*. Paris : L'Harmattan.
- MULUMBATI, N. (1981). *Manuel de psychologie générale*. Lubumbashi : Africa.
- MURDOCK, G. P. (1959). *Africa: Its Peoples and their Culture History*. New York: McGraw-Hill Book Company.
- NATHAN, T. (1988). *Le sperme du diable. Eléments d'ethnopsychothérapie*. New York.
- NZA-MATEKI (2001). *Contes et débats traditionnels chez les Punu*. Libreville : Polypress.
- OLIVIER DE SARDAN, J.-P. (1997). *Anthropologie et développement. Essai en socio-anthropologie du changement social*. Paris : Karthala.
- ORTIGUES, M. C. E. (1984). *Œdipe Africain*. Paris : L'Harmattan.
- PARES, Y. (2004). *La médecine africaine. Une efficacité étonnante. Témoignage d'une pionnière*. Barret-sur-Méouge.
- PEIRCE, C. S. (1931). *Collected Papers* (8 vol.). Harvard University Press.
- PERROIS, L. (dir.). (1997). *L'esprit de la forêt. Terres du Gabon*. Bordeaux : Musée d'Aquitaine.
- PEWZNER, E. (1995). *Introduction à la psychopathologie de l'adulte*. Paris : Armand Colin.
- PEWZNER, E. et BRAUNSTEN, J.-F. (1999). *Histoire de la psychologie*. Paris : Armand Colin.
- PIRET, A., NIZET, J. et BOURGEOIS, E. (1996). *L'analyse structurale. Une méthode d'analyse de contenu pour les sciences humaines*. Bruxelles : De Broeck Université.

- POIRIER, J., CLAPIER-VALLADON, S., RAYBAUT, P. (1996). *Les récits de vie. Théorie et pratique* (4^{ème} édit.). Paris : PUF.
- PORDIE, L. (dir.). (2005). *Panser le monde, penser les médecines. Traditions médicales et développement sanitaire*. Paris : Karthala.
- POTTIER, B. (1974). *Linguistique générale. Théorie et description*. Paris : Klincksieck.
- PRIGENT, Y. (1994). *L'expérience dépressive*. Paris : Desclée de Brouwer.
- QUIVY, R. et CAMPENHOUDT, L.V. (1988). *Manuel de recherche en sciences Sociales*. Paris : Bordas.
- RACAMIER, P. C. (1970). *Le psychanalyste sans divan*. Paris : Payot.
- RAPONDA-WALKER, A. (1995). *Les plantes utiles du Gabon. Essai d'inventaire et de concordance des noms vernaculaires et scientifiques des plantes spontanées et introduites. Description des espèces, propriétés, utilisations économiques, ethnographiques*. Libreville : Fondation Raponda-Walker.
- RAPONDA-WALKER, A. (1996). *Notes d'histoire du Gabon* (2^{ème} éd.). Libreville : Fondation Raponda-Walker.
- REDFIELD, R., LINTON R. & HERSKOVITZ, M. (1936). Memorandum for the study of acculturation. *American Psychologist*, 38, 149-152.
- REMY, J. (1998). *Sociologie urbaine et rurale, l'espace et l'agir*. Paris : L'Harmattan,
- REMY, J., VOYE, L., et SERVAIS, E. (1991). *Produire ou reproduire ? Une sociologie de la vie quotidienne*. Bruxelles : De Boeck. (1^{ère} éd. 1978).
- RENAUD, M. (1981). *Médecine et société des années 80*. Montréal : Saint Martin.
- REVAULT D'ALLONNES, C. et al. (1989). *La démarche critique en sciences humaines. Documents, méthodes, problèmes*. Paris : Dunod.
- ROCHER, G. (1968). *Introduction à la psychologie générale* (Tome I). Paris : HMH.

- ROHEIM, G. (1930). *L'animisme, la magie et le roi divin*. Paris : L'Harmattan.
- ROHEIM, G. (1972). *Anthropologie et psychanalyste*. Paris : Gallimard.
- ROHEIM, G. (1972). *Origine et fonction de la culture*. Paris : Gallimard.
- ROSNY, E. De (1988). *Les yeux de ma chèvre. Sur les pas des maîtres de la nuit en pays Douala (Cameroun)*. Paris : Plon.
- ROUCH, J. (1960). *Religion et magie chez les Songhay*. Paris : PUF.
- ROUDINESCO, E. (1999). *Pourquoi la psychanalyse*. Payot : Fayard.
- SAADA, F. (1977). *Les mots, la mort, les sorts*. Paris : Gallimard.
- SARTRE, J. P. (1940). *L'imaginaire, psychologie phénoménologique de l'imaginaire*. Paris : Gallimard.
- SARTRE, J. P. (1989). *L'imagination* (3^e éd.). Paris : PUF.
- SAUTTER, G. (1966). *De l'Atlantique au fleuve Congo, une géographie du sous-peuplement. République du Congo, République Gabonaise* (tom. 1 et 2). Paris : Mouton.
- SCHMITZ, O. (2006). *Soigner par l'invisible. Enquête sur les guérisseurs aujourd'hui*. Paris : Imago.
- SERRES, M. (1991). *Le tiers-Instruit*. Paris : François Bourrin.
- SERVIER, J. (1986). *Méthode de l'ethnologie*. Paris : PUF.
- SERVIER, J. (1986). *L'ethnologie*. Paris : PUF.
- SIINGLY, F. (1991). *La famille, l'état des savoirs*. Paris : La découverte.
- SIMMEL, G. (1988). *La tragédie de la culture*. Paris : Rivages.

- SIMMEL, G. (1999). *Sociologie*. Paris : PUF.
- SONTAG, S. (1979). *La maladie comme métaphore*. Paris : Seuil.
- SOW, I. (1977). *Psychiatrie dynamique africaine*. Paris : Payot.
- SPERBER, D. (1982). *Le savoir des anthropologues*. Paris : Hermann.
- STORK, H. (1999). *Introduction à la psychologie anthropologique*. Paris :
- SURGY, A. de (1994). *Nature et fonction des fétiches en Afrique noire*. Paris : L'Harmattan.
- TCHETCHE DIMY, G. (1998). *Psychiatrie en Afrique noire et contexte socioculturel*. Paris : L'Harmattan.
- TEMPELS, P. (1949). *La philosophie bantoue*. Paris : Présence africaine.
- TESTU, G. (1919). *Notes sur les coutumes Bapounou dans la circonscription de la Nyanga*. Caen : Hauland de la Bière.
- TONDA, J. et KOUVOUAMA, A. (1993). *Nature des recours thérapeutiques et modalités de recherche de la guérison*. Paris : Paris.
- TONDA, J. (2002). *Guérison divine en Afrique centrale (Congo, Gabon)*. Paris : Karthala.
- TOURAINÉ, A. (1973). *Pour la sociologie*. Paris : Seuil.
- TOURAINÉ, A. (1973). *Production de la société*. Paris : Seuil.
- TOURAINÉ, A. (1992). *Critique de la modernité*. Paris : Fayard.
- TRAORE, D. (1983). *Médecine et magie africaine ou comment le Noir se soigne-t-il ?* Dakar : Présence Africaine.

- TSOKINI, D. (2008). *Psychologie clinique et santé au Congo*. Paris : Fayard.
- UNGERER, F. et SCHMID, J. (1996). *An introduction to cognitive linguistics*. Longman.
- VALINET, J. (1980). *Docteur nature*. Paris : Fayard.
- VANSINA, J., TRESLIN, M. (1991). *Sur les sentiers du passé en forêt. Les cheminements de la tradition politique ancienne de l'Afrique équatoriale*. Louvain-la-Neuve : Centre d'histoire de l'Afrique.
- VIDAL, L. (1999). Le sida et ses savoirs. *L'Homme*, 150, 59-83.
- VIDAL, L. (2000). *Femmes en temps de sida. Expériences d'Afrique*. Paris : PUF.
- VIDERMAN, S. (1970). *La construction de l'espace analytique*. Denoël.
- VIGNAUX, G. (1992). *Les sciences cognitives : une introduction*. Paris : La Découverte.
- WEBER, M. (1971). *Economie et société*. (Tome I). Paris : Plon.
- WEIL-BARAIS, A. (dir.). (1993). *L'Homme cognitif* (5^{ème} éd.). Paris : PUF.
- WOUTERS, E. (1998). *Maigret : « je ne déduis jamais »*. *La méthode abductive chez Simenon*. Liège : Cefal.
- ZIMMERMANN, F. (1995). *Généalogies des médecines douces*. Paris : PUF.

2. Articles et Revues

- ADJIDO, Th. C. (1994). La médecine psychosomatique dans ses rapports avec la sorcellerie. In P. Hountondji (dir.), *Les savoirs endogènes. Piste pour une recherche* (243-254). Paris : Karthala.

- AHYI, G. R. (1994). Modèles traditionnels de la santé et de la maladie mentale au Bénin. In P. HOUNTONDI (dir.), *Les savoirs endogènes. Piste pour une recherche* (p. 201-226). Paris : Karthala.
- AKENDENGUE, B. (1997). Collecte en ethnomédecine. *Revue Gabonaise des sciences de l'Homme*, 4, 97-102.
- Association Française des Anthropologues. (1997). Anthropologie et cognition [numéro thématique]. *Journal des anthropologues*, 70.
- AUGE, C. (2001). Psychologue en soins palliatifs : de la place du sujet à l'hôpital. *INFOkara*, 63(3), 15-17.
- AUGE, M. (1986). L'anthropologie de la maladie. *L'Homme*, 26(1et 2), 81-90.
- BALANDIER, G. (1953). Messianismes et nationalismes en Afrique noire. *Cahiers internationaux de sociologie*, 14, 41-65.
- BALIBAR, E. (1992). Culture et identité. *Revue Naqd*, 2, 9-21.
- BARREAU, R. (1990). Les ethnosciences. In *Encyclopaedia Universalis*.
- BASTIDE, R. (1926). La causalité externe dans l'explication sociologique. *Cahiers internationaux de sociologie*, 21.
- BAUDRILLARD, J. (2002). Modernité. In *Encyclopaedia Universalis* (p. 1005).
- BERGERET, J. (1993). Psychanalyse et universalité interculturelle. *Revue française de psychanalyse*, Différences culturelles, 3, 803-839.
- BIKINDOU MILANDOU (1985). Le psychologue introuvé. In A.C.P., *Quels psychologues pour le Congo ?* (p. 29), Brazzaville : ACP.
- BIYEKELE, M. (1984). Une expérience pratique à l'Institut Psychopédagogique de Brazzaville. *BLACP*, 4.

- BIYEKELE, M. (1987). De la logique de l'hétérogénéité centrée sur le langage de la folie chez les kongo de la République populaire du Congo. *BLACP*, 4.
- BLONDEAU, S. (2007). Revisiter la loi de 1985. *Psychologue et psychologies*, 192, 16-26.
- BOLTRANSKI, L. (1971). Les usages sociaux du corps. *Annales*, 26(1), 205-233.
- BOUASSA-MIHINDOU, J. L. (1997). Collecte muséographique. *Revue Gabonaise des sciences de l'Homme*, 4, 83-92.
- BOUNGOU, B. B. (1985), *Intervention pratique du psychologue clinicien en milieu hospitalier congolais*. In A.C.P., *Quels psychologues pour le Congo ?* (p. 186). Brazzaville : ACP.
- BOUROBOU, H. P. (1997). Collecte en ethnobotanique : récolte des plantes médicinales au Gabon. *Revue Gabonaise des sciences de l'Homme*, 4, 109-114.
- BOUTONNIER, J. F. (1968). La psychologie clinique : objet, méthodes, problèmes. *Bulletin de psychologie*, 21,
- CATELLIN, S. (2004). L'abduction : une pratique de la découverte scientifique et littérature. *Hermès*, 39, 179-185.
- CAUDILL, W. (1953). Applied Anthropology in medicine. In A. L. Kroeber (dir.), *Anthropology Today: An Encyclopedic Inventor*. Chicago, Chicago Press.
- Collecte en littérature orale. (1997). *Revue Gabonaise des Sciences de l'Homme*, 4, 71-76.
- CORIN, E. et MULLER, J.-C. (1985). Rituel, maladie et guérison. *Médecine et religion populaires*, 53, 52-90.
- DELIEGE, R. (2005). Des manières de se soigner dans un village d'intouchables de l'Inde du Sud. In *Panser le monde, penser les médecines. Traditions médicales et développement sanitaire* (p.69-79). Paris : Karthala.

Département d'anthropologie/LABAN (2001). Anthroponymie, Attribution du nom [numéro thématique]. *Cahiers gabonais d'anthropologie*, 18.

Département d'anthropologie/LABAN (2001). Ethnomédecine. Anthropologie de la santé [numéro thématique]. *Cahiers gabonais d'anthropologie*, 7.

Département d'anthropologie/LABAN (2006). Anthropologie religieuse [numéro thématique]. *Cahiers gabonais d'anthropologie*, 17.

Département d'anthropologie/LUTO (1997). Anthropologie factuelle, Anthropologie textuelle [numéro thématique]. *Cahiers gabonais d'anthropologie*, 1.

Département d'anthropologie/LUTO (1998). Les ethnosciences (I) [numéro thématique]. *Cahiers gabonais d'anthropologie*, 2.

DERICQUEBOURG, R. (2002). Construction d'un type idéal des religions de guérison à partir d'un échantillon de groupes religieux minoritaires. In R. MASSE et J. BENOIST (dir.), *Convocations thérapeutiques du sacré* (p. 39-59). Paris, France : Karthala.

Des catégories perceptives et naturelles : un exemple d'instrumentalisation de l'anthropologie en sciences cognitives. (1997). *Journal des anthropologues*, 70, 91-111.

DESPRINGRE, A.-M. (1997). Catégoriser un rythme flamand. *Journal des anthropologues*, 70, 73-90.

DOUVILLE, O. (1995). Figure de l'entre-deux : du sentiment de la durée à l'adolescence, une épreuve de l'errance. In *L'entre-deux*. Actes du colloque tenu au Cercle Culturel Français de Brazzaville. Brazzaville : CCF.

DOZON, J. P., VIDAL, L. (dir.). (1993). *Les sciences sociales face au sida : cas africains autour de l'exemple ivoirien*. Actes de colloque, Abidjan, ORSTOM.

DROZ, Y. (1997). Jambihuasi : une tentative d'intégration de deux pratiques médicales à Otavalo, Equateur. In Société suisse des américanistes, *Bulletin n°61* (p. 91-98), Berne : Institut de sociologie - Université de Berne.

- FABREGA, H. (1971). Medical anthropology. *Biennial Review of Anthropology*, 167-229.
- FARR, R. M. (1990). Les représentations sociales. In S. MOSCOVICI (dir.), *Psychologie sociale* (3^e éd., p. 387). Paris : PUF.
- FASSIN, D. (1994). Penser les médecines d'ailleurs. La reconfiguration du champ thérapeutique dans les sociétés africaines et latino-américaines. In P. Aïach et D. FASSIN (dir.), *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité* (p. 339-364). Paris, France : Anthropos.
- FASSIN, É. et FASSIN, D. (1988). De la quête de légitimation à la question de légitimité. Les thérapeutes traditionnels au Sénégal. *Cahiers d'Etudes Africaines*, 28, 207-231.
- FEDIDA, P., LACOSTE, P. et MOSCOVICI, M. (1995). Les enjeux. *L'inactuel*, 3, 5-13.
- FREUD, S. (1923). Le moi et le ça. In *Essais de psychanalyse*, Paris : Payot.
- FRIEDBERG, C. (1997). Ethnoscience et sciences cognitives. *Journal des anthropologues*, 70, 41-49.
- GAUDILLIRE, J.-M., DAVOINE, F. (1990). Le savoir des génies. *Sciences Sociales et Santé*, 8(1), 47-50.
- GILLISON, G. (1999). L'anthropologie psychanalytique, Un paradigme marginal. *L'homme*, 149, 43-52.
- GOLLNHOFER, O. et SILLANS, R. (1975). Cadres, éléments et techniques de la médecine traditionnelle Tsogho. Aspects psychothérapeutiques. *Psychopathologie africaine*, XI(3), 285-321.
- GOMA-FOUTOU, E. C. (2004). Ethique et morale dans les institutions de l'ancien royaume Kongo (XV^e-XVII^e siècles). In D. MAVOUANGUI (dir.), *Ethique et politique* (p. 178). Actes du colloque 5^e semaine Congolaise de Philosophie. Paris-Brazzaville : éditions Paari (Préface KOUVOUAMA A., coll. Afrique en philo).

- GRUENNAIS, M.-É., HOURS, B. et LUXEREAU, A. (1995). Anthropologie de la santé et de la maladie [numéro thématique]. *Journal des anthropologues*, 60.
- GUERCI, A. et CONSOGLIERE, S. (2005). Mots et maux d'Occident. Réflexions pour l'interprétation des soins d'ici et d'ailleurs. In *Panser le monde, penser les médecines. Traditions médicales et développement sanitaire* (p. 33-51). Paris : Karthala.
- HERZLICH, C. (1972). La représentation sociale. In S. MOSCOVOCI (dir.), *Introduction à la psychologie sociale* (tome 1, p. 305). Paris : Larousse.
- HOMBERT, J. M. et PERROIS, L. (dir.). (1994). Maladies, remèdes et langues en Afrique centrale. *Pholia*, 9, 5-28.
- HUGUES, A. (1997). Recherche documentaire ou collecte de documents dans les centres de documentation ou des bibliothèques. *Revue Gabonaise des Sciences de l'Homme*, 4, 163-174.
- IDIATA, D. F. (1994). Perception de la maladie chez les Masangu. *Pholia*, 9, 101-119.
- ILLOUZ, C. (1994). *Islam et santé*. Aquitaine : MSHA.
- IMBERT, M. (1992). Neurosciences et sciences cognitives. In D. ANDLER (dir.), *Introduction aux sciences cognitives* (p. 49-106). Paris : Gallimard.
- IRD. (2001). Réseau anthropologie de la santé. Les professionnels de santé. *Bulletin*, 2.
- JALLEY, E. (1998). Psychanalyse, psychologie clinique et la psychopathologie. In R. SAMACHER (dir.), *Psychologie clinique et pathologique*. Paris : Bréal.
- JODELET, D. (1990). Représentation sociale, phénomènes, concept et théorie. In S. MOSCOVOCI (dir.), *Psychologie sociale* (3^e éd.). Paris : PUF.
- JOUBERT, J.-L. (2002). Afrique Noire. Littérature. In *Encyclopedia Universalis*.
- KOUAKOU N'GUESSAN, F. (1978). Pour une anthropologie médicale africaine. *Annales de l'Université d'Abidjan*, 7, 90-102.

- KROEBER, L. A. (1993). Totem et tabou : une psychanalyse ethnologique, Totem et tabou : après coup. *Revue française de psychologie*, 3, tome LVII, 773-785.
- KWENZI MIKALA, J. T. (1990). L'anthroponymie chez les Bapunu. *Pholia*, 5, 113-120.
- KWENZI MIKALA, J. T. (1987). Contribution à l'inventaire des parlers bantu du Gabon. *Pholia*, 2, 103-110.
- L'évolution contemporaine des anthroponymes gabonais. (2006). *Cahiers gabonais d'anthropologie*, 18, 2047-2065.
- La logique, fil d'Ariane du raisonnement. (2005). *Dossier pour la science*, 49, 2-5.
- Laboratoire Dynamique du Langage (1994). Maladies, remèdes et langues en Afrique centrale [numéro thématique]. *Pholia*, 9, 161.
- Laboratoire Universitaire de la Tradition Orale (LUTO). (1988). Actes du séminaire de formation en ethnomusicologie [numéro thématique]. *Revue Gabonaise des sciences de l'homme*, 1.
- Laboratoire Universitaire de la Tradition Orale (LUTO). (1990). Alphabet scientifique des langues du Gabon. *Revue Gabonaise des sciences de l'homme*, 2.
- Laboratoire Universitaire de la Tradition Orale (LUTO). (1997). Méthodes de collecte des données. *Revue Gabonaise des sciences de l'homme*, 4.
- Laboratoire Universitaire de la Tradition Orale (LUTO). (2004). Actes du séminaire : Les formes traditionnelles de gestion des écosystèmes. *Revue Gabonaise des sciences de l'homme*, 5.
- LAMMEL, A. (1997). Fondements cognitifs et connaissances culturelles. *Journal des anthropologues*, 70, 113-124.
- LANTERI-LAURA, G. et PISTOIA, L. (1994). Regards historiques sur la psychopathologie. In D. WILDLÖCHER, *Traité de psychopathologie*. Paris : PUF.
- LASSAVE, P. (2000). Le puzzle des graphies chez Michel Leiris. *Gradhiva*, 27, 15-25.

- LE GUERINEL, E.-N. (1987). Psychanalyse en milieu africain, le poids de la réalité culturelle. *Revue de psychanalyse*, 3, 915-924.
- MARC, E. C. (1988). Les mouvements religieux prophétiques sont-ils encore contestataires ? *GRASU*, 2.
- MAYER, R. (1997). Cinq collectes en ethnomusicologie gabonaise. *Revue Gabonaise des Sciences de l'Homme*, 4, 57-70.
- MBA-BITOME, J. (2001). Santé-maladie. Considérations étiologiques et thérapeutiques en milieu fang. *Cahiers gabonais d'anthropologie*, 7, 727-765.
- MBOT, J.-E (1998). L'entreprise n'est pas notre patrimoine. *Cahiers gabonais d'anthropologie*, 2, 121-132.
- MBOT, J.-E. (1989). L'état de l'anthropologie culturelle du monde bantu ou être bantu et anthropologue en 1985. In T. OBENGA, *Les peuples bantu : migrations, expansions et identité culturelle* (tome II, pp. 336-348). Paris / Libreville : L'Harmattan - CICIBA.
- MBOT, J.-E. (1997). Cinq terrains d'enquête, cinq formes de collecte. *Revue gabonaise des sciences de l'Homme*, 4, 31-42.
- MBOT, J.-E. (1997). Les formes traditionnelles de gestion des écosystèmes. *Cahiers gabonais d'anthropologie*, 1, 7-18.
- MEDJO-MVE, P. (1994). Perception de la maladie chez les Fang. *Pholia*, 9, 77-100.
- MORO, M. R. et REVAH-LEVY, A. (2005). Soi-même dans l'exil : Les figures de l'altérité dans un dispositif psychothérapique. In R. KAËS (dir.), *Différence culturelle et souffrances de l'identité*. Paris : Dunod.
- MOUGUIAMA, L. (1994). Perception de la maladie chez les Eshira. *Pholia*, 9.
- MOUGUIAMA-DAOUDA, P. (1997). Collecte des données en ethnozoologie. *Revue Gabonaise des Sciences de l'Homme*, 4, 115-132.

- MOUGUIAMA-DAOUDA, P. (2004). Taxinomie ethnologique et écosystème : la position linguistique. Actes du séminaire : Les formes traditionnelles de gestion des écosystèmes. *Revue Gabonaise des Sciences de l'Homme*, 5, 52-62.
- MWELE, M. (1994). Perception de la maladie chez les Wanzi orientaux du Gabon. *Pholia*, 9.
- NACHT, S. (1963). La valeur de la relation non verbale dans le traitement psychanalytique. *Revue française de psychanalyse*, 6, 573-584.
- NGUIMBI MABIALA, J.-N. (1994). Perception de la maladie chez les Bayoombi. *Pholia*, 9.
- NGUIMBI MABIALA. (1994). Perception de la maladie chez les Bayoombi. *Pholia*, 9, 443-76.
- NZAMBA-NZAMBA, T.-P. (2001). Bibliographie d'anthropologie de la santé. *Cahiers gabonais d'anthropologie*, 7, 817-822.
- NZAMBA-NZAMBA, T.-P. (2001). Bungang : Notes de lecture et recensions. *Cahiers gabonais d'anthropologie*, 7, 823-832.
- NZAMBA-NZAMBA, T.-P. (2001). Bungang, essai de systématisation médicale Punu. *Cahiers gabonais d'anthropologie*, 7, 727-806.
- NZE-EKEKANG, L. (1997). Collecte en ethnopharmacologie. *Revue Gabonaise des Sciences de l'Homme*, 4, 93-96.
- OBIANG, L. (1988). Etude de l'arc musical. *Revue Gabonaise des Sciences de l'Homme*, 1, 245-256.
- PASSY MUBALAMA. (2011). La bonne entente des médecins et des guérisseurs. *Syfia Grands Lacs*, 10, 23-24.
- PAUL, V. et PERRIAULT, J. (2004). Critique de la raison numérique [numéro thématique]. *HERMES*, 39.

Perspectives cognitives en anthropologie : quelques remarques. (1997). *Journal des anthropologues*, 70, 9-15.

PHINNEY, J. S. (2008). La formation de l'identité culturelle dans les contextes multiculturels. In *Generation in flux : ethnicity, integration and family ties*. Conférence interdisciplinaire de la Finnish Youth research Society, tenue les 23 et 24 octobre à Helsinki.

PITHON, G. (1991-1992). Le paradoxe du clinicien : être ou ne pas l'être. *Bulletin de psychologie*, 407, XLV, 630-643.

PORDIE, L. (2002). Le chemin des amchi. Fonctionnement idéal et enjeux contemporains de la médecine tibétaine. In R. MASSE et J. BENOIST (dir.), *Convocations thérapeutiques du sacré* (p. 221-246). Paris : Karthala.

PORDIE, L. (2005). Emergence et avatars du marché de l'évaluation thérapeutique des autres médecines. In L. PORDIE (dir.), *Panser le monde, penser les médecines. Traditions médicales et développement sanitaire*. Paris : Karthala.

RABAIN, J. F. et KROEBER, A. L. (1993). Totem et tabou : éléments d'une controverse. *Revue française de psychanalyse*, 3, tome LVII, 761-771.

RAKOTOMALALA, M. (2002). Transformations du politique et pluralité thérapeutique. *Journal des anthropologues*, 88-89, 41-52.

ROUCHY, J. C. (1987). L'identité culturelle et groupe d'appartenance. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*.

SCHMITZ, O. (2005). Des fleurs pour soigner les affects. L'usage des remèdes du Dr Bach par les guérisseurs syncrétiques. In L. PORDIE (dir.), *Panser le monde, penser les médecines. Traditions médicales et développement sanitaire* (p. 305-320), Paris : Karthala.

SCOTCH, N. (1963). Medical Anthropology. In H. SIEGEL (dir.), *Biennial Review of Anthropology*, Stanford : Stanford University Press.

SWIDERSKY, S. (1970). La harpe sacrée dans les cultes syncrétiques du Gabon. *Anthropos*, 65, 833-857.

- TONDA, J. (1990). Pouvoir de guérison et pouvoir dans les églises « hors-la-loi ». In *Le Congo aujourd'hui : Figures du changement social*. Brazzaville : Université Marien NGOUABI.
- TSOKINI, D. (2008). La question de la demande et de la pratique clinique au Congo. *Journal des psychologues*, 4(25), 62-65.
- TSOKINI, D. (1994). Pour une psychiatrie sociale : l'espace congolais. In P. F. CHANOIT, *La psychiatrie à l'heure de la santé mentale : un objectif de santé publique* (245-249). Toulouse : Erès.
- TYLOR, B. E. (1968). Primitive culture. In G. ROCHER (dir.), *Introduction à la sociologie générale* (Tome I, p. 107). Paris : HMH.
- VEIL, C. (2000). Réflexion sur six années d'exercice d'une psychologue clinicienne dans le service de Médecine Interne-Oncologie de l'hôpital Saint-Antoine. *Le journal Psylihos*, 26, 12-21.
- VERMOREL, M. et Henri (1993). Psychanalyse et modernité. *Revue française de psychanalyse*, 3, 841-855.
- WAGNER, A. (1989). Médecines traditionnelles. In T. OBENGA, *Les peuples bantou : migrations, expansions et identité culturelle* (Tome II, p. 293-297). Paris, France/ Libreville : L'Harmattan - CICIBA.
- WALTER, A. (1983). Ethnomédecine et anthropologie médicale : bilan et perspectives. *Cahiers ORSTOM*, XVIII(4), 405-415.
- WIERVORKA, M. (1998). Identités culturelles et sociales. *Informations sociales*, 66, 14-23
- WINNICOTT, D.W. (1975a). Le rôle de miroir de la mère et de la famille dans le développement de l'enfant. In *Jeu et réalité*. Paris : Gallimard.
- WINNICOTT, D.W. (1975b). Objets transitionnels et phénomènes transitionnels. In *Jeu et réalité*. Paris : Gallimard.

YOUNG, A. (1990). Misapplying medical anthropology in multicultural settings. *Health, VII*(2-3), 197-208.

ZEMPLINI, A. (1982). Anciens et nouveaux usages sociaux de la maladie en Afrique. *Archives des Sciences Sociales des Religions, 54*(1), 5-19.

ZWIRN, D. et ZWIRN (2005). La révision des croyances. *Dossier pour la science, 90-95*.

3. Thèses et mémoires

BIAYENDA, E. (cardinal). (1968). Coutumes et développement chez les Bakongo du Congo-Brazzaville. Thèse de doctorat de 3ème cycle, Faculté Catholique de Lyon, Lyon.

BIYOUUDI, J. (1984). L'autorité parentale en République Populaire du Congo : tradition et évolution du droit de la famille. Thèse de doctorat 3è cycle, Université Paris I, Paris.

BONHOMME, J. (2003). Le miroir et le crâne. Le parcours rituel de la société initiatique Bwete Misoko (Gabon). Thèse de doctorat en Anthropologie, Ecole des hautes Etudes en sciences Sociales, Paris.

BOUTAMBA MOUDZIEGOU, J.-B. (1977). L'attribution du nom dans la communauté traditionnelle Punu. Mémoire de sociologie, Université Nationale du Gabon, Libreville.

CIPOLIN, R. (2008). La personne créole : une figure paradoxale et accidentelle du dialogue social. Thèse de doctorat de psychologie sociale, Université Jules Verne, Amiens.

CONDE, E. S. (1988). Thérapies modernes et thérapies traditionnelles au Mali. Mémoire de maitrise, Université de Bamako, Bamako.

GHIMBI, N. L. M. (2011). La représentation de la profession de psychologue dans les centres hospitaliers de Brazzaville : identité et appartenance. Mémoire de DEA en Psychopathologie et Psychologie clinique, Université Marien NGOUABI, Brazzaville.

- GHIMBI, N. L. M. (1994). Représentation de l'image du psychologue clinicien au service de psychiatrie du C.H.U. de Brazzaville. Mémoire de Maîtrise en Psychopathologie et Psychologie Clinique, Université Marien NGOUABI, Brazzaville.
- KETTE, C. M. M. (1992). Essai de compréhension de la pratique de la psychothérapie de groupe au service de psychiatrie du CHU de Brazzaville. Mémoire de Maîtrise, Université Marien NGOUABI, Brazzaville.
- KIALO, P. (2005). Pové et forestiers face à la forêt gabonaise. Esquisse d'une anthropologie comparée de la forêt. Thèse de Doctorat en anthropologie, Université René Descartes (Paris V), Paris.
- KOUMBA-MANFOUMBI, M. (1987). Les Punu du Gabon, des origines à 1899 : essai d'étude historique. Thèse de Doctorat de troisième cycle d'histoire, Université de Paris I, Paris.
- MADJINOUMOUSSAVOU, L. C. (2006). Lecture anthropologique de la symbolique du mukudji dans son rapport à la féminité. Mémoire de maîtrise en anthropologie, Université Omar Bongo, Libreville.
- MAKAMBILA, P. (1974). Croyances et pratiques magiques des kongo-lari de la République Populaire du Congo : " Kindoki ". Thèse de doctorat de 3ème cycle d'ethnologie, Université de Bordeaux II, Bordeaux.
- MAKAYA, H. (1980). Contribution à l'étude de la santé en AEF. Médecine traditionnelle et occidentale : le cas du Gabon (1910-1945). Thèse de Doctorat de 3ème cycle en médecine, Université de Reims, Reims.
- MALONGA, G.B. (1990). Représentations sociale de la toxicomanie : attitudes des adolescents face à la drogue : cas de Brazzaville. Mémoire de maîtrise en Psychologie Sociale, Université Marien NGOUABI, Brazzaville.
- MATSANGA MAKOSSOT, G. (1996). Procédure et rhétoriques de la palabre dans les sociétés traditionnelles africaines. Cas des Punu du Gabon. Mémoire de maîtrise en Lettres modernes, Université Omar Bongo, Libreville.
- MAYER, R. (1987). Les codes de la danse à l'île Wallis (Uvéea). Thèse de Doctorat d'Etat ès-Lettres et Sciences humaines, Université de Paris V-Sorbonne, Paris.

- MBA NDZENG, L. (2006). Para-société et pouvoir politique au Gabon. Thèse de Doctorat en anthropologie, Université Paris V- René Descartes, Paris.
- MBA-BITOME, J. (1986). Influence de la religion iboga sur médecine traditionnelle et les soins de santé au Gabon. Thèse de Doctorat de troisième cycle en sociologie, Université de Lyon 2, Lyon.
- MBOT, J.-E. (1999). Esquisse d'une lecture anthropologique des écrits français sur les peuples du Gabon de 1839 à 1952. Thèse de Doctorat d'Etat ès Lettres et sciences humaines, Université de Paris-V, René Descartes, Paris.
- MEBIAME ZOMO, M. M. (2001). Le travail symbolique sur l'imaginaire de la mort chez les fang : analyse des conceptions religieuses bwitistes, catholiques et pentecôtistes. Mémoire de Maîtrise en anthropologie, Université Omar Bongo, Libreville.
- MENSAH NGOMA, A. E. F. (2004). Les nganga et les conflits familiaux à Libreville. Rapport de licence, Université Omar BONGO, Libreville.
- MINSSONTSA, A. (1979). Importance et signification des sectes religieuses en République Populaire du Congo. Mémoire C.E.S. de psychiatrie, Université de Bordeaux, Bordeaux.
- MOUGUIAMA-DAOUDA, P. (1995). Les dénominations ethnoichthyologiques chez les bantous du Gabon. Thèse de Doctorat en linguistique, Université Lumière Lyon 2, Lyon.
- MOUITY IKAPI, J. C. (1997). Histoire des clans Punu de Mabanda. Mémoire de Maîtrise en histoire. Université Omar Bongo, Libreville.
- MOUNGUENGUI MBADINGA, J. B. (1978). Le système des interdits Punu et sa signification. Rapport de Licence en histoire, Université Nationale du Gabon, Libreville.
- MOUSSAVOT, R. B. (2006). Les rites funéraires en ville chez les Punu. Mémoire de Maîtrise en anthropologie, Université Omar Bongo, Libreville.

- MVE-MENGOME, E. (1983). Contribution à la connaissance des systèmes modernes et traditionnels de santé au Gabon. Thèse de Doctorat en médecine, Université de Bordeaux 2, Bordeaux.
- NDOUNA, C. (1985). Contribution à l'étude de la médecine traditionnelle en vue de sa promotion et de son intégration dans le système de santé de la République Populaire du Congo. Thèse de Doctorat en médecine, Université de Dakar, Dakar.
- NKOLO-EBONGOGNO NDONGO (2006). Stérilité et sexualité interdite : le cas des « maris et femmes de nuit » à Libreville. Mémoire de Maîtrise en anthropologie. Université Omar Bongo, Libreville.
- NZAMBA-NZAMBA, T.-P. (2000). Bungang : médecine des Bapunu du Gabon. Essai de systématisation. Rapport de Licence en anthropologie, Université Omar Bongo, Libreville.
- NZAMBA-NZAMBA, T.-P. (2001). Bungang : « Pratiques de santé » des Bapunu du Gabon. Pistes pour une recherche. Mémoire de Maîtrise en anthropologie, Université Omar Bongo, Libreville.
- NZAMBA-NZAMBA, T.-P. (2003). Bungang : « Pratiques de santé » chez les Bapunu du Gabon. Esquisse d'une systématique des médecines traditionnelles. Mémoire de DEA en anthropologie, Université Omar Bongo, Libreville.
- NZIENGUI, O. (1997). Héritage et modulation des rapports dans la famille gabonaise. (Punu). Mémoire de Maîtrise, Université Omar Bongo, Libreville.
- SUMBO SEBASTIAO, F. (2007). Mafuku-ma-zungu. Couvertures à proverbes du Cabinda. Histoire, codes, fonctions. Thèse de Doctorat en anthropologie, Université Omar Bongo, Libreville.
- TEZI, R. (1999). La maladie dans la société Kota, analyse des représentations sociales. Contribution à la connaissance du système étiologique et nosologique d'une société en transition. Rapport de Licence, Université Omar Bongo, Libreville.
- TEZI, R. (2001). Emba—nganyia : « la chose qui fait mal ». Les mutations des représentations de la maladie dans la société Kota. Mémoire de Maîtrise en anthropologie, Université Omar Bongo, Libreville.

TEZI, R. (2007). La professionnalisation de la pédiatrie au Gabon, Histoire et anthropologie d'une spécialité médicale. Thèse de doctorat en anthropologie, EHERESS, Paris.

TONDA, J. (1983). Le mal, le désordre et l'ordre social dans les systèmes sociaux lignage d'Afrique centrale. Thèse de Doctorat de troisième cycle en sociologie, Université de Grenoble-II, Grenoble.

WAGNER, A. (1986). Aspects de la médecine traditionnelle bantu au Gabon. Thèse de Doctorat de troisième cycle, Université de Toulouse, Toulouse.

ZAME-AVEZO'O, L. (2000). Esika et pratiques rituelles chez les Mahongwè du Gabon. Thèse de doctorat en Etudes africaines et Littératures orales (vol 1), Institut National des langues et des Civilisations orientales, Paris.

4. Romans

SADJI Abdoulaye (1958) : « *Maimouna* », Paris, Présence Africaine.

5. Documents rapports et autres

ADJANOHOOUN, E. J. et al. (1984). Contribution aux études ethnobotaniques et floristiques au Gabon. Paris : Agence de Coopération Culturelle et Technique (ACCT).

ADJANOHOOUN, E. J. et al. (1985). Contribution aux études ethnobotaniques et floristiques au Niger : rapport présenté à l'ACCT. Paris : Agence de Coopération Culturelle et Technique (ACCT).

ADJANOHOOUN, E. J. et al. (1986). Contribution aux études ethnobotaniques et floristiques au Togo : rapport présenté à l'ACCT. Paris : Agence de Coopération Culturelle et Technique (ACCT).

ADJANOHOOUN, E. J. et al. (1989). Médecine traditionnelle et pharmacopée : contribution aux études ethnobotaniques et floristiques en République Populaire du Bénin. Paris : Agence de Coopération Culturelle et Technique (ACCT).

Association Congolaise de Psychologie (A.C.P.). (1988). *Pratique et perspectives de la psychologie au Congo*. Brazzaville, Congo : ACP.

Association congolaise pour l'information et la prévention de la Drépanocytose (A.C.I.P.D.). (1987). *Ce que vous devez savoir sur la drépanocytose. L'enfant en milieu tropical*, 169.

BAD. (2005). *Document de stratégie par pays axé sur les résultats 2005-2007*.

Banque de France. (2005). *Rapport Zone Franc*. Paris : Banque de France.

BERLIN, B. (1992). *Ethnobiological classification. Principles of categorization of plants and animals in traditional societies*. New Jersey : Princeton University Press.

BERLIN, B. et KAY, P. (1969). *Basic color terms : their universality and evolution*. California : University of Braudel.

BIKINDOU-MILANDOU, I. (1990). *Pour une introduction à la sociologie. Fascicule de travail non publié*, Université Marien NGOUABI, Brazzaville.

BOAS, F. (1899). *Twelfth and final report on the Nord-Western tribes of Canada*. In *Twelfth and final report for the advancement of science for 1898* (p. 40-61).

BOAS, F. (dir.). (1911). *Handbook of American Indian languages*. Washington, DC, Smithsonian Institution, Bureau of American ethnology, 31 st annual report, 1909-1910.

CNSEE. (2009). *Annuaire statistique du Congo*.

CNSEE. (2009). *Enquête Congolaise auprès des ménages pour l'évaluation de la pauvreté (ECOM)*.

FORDE, D. (dir.). (1954). *African worlds. Studies on the Cosmological Ideas and Social Values of African Peoples*. Oxford : Oxford University Press.

Les concepts de santé et maladie en médecine traditionnelle chez les Punu du Gabon. (1988). *Rapport de Licence en anthropologie*, Université Omar Bongo, Libreville.

Ministère des Affaires Sociales, de l'Action Humanitaire et de la Solidarité (MASAHS).
Rapport national de la problématique de la solidarité en République du Congo.
Brazzaville : MASAHS, 2017.

OMS. (1973). Le rôle du psychologue dans les services de santé mentale. Rapport d'un groupe de travail réuni par le bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la Santé. Cracovie, Pologne : Bureau Régional de l'OMS pour l'Europe.

OMS. (1999). Stratégie régionale de la santé mentale. 49ème réunion du Comité régional pour l'Afrique. Windhoek, Namibie : OMS.

OMS. (1976). Médecine traditionnelle en Afrique. Rapport technique. Brazzaville : OMS.

PNUD. (2002). République du Congo, Guerres et après ? Développement humain en situation de post conflit. Rapport national sur le développement humain. Brazzaville : PNUD.

Projet de document de politique sectorielle du secteur de l'éducation à l'épidémie du VIH et du Sida. (2012). Brazzaville : Ministère de l'éducation.

6. Webographie

[http://www](http://www.prometra.org). ; prometra.org

[http://www](http://www.Africultures.com). Africultures.com

[http://www](http://www.Anthropologie-gabon.info). Anthropologie-gabon.info

[http://www](http://www.Yho.int/topics/traditional_medecine/fr/). Yho.int/topics/traditional_medecine/fr/

[http://www](http://www.Yoix-africaine.org/article-11590452.html). Yoix-africaine.org/article-11590452.html

[http://www](http://www.yorososro.org/). yorososro.org/

[http://www](http://www.youtube.com/sorososro#play/uploads). youtube.com/ sorososro#play/uploads

<http://www.youtube.com/user/Sorosoro/TV#play/uploads/1/eIMZMu9nbDE>

MAUSS, M. (1924). Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés primitives. Repéré à <http://pages.infinit.net/sociojmt>.

7. Quelques notes de lecture des auteurs

FRIEDMAN (D) : Les guérisseurs, Paris, Editions Métallie, 1981.

Dans cet ouvrage de 215 pages, l'auteur nous renvoie dans les sociétés lignagères africaines où les guérisseurs traditionnels sont très célèbres pour leurs prestations de guérisons. Il démontre aussi que dans ces sociétés, il y a une forte domination de la conscience collective sur la conscience individuelle, d'où c'est le groupe qui dicte le comportement à l'individu malade à la recherche d'un remède thérapeutique, tout en influençant son parcours thérapeutique. La maladie est donc perçue, comme un mal social qui oppose l'individu à la société qu'il faut résoudre impérativement. Ainsi, le recours à la médecine traditionnelle (les tradipraticiens ou les guérisseurs) paraît imminent en pareille circonstance.

HERZLICH (C) : Médecine moderne et quête de sens : La maladie signifiant social, Paris, Edition des archives contemporaines, 1986.

Dans cet ouvrage, l'auteur montre les limites de la médecine moderne dans le traitement de certaines maladies psychosomatiques. La maladie selon l'approche sociologique, affirme l'auteur n'est pas seulement un ensemble de symptômes qui conduit un individu chez le médecin, mais elle constitue aussi un événement malheureux qui menace et parfois modifie radicalement sa vie. De ce fait, la maladie entraîne toujours des questions sur son origine et sa manifestation chez le malade. « Pourquoi se produit-il maintenant ? » et « Pourquoi suis-je victime ? ». Ainsi, de la signification de la maladie, dépend fondamentalement le choix des recours thérapeutiques qui s'imposent.

HERZLICH (C) : Santé et maladie, analyse d'une représentation sociale, Paris, Editions la Haye, 1969.

L'ouvrage décrypte les notions de santé et de maladie selon l'approche sociologique. Selon l'auteur, dans la dynamique de la personnalité, la santé implique un parfait état d'équilibre entre l'individu et la société, par contre la maladie, représente la relation contraire mettant l'individu en conflit avec la société. La maladie est dans ces conditions interprétée comme une sentence ou une malédiction. Les causalités sociales de la maladie permettent de comprendre la nature de celle-ci, puis les voies de recours pour la guérison.

KINZONZI (P) : La splénectomie chez l'enfant drépanocytaire : A propos de 15 observations suivies à l'hôpital Adolphe Sicé de Pointe-Noire. Thèse de Doctorat de 3^{ème} cycle de Médecine, Bordeaux, 1974.

Dans cette thèse de 420 pages, l'auteur fait une analyse biomédicale des complications dues à la drépanocytose. Lesquelles sont à l'origine de l'augmentation du volume du foie des patients, d'où l'aspect physique du ventre ballonné que présente certains patients drépanocytaires homozygotes (SS). Il s'agit ici de 15 enfants drépanocytaires homozygotes (SS), qui avaient bénéficié d'un suivi médical à l'hôpital Adolphe Sicé de Pointe-Noire pour une meilleure prise en charge médicale. En effet, cette déformation de la morphologie physique des patients drépanocytaires constitue un terrain favorable à l'émergence des croyances magico-religieuses à propos de cette maladie.

KOUVOUAMA (A) et TONDA (J) : Nature des recours thérapeutiques et modalité de recherche de la guérison au Congo, ORSTOM, Paris, 1993.

Dans cet ouvrage, les auteurs à partir d'une approche socio-anthropologique, analysent les fondements de l'imaginaire collectif des congolais, avant de montrer l'impact de cet imaginaire dans le choix des recours thérapeutiques et les modalités de recherche de la guérison. C'est pour ainsi dire qu'en République du Congo, la médecine traditionnelle et la médecine moderne sont interdépendantes, d'autant plus que les tradipraticiens envoient d'abord leurs malades à l'hôpital pour faire les examens cliniques en vue de connaître la nature réelle de la maladie avant tout traitement traditionnel.

Tout comme certaines maladies qui ne trouvent pas de remède à l'hôpital, mais qui sont orientées vers les tradipraticiens pour compétence.

KOUVOUAMA (A) : Vivre à Brazzaville, modernité, crise au quotidien, Paris Karthala, 1998 Dans cet ouvrage, l'auteur fait la sociologie de la vie quotidienne de Brazzaville, où tradition et modernité cohabitent quotidiennement. De par sa nature cosmopolite, Brazzaville est une ville de brassage ethnique, où chaque groupe ethnique cherche à assurer la reproduction de son identité culturelle à travers des mouvements associatifs à connotation ethnique. Les nouvelles formes de sociabilité, l'affirmation de l'identité culturelle, sans oublier les vellétés politiques de certaines personnes à Brazzaville, justifient bien la complexité de la crise au quotidien caractérisant la capitale politique de la République du Congo.

NJIENGWE (F) : « *La problématique de la drépanocytose dans la société camerounaise* » Colloque National de Yaoundé, du 23 au 25 avril 1997.

Cet article est une contribution du psychologue clinicien camerounais François NJIENGWE à la problématique de la drépanocytose dans la société camerounaise. En effet, pour l'auteur si la drépanocytose affecte gravement le corps physique des patients, mais il n'en reste pas moins qu'elle affecte aussi son mental et surtout celui de son entourage immédiat. C'est là que commence l'imaginaire de la drépanocytose et par conséquent, les recours thérapeutiques qui s'imposent. Par ailleurs, la douleur, l'anémie, les déformations et les infections provoquées par la drépanocytose, font émerger les croyances magico-religieuses qui sont responsables de la stigmatisation et du rejet des malades par leurs proches. Ainsi, la dépression, l'anxiété et l'hypertension artérielle, menacent fréquemment le malade, en l'exposant au risque d'Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC). Cet état de chose n'est que le signe d'une effraction dans la sphère psycho-affective de ces personnes assujetties au diktat du tabou social.

TSOKINI (D) : Psychologie clinique et santé au Congo, L'Harmattan, Paris, 2008. Dans cet ouvrage de 129 pages, l'auteur fait une déconstruction scientifique du discours dominant en matière de psychologie de la santé au Congo ; en analysant les problématiques cliniques qui surgissent du fait du conflit vécu et observé et qui demande à être exploitées et traitées dans le cadre de l'entretien, tant du point de vue de la relation d'aide que de la recherche. Le champ d'observations et d'illustrations retenu ici est celui de la sensibilisation à la recherche et à la pratique clinique au Congo.

Index des Auteurs

A

ADJANOHOUN, E.- J., 320
ADJIDO Th. Comlan, 214, 321
AGGERON Charles-Robert, 299
AHYI Guabert R., 321
AKE-ASSI Laurent, 299
AKENDENGUE Blandine, 321
AKOUN André, 299, 303
ANAUT A., 52, 299
ANDERSON Barbara-Gallatin, 307
ANDLER Daniel, 299, 325
ARENDRT Hannah, 299
ATRAN Scott, 299

B

BACHELARD Gaston, 300
BALANDIER Georges, 28, 29, 33, 300, 321
BARREAU Roger, 321
BARUS-MICHEL Jacqueline, 300
BASTIDE Roger, 300, 321
BAUDRILLARD J., 321
BAUMANN H., 234, 301
BEAU Stéphane, 301
BENOIST Jean, 314, 323, 329
BENONY H., 301
BERGER P. L., 301
BERGERET J., 301, 321
BERLIN Brent, 335
BETTELHEIM B., 301
BIDIMA J.-G., 252, 301
BINET Jacques, 301
BLANCHET Alain, 301
BOAS Franz, 336
BONARDI Ch., 301
BONHOMME Julien, 301, 331
BONTE Pierre, 302
BORLANDI M., 302
BOUASSA-MIHINDOU Jean Louis, 322
BOUDON R., 302
BOUQUET A., 257, 258, 302
BOURDIEU P., 302
BOURGEOIS Etienne, 316
BOUROBOU Henri Paul, 322
BOUTAMBA MOUDZIEGOU Jean Baptiste,
331
BOYER Pascal, 302

BRAUNSTEN J.-F., 316
BRELET Claudine, 302
BRENOT Philippe, 302
BROUSTA-MONTFOUGA J., 302
BRUNTON P., 302
BRUYNE Paul, 304
BUAKASA T.K.M., 13, 303
BUREAU René, 303
BURGUIERE André, 303

C

CALLENDE Jean-Paul, 303
CAMILIERI C., 303
CAMUS Dominique, 303
CASTORIADIS Cornelius, 17, 303
CATELLIN Sylvie, 322
CAUDILL William, 322
CHAHRAOUI K., 301
CHILAND C., 303
CLAPIER-VALLADON, 316
COHEN-EMERIQUE M., 303
CONSOGLIERE Stéphanie, 325
CONSOLI S., 310
COPANS Jean, 303
CORIN (E.), 322
COUCHARD Françoise, 304
CRESSWELL Robert, 304
CYRULNIK B., 304

D

DAHOUN Z. K. S., 304
DASEN P., 304
DAVOINE (F.), 324
DAWKINS Richard, 304
De MONTALEMBERT M., 136
DELBOS Geneviève, 304
DELEFOSSE M.-S., 52, 304
DELIEGE Robert, 304, 323
DERICQUEBOURG Régis, 323
DESPRINGRE André-Marie, 323
DEVEREUX Georges, 304, 305
DIOP Cheikh Anta, 305
DORTIER Jean François, 305
DOSSIER-APRILL E., 31

DOZON Jean Pierre, 323
 DREYFUS Paul, 305
 DROZ Yvan, 226, 324
 DUFRENNE M., 305
 DUFRESNE Jacques, 212, 305
 DUMEZIL Georges, 305
 DUMONT Fernand, 305
 DUPRE Georges, 305
 DURKHEIM E., 305, 306

E

ECO Umberto, 306
 ELO MINTSA Justine, 306
 EVANS-PRITCHARD Edward Evan, 306

F

FABREGA H., 324
 FAINZANG Sylvie, 213, 306
 FARR R. M., 236, 324
 FASSIN Didier, 18, 306, 324
 FASSIN Éric, 18, 306, 324
 FAVRET-SAADA Jeanne, 219, 306
 FESTINGER, 306
 FORDE D., 234, 336
 FOSTER Georges, 307
 FOSTO-DJEMO Jean-Baptiste, 307
 FREIDSON E., 307
 FREUD Sigmund, 45, 307, 324
 FREYSSINET-DOMIJON Jacqueline, 307
 FRIEDBERG Claudine, 324

G

GAARDER Jostein, 307
 GAILLARD Françoise, 307, 308
 GANASCIA Jean Gabriel, 307
 GANASCIA Jean Gabriel, 307
 GARDNER Howard, 307
 GASSITA Jean Noël, 308
 GASSITA Jean Noël, 308
 GAUDILLIRE (J.-M.), 324
 GERAUD Marie-Odile, 308
 GERAUD Marie-Odile, 308
 GHIGLIONE Rodolphe, 301
 GIROT R., 7, 136
 GIUST-DEPRAIRIES F., 300
 GIUST-DEPRAIRIES F., 300
 GODELIER Maurice, 308
 GOFFMAN, E., 308
 GOLLNHOFER Otto, 324

GOMA-FOUTOU E. C., 28, 105, 325
 GRAWITZ M., 308
 GREEN André, 308
 GRESLE François, 309
 GRUENNAIS Marc-Eric, 12, 325
 GUERCI Antonio, 325

H

HAGENBUCHER SACRIPANTI F., 309
 HALPERN C., 309
 HASSOUN Jacques, 308
 HENAFF Marcel, 309
 HERMAN Jacques, 304
 HERSKOVITS M. J., 234, 309
 HERZLICH Claudine, 19, 290, 299, 309, 325, 338
 HOMBERT Jean Marie, 325
 HOUNTONDJI Paulin, 310, 321
 HUBERMAN M. A., 310
 HUGUES Agnès, 325

I

IDIATA Daniel Franck, 310, 325
 ILLOUZ Charles, 310, 325
 IMBERT Michel, 325
 IZARD Michel, 302

J

JAFFRE Yannick, 310
 JALLEY E., 325
 JANZEN John, 238, 310
 JEAMMET PH., 310
 JODELET Denise, 310, 325
 JORION Paul, 304
 JOUBERT Jean-Louis, 326
 JUILLERAT Bernard, 310

K

KAËS René, 310, 327
 KASTERSZTEN J., 303
 KATZ, D, 306
 KAUFMANN Pierre, 310
 KAY Paul, 335
 KIALO Paulin, 332
 KILANI Mondher, 310
 KIMBA, 143, 153
 Ki-Zerbo Joseph, 41

KIZONZI P., 128, 339
 KLEINMAN Arthur, 18, 311
 KOUAKOU N'GUESSAN François, 326
 KOUMBA-MANFOUMBI Monique, 332
 KOUVOUAMA A., 4, 13, 31, 305, 311, 319,
 325, 339, 340
 KOVACS Mate, 311
 KUPER A., 311
 KWENZI MIKALA Jérôme Tangu, 311, 326

L

LABURTHE-TOLRA Philippe, 311
 LAGACHE D., 311
 LAMMEL Annamaria, 326
 LANTERI-LAURA G., 327
 LAPLANCHE J., 311
 LAPLANTINE François, 226, 311, 312
 LAZORTHE Guy, 312
 LEFEVRE Marie-Thérèse, 312
 LEIRIS Michel, 312
 LESERVOISIER Olivier, 308
 LIEUTACHI Pierre, 313
 LINTON R., 313, 317
 LOMBARD Jacques, 313
 LOUX François, 313
 LOYOLA Marie-Andréa, 313
 LUXEREAU Anne, 325

M

MABON Armelle, 313
 MADJINO MOUSSAVOU Lise Carmen, 332
 MAEYER Raymond, 18, 314, 327, 332
 MAKAYA Hilaire, 332
 MALINOWSKI Bronislaw, 313
 MALLART-GUIMERA Louis, 313
 MARC Michel, 327
 MARTIN Yves, 305
 MASSE Raymond, 314, 323, 329
 MATSANGA MAKOSSOT Ginette, 332
 MATTELART Armand, 314
 MAUSS Marcel, 314, 337
 MBA NDZENG Ludovic, 333
 MBA-BITOME Jérôme, 327, 333
 MBAH Jean-Ferdinand, 314
 MBOT Jean-Emile, 314, 327, 333
 MBOUMBA NZAMBA Angèle, 314
 MEAD Margaret, 314
 MEBIAME ZOMO Maixanty Maurèle, 333
 MEDJO-MVE Pither, 226, 327
 MEILLASSOUX Claude, 314

MERLET Annie, 314
 MILES M. B., 310
 MONIOT H., 303
 MOORE W., 315
 MORGAN Henry Lewis, 315
 MORO Marie Rose, 327
 MOSCOVICI Serge, 315, 324
 MOUGUIAMA Laurent, 315, 328, 333
 MOUGUIAMA-DAOUDA Patrick, 315, 328,
 333
 MOUITY IKAPI Jean Claude, 333
 MOUKUTA Charlemagne Simplicie, 315
 MOUNGUENGUI MBADINGA Jean Bernard,
 333
 MOUSSAVOT Ruth Benoitte, 333
 MULLER (J.-C.), 322
 MULUMBATI Ng., 315
 MURDOCK G. P., 233, 315
 MVE-MENGOME Emmanuel, 334
 MWELE Médard, 328

N

NATHAN T., 315
 NDOUNA Casimir, 334
 NGBWA MINTSA Grégory, 306
 NGUIMBI MABIALA Jean-Noël, 328
 NIZET Jean, 316
 NKOLO-EBONGOGNO NDONGO, 334
 NZA-MATEKI, 315
 NZAMBA-NZAMBA Thierry-P, 328, 334
 NZE-EKEKANG Lucienne, 328
 NZIENGUI Olivier, 334

O

OBIANG Ludovic, 328
 ORTIGUES Marie Cécile, 316

P

PARES Yvette, 316
 PAUL Virginie, 329
 PEIRCE Charles Sanders, 316
 PERRIAULT Jacques, 329
 PERROIS Louis, 316, 325
 PEWZNER E., 316
 PIRET Anne, 316
 POIRIER Jean, 316
 PONTALIS J.B., 311
 PORDIE Laurent, 316, 329
 POULAIN Jacques, 307

PRIGENT Y., 316

R

RACAMIER P. C., 316
 RAKOTOMALALA Malanjaona, 329
 RAPONDA-WALKER André, 317
 RAYBAUT Paul, 316
 REVAH-LEVY Anne, 327
 REVAULT D'ALLONNES Claude, 317
 REYNAUD M., 310
 RIDEL L., 300
 ROCHER G., 317, 330
 ROHEIM Géza, 317
 ROSNY Eric De, 238, 317
 ROUDINESCO Elisabeth, 318
 ROUSSIAU, 301
 RUANO-BORBALAN J.C., 309

S

SAADA F., 318
 SARDAN Jean-Pierre Olivier, 310, 315
 SAUTTER Gilles, 29, 318
 SCHMID Jörg, 319
 SCHMITZ Olivier, 318, 329
 SCHOUTHEETE Marc, 304
 SCHUSTERMAN Richard, 307
 SCOTCH Norman, 329
 SERRES M., 318
 SERVIER Jean., 318
 SILLANS Roger, 324
 SOW Ibrahima, 51, 318
 SPERBER Dan, 318
 STORK H., 318
 SUMBO SEBASTIAO Francisco, 334
 SWIDERSKY Stanislaw, 330

T

TCHETCHE DIMY Georges, 319
 TESTU Georges, 319
 TEZI Rodrigue, 334, 335

THOMAS Louis-Vincent, 216, 217
 TONDA Joseph, 4, 5, 13, 16, 264, 319, 330, 335, 339
 TOURAINE Alain, 319
 TRAORE Dominique, 319
 TSOKINI Dieudonné, iii, 4, 9, 12, 38, 44, 224, 319, 330, 341
 TYLOR B. E., 330

U

UNGERER Friedrich, 319

V

VALINET Jean, 319
 VANSINA Jan, 319
 VECCHY Hélène de, 308
 VIDAL Laurent, 31, 320, 323
 VIDERMAN S., 320
 VIGNAUX Georges, 320

W

WAGNER Alain, 330, 335
 WALTER Annie, 330
 WARNIER Jean Pierre, 311
 WEBER Florence, 15, 17, 301, 320
 WEIL-BARAIS Annick, 320
 WESTERMANN D., 234, 301
 WINNICOTT D.W., 330
 WOUTERS Eis, 320

Y

YOUNG Allan, 331

Z

ZAME-AVEZO'O Léa, 335
 ZEMPLÉNI Andras, 331
 ZIMMERMANN Francis, 320

Index des Notions

A

acteur, 5, 6, 66, 188, 203, 208, 209
ancêtres, 41, 175, 231, 232, 233, 235, 241, 242, 243, 247, 267
Anomie, 5
Anthropologie, 5, 8, 16, 49, 136, 210, 286, 290, 299, 302, 303, 305, 306, 309, 310, 311, 314, 315, 321, 323, 324, 325, 326, 327, 328, 329, 330, 332, 333, 334, 335, 336
maladie (de la), 136, 210, 286, 306, 321
médicale, 5, 8, 305, 326, 330
santé (de la), 290, 325, 328

Apprentissage, 196, 217
Approche
socio-anthropologique, 13, 15, 16, 339, 401

Assistance Sociale, 3, 21, 189
Autochtones, 145, 156, 226, 267, 284
Automédication, 43, 44, 76, 229, 240, 290

B

Biomédecine, 14, 43, 44, 208, 240, 289, 291
Biomédical, 4, 8, 10, 19, 293, 353, 357, 361, 365, 369

C

Caractères, 19, 236
Catégories, 4, 7, 24, 36, 83, 91, 92, 93, 109, 110, 111, 138, 149, 152, 160, 194, 210, 226, 234, 274, 323
Changement Social, 315, 330
Chefs de ménage, viii, 9, 22, 23, 24, 25, 76, 143, 144, 145, 174, 192, 290, 353
civilisation, 39, 40, 234, 235, 236, 237, 245, 268, 278
Classes, 61, 147, 155
Cognitifs, 211, 326
Cognition, 321
complexité, 33, 64, 208, 288, 340
concept, 16, 18, 33, 39, 40, 147, 208, 209, 210, 233, 239, 240, 268, 278, 325
Conflit psychologique, 14

construction, 11, 58, 62, 137, 138, 153, 169, 182, 183, 184, 196, 197, 202, 218, 310, 320
Consultation, 3, 44, 45, 46, 50, 55, 77, 184, 209, 228, 240, 250, 260, 267, 289
Critères, 9, 56, 63, 197, 220, 249, 273, 275
culte, 265, 302
Culture, 5, 9, 11, 13, 19, 38, 42, 45, 54, 97, 138, 167, 184, 212, 224, 226, 230, 232, 233, 234, 235, 236, 248, 268, 271, 278, 280, 281, 303, 305, 309, 311, 317, 318, 330, 353
Culturel, 4, 8, 9, 10, 17, 28, 30, 40, 58, 97, 174, 208, 209, 224, 234, 244, 247, 275, 286, 313, 314, 353, 354, 358, 362, 366, 370

D

Délivrance, 3, 177, 178, 293
désordre, 19, 55, 214, 216, 218, 224, 230, 335
Discours biomédical, 4
dispositif, 149, 150, 158, 327
Divination, 217
données, 6, 21, 24, 39, 52, 78, 83, 96, 97, 110, 115, 118, 121, 129, 202, 224, 243, 301, 310, 326, 328
Drépanocytose, vii, viii, xii, 2, 3, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 20, 21, 22, 24, 25, 116, 117, 122, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 161, 162, 172, 173, 174, 176, 177, 178, 205, 286, 288, 289, 291, 292, 335, 339, 340, 353, 354, 355, 357, 358, 359, 361, 362, 363, 365, 366, 367, 369, 370, 371, 373, 380, 390, 401
Dynamiques, 300, 313
Dynamiques
sociales, 300

E

Enfants, iv, 20, 30, 39, 74, 77, 98, 105, 112, 117, 118, 119, 120, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 144, 145, 151, 153, 154, 155, 156, 167, 173, 174, 176, 177, 178, 180, 188, 190, 193, 195, 201, 220, 257, 263, 291, 339, 353, 357, 361, 365, 369, 374

Esprits, 177, 178, 231, 232, 243, 262, 265, 267
 Ethnologie, 302, 303, 304, 308, 313, 318, 332
 Ethnomédecine, 289, 321
 Ethnomédical, 290
 étiologie, 12, 47, 211, 213, 228, 229, 239, 240, 282
 expérience, 19, 49, 101, 102, 171, 230, 316, 322

F

facteur, 142, 169, 179, 209, 239
 Fait Social, 6, 19
 famille, 2, 3, 11, 12, 21, 24, 31, 44, 49, 52, 54, 56, 57, 94, 95, 96, 98, 99, 102, 134, 143, 146, 147, 148, 151, 157, 158, 167, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 190, 191, 195, 218, 219, 220, 224, 225, 228, 229, 230, 231, 233, 235, 239, 241, 242, 247, 248, 249, 250, 252, 253, 254, 255, 264, 266, 288, 291, 292, 303, 314, 318, 330, 331, 334, 355, 359, 363, 367, 371, 401

G

Génies, 231, 232, 233, 241, 242, 243, 247, 248, 265, 309, 324
 Genre, iii, 22, 49, 157, 180, 256
 Groupe, 2, 3, 5, 12, 13, 17, 45, 56, 100, 101, 102, 146, 147, 148, 153, 167, 169, 191, 217, 222, 224, 225, 226, 228, 232, 233, 234, 236, 239, 240, 244, 247, 261, 267, 273, 309, 310, 329, 332, 336, 338, 340, 385
 Groupe
 social, 2
 Groupe
 social, 3
 Groupe
 social, 5
 Groupe
 social, 12
 Groupe
 social, 13
 Groupe
 social, 17
 Groupe

social, 17

Groupe

social, 146

Groupe

social, 240

Guérison, 2, 9, 11, 12, 13, 16, 18, 43, 46, 50, 59, 100, 173, 210, 213, 218, 227, 228, 230, 232, 238, 239, 247, 248, 250, 253, 254, 258, 259, 261, 264, 267, 272, 288, 289, 290, 319, 322, 323, 330, 339

Guérison

Divine, 16

Guérison

Divine, 16

H

Hétérozygote (AS), 133, 135
 Homozygote (SS), 9, 22, 23, 24, 117, 128, 133, 134, 135, 173, 176, 177, 178, 291

I

identité, 41, 48, 93, 95, 148, 166, 230, 236, 247, 268, 310, 321, 327, 329, 330, 331, 340
 Illness (Maladie du malade), 5, 19, 208, 209, 210, 214, 289, 311
 Imaginaire, 2, 6, 7, 8, 9, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 173, 175, 177, 178, 216, 235, 243, 251, 289, 290, 291, 292, 303, 305, 318, 333, 339, 340, 401
 Imaginaire Collectif, 2, 11, 173, 175, 235, 251, 290, 291, 339
 Imaginaire Individuel, 2
 initiation, 106, 217, 218, 228, 237, 241, 245, 301
 initiatique, 301, 331
 Initiés, 240, 265
 Insécurité spirituelle, 15
 institution, xii, 13, 30, 54, 58, 60, 104, 125, 156, 170, 185, 282, 284, 303, 305, 315
 Invariants, 231
 Invisibles, 211, 239
 Irrationnel, 5
 itinéraire, 39, 43, 46, 47, 50, 228, 229, 233, 234, 240

L

légitimité, 202, 251, 324
Lévirat, 10, 292

M

Magico-religieux, 5, 11, 306
Maladie

familiale, 130

mystique, 3

naturelle, 227

malédiction, 19, 172, 176, 178, 290, 339, 355,
359, 363, 367, 371

malheur, 45, 223, 224, 228, 235

mauvais sort, 3, 13, 172, 176, 178, 239, 288,
354, 358, 362, 367, 370, 401

Médecine

moderne, 36, 42, 43, 47, 64, 90, 91, 205, 226, 273, 290,
291, 338, 339

traditionnelle, xii, 43, 45, 47, 48, 49, 90, 91, 207, 211,
213, 230, 236, 237, 255, 268, 269, 270, 271, 272,
273, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 281, 283, 284,
285, 290, 307, 313, 324, 333, 334, 335, 336, 338,
339

Médecines, 47, 50, 211, 237, 257, 302, 309,
316, 320, 323, 324, 325, 329, 334

Modèles, 5, 42, 50, 231, 248

Moderne, 21, 33, 40, 41, 43, 47, 49, 55, 61, 234,
299, 303, 309, 338

Modernité, 9, 31, 33, 39, 40, 41, 42, 47, 50, 233,
234, 267, 300, 301, 305, 307, 311, 313, 319,
330, 340

Munganga, 3, 42, 401

mutation, 58, 65, 168

Mythologie ancestrale, 6

N

Nganga, 2, 3, 11, 15, 211, 226, 238, 289, 333,
401

Nganga

Nzambi, 2

Nganga

Nzambi, 3

Nganga

Nzambi, 11

Nganga

Nzambi, 289

Nganga

Nzambi, 401

Normes sociales, 5, 209

O

Observations, 2, 21, 266, 268, 339, 341

P

parenté, 31, 139, 174, 192, 241, 304, 308, 312

Patient, 4, 5, 9, 12, 13, 19, 22, 23, 24, 52, 54,
55, 56, 78, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100,
102, 103, 104, 130, 173, 174, 175, 176, 177,
178, 208, 213, 227, 230, 231, 235, 256, 290,
359, 363, 367, 371

Patient

drépanocytaire, 9

Patient

drépanocytaire, 22

Patient

drépanocytaire, 22

Patient

drépanocytaire, 23

Patient

drépanocytaire, 130

Patient

drépanocytaire, 173

Patient

drépanocytaire, 174

Patient

drépanocytaire, 174

Patient

drépanocytaire, 176

Patient

drépanocytaire, 290

Patient

drépanocytaire, 359

Patient

drépanocytaire, 359

Patient

drépanocytaire, 363

Patient

drépanocytaire, 363

Patient

drépanocytaire, 367

Patient

drépanocytaire, 367

Patient

drépanocytaire, 371

Patient

drépanocytaire, 371

phénomène, 4, 7, 14, 15, 16, 38, 59, 214, 222, 223, 257, 265, 290, 302, 315, 401

Phytothérapie, 44, 251, 252, 261, 266

Plantes, 48, 58, 91, 218, 238, 251, 252, 255, 258, 259, 261, 270, 271, 272, 274, 275, 276, 278, 280, 281, 308, 317, 322

Pratiques

Thérapeutiques, 33, 281

processus, 4, 9, 28, 33, 43, 46, 52, 56, 57, 59, 73, 74, 78, 96, 97, 106, 140, 179, 181, 182, 209, 213, 227, 231, 232, 233, 240, 247, 248, 251, 280

Prophètes, 259, 265

prophylaxie, 130

Protection, 3, 36, 60, 63, 64, 65, 66, 137, 142, 150, 151, 156, 157, 159, 167, 169, 170, 171, 179, 182, 183, 184, 187, 188, 189, 190, 193, 198, 201, 205, 224, 239, 273, 276, 277, 280, 281

Psychologie clinique, 52, 53, 304, 322, 325

R

Rationalité, 4, 10, 16, 49

Réalité

Culturelle, 6, 327

Recours

Thérapeutique, 2, 7, 8, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 43, 45, 46, 286, 288, 289, 290, 292, 319, 338, 339, 340, 355, 359, 363, 367, 371, 401

Règles, 48, 65, 290, 306, 383

Représentations, 5, 7, 17, 50, 54, 177, 178, 211, 213, 214, 216, 221, 222, 244, 248, 286, 301, 324, 334

Rites, 58, 228, 274, 301, 333

S

Sacrifice, 246, 247, 308

Santé, iv, vi, vii, xii, 2, 6, 9, 11, 12, 14, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 30, 31, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 42, 43, 45, 47, 50, 52, 53, 54, 55, 56, 58, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 79, 87, 88, 89, 91, 92, 93, 94, 95, 97, 98, 99, 100, 129, 139, 142, 150, 151, 154, 155, 158, 165, 178, 182, 187, 190, 193, 198, 201, 205, 207, 208, 213, 214, 215, 223, 230, 237, 239, 249, 251, 253, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 278, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 288, 289, 290, 299, 304, 305, 310, 314, 319, 321, 323, 324, 325, 328, 330, 332, 333, 334, 336, 339, 341, 374, 378, 381, 385, 401

Savoir, 3, 4, 5, 10, 19, 22, 24, 27, 35, 41, 43, 47, 72, 77, 103, 104, 112, 132, 137, 138, 141, 146, 161, 165, 167, 172, 174, 175, 180, 182, 184, 205, 208, 209, 210, 211, 228, 237, 241, 244, 273, 276, 281, 290, 292, 293, 303, 318, 324, 335

Sciences, iii, 6, 14, 18, 25, 31, 61, 64, 106, 288, 299, 301, 303, 304, 306, 307, 308, 309, 314, 316, 317, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 327, 331, 333, 401

Sickness (Interprétation sociale de la maladie), 5, 19, 208, 209, 210

Situation Pathologique, 5

Socialisation, 4, 9, 167, 208, 209, 224

Solidarité Familiale, 2, 7, 8, 13, 14, 16, 21, 148, 167, 172, 173, 174, 175, 176, 286, 288, 289, 292, 401

Sorcellaire, 45, 47, 226, 227, 240, 250
 Sorcellerie, 2, 13, 59, 214, 216, 217, 218, 219,
 220, 222, 223, 224, 225, 227, 228, 235, 237,
 255, 260, 261, 262, 291, 303, 313, 321, 401
 Sorcier, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223,
 224, 225, 226, 227, 242, 243, 250, 253, 354,
 358, 362, 366, 370
 Structuration, 57
 Structures, vi, 31, 35, 39, 48, 67, 68, 71, 74, 76,
 88, 89, 90, 91, 119, 184, 185, 186, 187, 188,
 189, 198, 199, 203, 211, 275, 284, 305, 312,
 355, 359, 363, 367, 371, 374
 Systèmes, 2, 4, 18, 33, 42, 139, 169, 179, 205,
 213, 226, 231, 269, 270, 289, 312, 334, 335
 Systèmes de Représentation, 2, 4, 213, 226, 312

T

Tares héréditaires, 10
 Terminologie, 237
 Théories, 40, 237, 314
 Thérapeutes, 48, 213, 324

Tradipraticiens, vi, viii, 8, 15, 22, 23, 48, 49, 91,
 234, 271, 273, 274, 275, 276, 278, 280, 283,
 284, 289, 338, 339, 340, 365
 tradithérapeutes, 2, 3, 10, 22, 28, 43, 218, 251,
 401
 Traditions, 9, 31, 33, 167
 Traitements, 18, 38, 45, 46, 50, 225, 228, 237,
 241, 249, 251, 252, 266, 267, 356, 360, 364,
 368, 372
 Type, iv, vi, 11, 44, 45, 46, 50, 58, 62, 88, 131,
 152, 225, 226, 227, 239, 240, 241, 290, 323
 Typologie, vi, 77, 88, 214, 225, 229, 239, 240

U

Univers Culturel, 6

V

Valorisation, 181, 195, 273, 277
 Visible, 16, 168, 237

ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'entretien destiné aux patients drépanocytaires et leurs familles (chefs de ménages)

Informations générales

Ville :

Age :

Sexe :

Niveau scolaire :

Statut professionnel/activités exercées :

Statut matrimonial :

Religion d'appartenance :

Nombre d'enfants :

Nationalité :

THEME 1 : Imaginaire de la drépanocytose dans le contexte socio-culturel

Brazzavillois

Question 1 : Nomination de la drépanocytose dans votre culture ?

Réponse 1 :

Question 2 : Comment s'appelle la drépanocytose dans votre tradition ?

Réponse 2 :

Question 3 : Que représente pour vous la drépanocytose ?

a- Sur le plan biomédical ?

Réponse a :

b- Sur le plan psychologique ?

Réponse b :

c- Sur le plan social ?

Réponse c :

d- Sur le plan économique ?

Réponse d :

e- Sur le plan culturel ?

Réponse e :

f- Sur le plan symbolique ?

Réponse f :

g- Sur le plan matrimonial ?

Réponse g :

Question 4 : Déterminants de la drépanocytose ?

a- Qu'est-ce qui provoque la drépanocytose selon vous ?

Réponse a :

b- Selon vous un sorcier peut-il transmettre la drépanocytose ?

Réponse b :

c- Est-ce que la drépanocytose est-elle un mauvais sort ?

Réponse c :

d- Est-ce que la drépanocytose peut-elle être perçue comme une malédiction pour la famille ?

Réponse d :

THEME 2 : Prise en charge de drépanocytose

Question 1 : Quels sont les recours thérapeutiques de la drépanocytose auxquels se réfèrent les patients et leurs familles ?

Réponse 1 :

Question 2 : Pourquoi ?

Réponse 2 :

THEME 3 : Solidarités dans le contexte de la drépanocytose

Question 1 : Quelles sont les structures qui assurent la prise en charge des patients drépanocytaires ?

Réponse 1 :

Question 2 : Quel est la nature du soutien qu'apportent les autres membres de la famille dans cette prise en charge ?

Réponse 2 :

a- Soutien moral /___/

b- Soutien matériel /___/

c- Soutien financier /___/

d- Conflits familiaux /___/

d- Autres soutiens /___/

**THEME 4 : Stigmatisation et discrimination en vers les patients
drépanocytaires**

Question1 : Que pense la société brazzavilloise au sujet des patients drépanocytaires ?

Réponse 1 :

Question 2 : Pourquoi ?

Réponse 2 :

Question 3 : Quels sont les traitements que subissent les patients drépanocytaires dans les différents contextes de vie à Brazzaville ?

Réponse 3 :

Annexe 2 : Guide d'entretien destiné aux agents de sante assurant la prise en charge médicale des patients drépanocytaires

Informations générales

Ville :

Age :

Sexe :

Niveau scolaire :

Statut professionnel/activités exercées :

Statut matrimonial :

Religion d'appartenance :

Nombre d'enfants :

Nationalité :

THEME 1 : Prise en charge des patients drépanocytaires

Question 1 : Quels sont les problèmes rencontrez-vous dans la prise en charge médicale des patients drépanocytaires ?

Réponse 1 :

Question 2 : Comment faites-vous pour les résoudre ?

Réponse 2 :

THEME 2 : Imaginaire de la drépanocytose

Question 1 : Que représente pour vous la drépanocytose ?

a- Sur le plan biomédical ?

Réponse a :

b- Sur le plan psychologique ?

Réponse b :

c- Sur le plan social ?

Réponse c :

d- Sur le plan économique ?

Réponse d :

e- Sur le plan culturel ?

Réponse e :

f- Sur le plan symbolique ?

Réponse f :

g- Sur le plan matrimonial ?

Réponse g :

Question 3 : Déterminants de la drépanocytose ?

a- Qu'est-ce qui provoque la drépanocytose selon vous ?

Réponse a :

b- Selon vous un sorcier peut-il transmettre la drépanocytose ?

Réponse b :

c- Est-ce que la drépanocytose est-elle un mauvais sort ?

Réponse c :

d- Est-ce que la drépanocytose peut-elle être perçue comme une malédiction pour la famille du patient drépanocytaire ?

Réponse d :

THEME 3 : Recours thérapeutiques choisis par les patients drépanocytaires et leurs familles

Question 1 : Quels sont les recours thérapeutiques auxquels se réfèrent les patients drépanocytaires et leurs familles ?

Réponse 1 :

Question 2 : Pourquoi ?

Réponse 2 :

THEME 4 : Solidarités dans le contexte de la drépanocytose

Question 1 : Quelles sont les structures qui assurent la prise en charge des patients drépanocytaires ?

Réponse 1 :

Question 2 : Quel est le soutien qu'apportent les autres membres de la famille dans la prise en charge d'un patient drépanocytaire ?

Réponse 2 :

THEME 5 : Stigmatisation et discrimination à l'endroit des patients drépanocytaires

Question1 : Que pense la société brazzavilloise au sujet des patients drépanocytaires ?

Réponse 1 :

Question 2 : Pourquoi ?

Réponse 2 :

Question 3 : Quels sont les traitements que subissent les patients drépanocytaires dans les différents contextes de vie à Brazzaville ?

Réponse 3 :

Annexe 3 : Guide d'entretien destiné aux personnes ressources assurant la prise en charge des patients drépanocytaires

Informations générales

Ville :

Age :

Sexe :

Niveau scolaire :

Statut professionnel/activités exercées :

Statut matrimonial :

Religion d'appartenance :

Nombre d'enfants :

Nationalité :

THEME 1 : Prise en charge des patients drépanocytaires

Question 1 : Quels sont les problèmes rencontrez-vous dans la prise en charge médicale des patients drépanocytaires ?

Réponse 1 :

Question 2 : Comment faites-vous pour les résoudre ?

Réponse 2 :

THEME 2 : Imaginaire de la drépanocytose

Question 1 : Que représente pour vous la drépanocytose ?

a- Sur le plan biomédical ?

Réponse a :

b- Sur le plan psychologique ?

Réponse b :

c- Sur le plan social ?

Réponse c :

d- Sur le plan économique ?

Réponse d :

e- Sur le plan culturel ?

Réponse e :

f- Sur le plan symbolique ?

Réponse f :

g- Sur le plan matrimonial ?

Réponse g :

Question 3 : Déterminants de la drépanocytose ?

a- Qu'est-ce qui provoque la drépanocytose selon vous ?

Réponse a :

b- Selon vous un sorcier peut-il transmettre la drépanocytose ?

Réponse b :

c- Est-ce que la drépanocytose est-elle un mauvais sort ?

Réponse c :

d- Est-ce que la drépanocytose peut-elle être perçue comme une malédiction pour la famille du patient drépanocytaire ?

Réponse d :

THEME 3 : Recours thérapeutiques choisis par les patients drépanocytaires et leurs familles

Question 1 : Quels sont les recours thérapeutiques auxquels se réfèrent les patients drépanocytaires et leurs familles ?

Réponse 1 :

Question 2 : Pourquoi ?

Réponse 2 :

THEME 4 : Solidarités dans le contexte de la drépanocytose

Question 1 : Quelles sont les structures qui assurent la prise en charge des patients drépanocytaires ?

Réponse 1 :

Question 2 : Quel est le soutien qu'apportent les autres membres de la famille dans la prise en charge d'un patient drépanocytaire ?

Réponse 2 :

**THEME 5 : Stigmatisation et discrimination à l'endroit des patients
drépanocytaires**

Question1 : Que pense la société brazzavilloise au sujet des patients drépanocytaires ?

Réponse 1 :

Question 2 : Pourquoi ?

Réponse 2 :

Question 3 : Quels sont les traitements que subissent les patients drépanocytaires dans les différents contextes de vie à Brazzaville ?

Réponse 3 :

Annexe 4 : Guide d'entretien destiné aux tradipraticiens assurant la prise en charge médicale des patients drépanocytaires

Informations générales

Ville :

Age :

Sexe :

Niveau scolaire :

Statut professionnel/activités exercées :

Statut matrimonial :

Religion d'appartenance :

Nombre d'enfants :

Nationalité :

THEME 1 : Prise en charge des patients drépanocytaires

Question 1 : Quels sont les problèmes rencontrez-vous dans la prise en charge médicale des patients drépanocytaires ?

Réponse 1 :

Question 2 : Comment faites-vous pour les résoudre ?

Réponse 2 :

THEME 2 : Imaginaire de la drépanocytose

Question 1 : Que représente pour vous la drépanocytose ?

a- Sur le plan biomédical ?

Réponse a :

b- Sur le plan psychologique ?

Réponse b :

c- Sur le plan social ?

Réponse c :

d- Sur le plan économique ?

Réponse d :

e- Sur le plan culturel ?

Réponse e :

f- Sur le plan symbolique ?

Réponse f :

g- Sur le plan matrimonial ?

Réponse g :

Question 3 : Déterminants de la drépanocytose ?

a- Qu'est-ce qui provoque la drépanocytose selon vous ?

Réponse a :

b- Selon vous un sorcier peut-il transmettre la drépanocytose ?

Réponse b :

c- Est-ce que la drépanocytose est-elle un mauvais sort ?

Réponse c :

d- Est-ce que la drépanocytose peut-elle être perçue comme une malédiction pour la famille du patient drépanocytaire ?

Réponse d :

THEME 3 : Recours thérapeutiques choisis par les patients drépanocytaires et leurs familles

Question 1 : Quels sont les recours thérapeutiques auxquels se réfèrent les patients drépanocytaires et leurs familles ?

Réponse 1 :

Question 2 : Pourquoi ?

Réponse 2 :

THEME 4 : Solidarités dans le contexte de la drépanocytose

Question 1 : Quelles sont les structures qui assurent la prise en charge des patients drépanocytaires ?

Réponse 1 :

Question 2 : Quel est le soutien qu'apportent les autres membres de la famille dans la prise en charge d'un patient drépanocytaire ?

Réponse 2 :

**THEME 5 : Stigmatisation et discrimination à l'endroit des patients
drépanocytaires**

Question1 : Que pense la société brazzavilloise au sujet des patients drépanocytaires ?

Réponse 1 :

Question 2 : Pourquoi ?

Réponse 2 :

Question 3 : Quels sont les traitements que subissent les patients drépanocytaires dans les différents contextes de vie à Brazzaville ?

Réponse 3 :

Annexe 5 : Guide d'entretien destiné aux responsables des associations / o.n.gs assurant la prise en charge des patients drépanocytaires

Informations générales

Ville :

Age :

Sexe :

Niveau scolaire :

Statut professionnel/activités exercées :

Statut matrimonial :

Religion d'appartenance :

Nombre d'enfants :

Nationalité :

THEME 1 : Prise en charge des patients drépanocytaires

Question 1 : Quels sont les problèmes rencontrez-vous dans la prise en charge médicale des patients drépanocytaires ?

Réponse 1 :

Question 2 : Comment faites-vous pour les résoudre ?

Réponse 2 :

THEME 2 : Imaginaire de la drépanocytose

Question 1 : Que représente pour vous la drépanocytose ?

a- Sur le plan biomédical ?

Réponse a :

b- Sur le plan psychologique ?

Réponse b :

c- Sur le plan social ?

Réponse c :

d- Sur le plan économique ?

Réponse d :

e- Sur le plan culturel ?

Réponse e :

f- Sur le plan symbolique ?

Réponse f :

g- Sur le plan matrimonial ?

Réponse g :

Question 3 : Déterminants de la drépanocytose ?

a- Qu'est-ce qui provoque la drépanocytose selon vous ?

Réponse a :

b- Selon vous un sorcier peut-il transmettre la drépanocytose ?

Réponse b :

c- Est-ce que la drépanocytose est-elle un mauvais sort ?

Réponse c :

d- Est-ce que la drépanocytose peut-elle être perçue comme une malédiction pour la famille du patient drépanocytaire ?

Réponse d :

THEME 3 : Recours thérapeutiques choisis par les patients drépanocytaires et leurs familles

Question 1 : Quels sont les recours thérapeutiques auxquels se réfèrent les patients drépanocytaires et leurs familles ?

Réponse 1 :

Question 2 : Pourquoi ?

Réponse 2 :

THEME 4 : Solidarités dans le contexte de la drépanocytose

Question 1 : Quelles sont les structures qui assurent la prise en charge des patients drépanocytaires ?

Réponse 1 :

Question 2 : Quel est le soutien qu'apportent les autres membres de la famille dans la prise en charge d'un patient drépanocytaire ?

Réponse 2 :

**THEME 5 : Stigmatisation et discrimination à l'endroit des patients
drépanocytaires**

Question1 : Que pense la société brazzavilloise au sujet des patients drépanocytaires ?

Réponse 1 :

Question 2 : Pourquoi ?

Réponse 2 :

Question 3 : Quels sont les traitements que subissent les patients drépanocytaires dans les différents contextes de vie à Brazzaville ?

Réponse 3 :

Annexe 6 : Statuts de la Fédération Congolaise de la lutte contre la drépanocytose (FCLD)

REPUBLIQUE DU CONGO

*Unité*Travail*Progrès*

**STATUTS DE LA FEDERATION CONGOLAISE DE
LUTTE CONTRE LA DREPANOCYTOSE (FCLD)**



PREAMBULE

Reconnue comme première maladie génétique au monde, la Drépanocytose ou Anémie à Hématies falciformes est très répandue dans le monde.

En cela, elle est reconnue comme un problème de santé publique par les Nations Unie par l'adoption de la résolution **N°A63-267 de l'ONU**.

Plus de trois millions de personnes sur terre souffrent de cette pathologie. Au Congo, plus de 25% de personnes sont porteurs du trait Drépanocytaire (gène S) donc personnes "AS" appelées hétérozygotes, et plus de 2% d'enfants naissent Drépanocytaire total, "SS" encore appelées homozygotes.

Devant l'ampleur de la maladie dans notre pays, des structures de prise en charge des personnes Drépanocytaires ont vu le jour, comme le **Centre National de Référence de la Drépanocytose** et le **Programme National de Lutte Contre la Drépanocytose** : l'un est chargé de la prise en charge médicale et psycho-social des patients et l'autre de la formation des politiques de lutte contre ladite maladie.

A côté de ces structures publiques, les patients se sont constitués en associations pour mêlés leurs actions à la lutte contre la Drépanocytose. Il en existe au total huit (8). Il s'agit de :

1. S.O.S Globi-Congo : Association Congolaise pour l'Information et la prise en Charge de la Drépanocytose ;
2. Association d'Entraide d'Actions Educatives et Socio-Sanitaires : ASENAC ESSA ;
3. Organisation de Lutte Contre les Maladies Chronique au Congo : OLUCOMAC Congo (Programme OLUCOMAC pour la Lutte contre la Drépanocytose) ;
4. La Fondation Raphael
5. Association Congolaise de Lutte Contre la Drépanocytose
6. L'Association LOUZINGOU de Pointe-Noire
7. Association KALA Drépanocytose de Dolisie
8. Vaincre la Drépanocytose de Pointe-Noire

En vue d'une action efficiente, les Associations et Programmes précités ont décidées d'unir leurs efforts en se fédérant autour d'une organisation dénommée "**Fédération Congolaise de Lutte contre la Drépanocytose**" en sigle **F.C.L.D** qui fait l'objet des présents statuts.

Titre I : Dispositions Générales

Chapitre 1^{er} : De la Création et Dénomination

Article 1^{er} : Les Associations Congolaises évoluant dans le domaine de la lutte contre la Drépanocytose se sont constituées en une plateforme dénommée "**Fédération Congolaise de Lutte Contre la Drépanocytose**" en sigle **F.C.L.D** en vertu de la loi du 1^{er} Juillet 1901.

Article 2 : Elle est un cadre commun de réflexion et d'actions aux associations signataires de son acte constitutif.

Article 3 : le siège de la **F.C.L.D** est situé au **Centre National de Référence de la Drépanocytose**, dans l'enceinte du **CHU de Brazzaville**, au **N°13 Avenue Auxence ICKONGA**, avant l'acquisition d'un siège définitif qui lui pourrait être transféré en tout autre lieu de la République du Congo.

Article 4 : La **F.C.L.D** a une durée indéterminée.

Article 5 : La devise de la **F.C.L.D** est : « **Solidarité*Assistance*Espoir** »

Article 6 : le logo de la **F.C.L.D** est constitué par les initiales de la Fédération, le "C" du Congolais représenté par un croissant rouge désignant une hématie falciforme le tout soutenu par deux mains sur fond de la carte du Congo.

Chapitre 2 : Du but de la F.C.L.D

Article 7 : La **F.C.L.D** a pour but :

1. Organiser des plaidoyers des différents ordres inhérent à la lutte contre la Drépanocytose ;
 - Dans la Prise en Charge :
 1. La vaccination ;
 2. La gratuité des médicaments nécessaires à la Drépanocytose ;
 3. Les suppléments nutritionnels ;
 4. Les moustiquaires imprégnées ;

5. L'incitation du public au don de sang ;
 6. La création d'une mutuelle de prise en charge des Drépanocytaires ;
 7. L'organisation des réunions de la mutuelle, avec les patients membres et avec les parents des patients membres ;
 8. L'organisation des réunions de la F.C.L.D, l'Assemblée Générale et les Congrès ;
 9. L'organisation des permanences de la F.C.L.D au Centre National de Référence de la Drépanocytose (CNRDr) ;
 10. L'organisation des rencontres avec les chercheurs médecins, les médecins spécialistes et autres experts de la maladie du Centre National de Référence de la Drépanocytose (CNRDr) ou d'ailleurs ;
 11. L'organisation des formations des animateurs de la F.C.L.D pour la sensibilisation dans le cadre de la lutte contre la Drépanocytose ;
 12. L'organisation des campagnes de sensibilisations sur la Drépanocytose d'une manière permanente dans les milieux jeunes à grande échelle ;
 13. L'organisation des recensements des patients Drépanocytaires à grande échelle ;
 14. L'orientation des patients vers les associations en leurs lieux de résidence ;
 15. La création des partenariats avec les Associations jumelles à l'international.
2. Organiser la Journée Internationale de la Drépanocytose ;
 3. Mettre en place les antennes de la F.C.L.D dans les différents départements de la République du Congo.

Chapitre3 : De l'adhésion

Article 8 : Les membres adhérents à la **F.C.L.D** doivent appartenir à une association étant membre de celle-ci.

L'adhésion d'une association à la **F.C.L.D** est un acte libre et volontaire. Elle est sans distinction aucune.

Article 9 : La demande d'adhésion d'une association de lutte contre la Drépanocytose doit être présentée par écrit au Bureau National de la **F.C.L.D** accompagnée d'un exemplaire de ses statuts et du droit d'adhésion.

Après examen de la conformité de la demande avec statuts d'une quelconque association, la **F.C.L.D** soumettra ladite demande à la prochain Assemblée Générale.

Après décision favorable de l'Assemblée Générale, l'association devient membre de la **F.C.L.D**.

Article 10 : L'association perd la qualité de membre de la **F.C.L.D** quand :

- Elle ne fonctionne plus ;
- Elle démissionne ;
- Elle est radiée ;
- Elle est dissoute.

Titre II : Organisation et Fonctionnement

Chapitre 4 : Des organes

Article 11 : Les organes de la **F.C.L.D** sont :

- L'assemblée générale ;
- Le Bureau Exécutif ;
- Le Commissariat aux Comptes ;
- Le Comité d'Appui et d'Organisation ;
- Les Membres Bienfaiteurs.

Article 12 : La **F.C.L.D** est composée des Associations (personnes morales), chaque Association est représentée au Bureau Exécutif par une personne de bonne moralité.

Article 13 : L'assemblée Générale est composée :

- Du Bureau Exécutif ;
- Du Commissariat aux Comptes ;
- Du Comité d'Appuis et d'Organisation ;
- Des Membres Bienfaiteurs.

Article 14 : L'Assemblée Générale, organe suprême, se réunit une seule fois par ans. Elle peut se réunir en session extraordinaire sur convocation du Président de la **F.C.L.D** ou à la demande des 2/3 des membres.

Article 15 : L'ordre du jour est porté à la connaissance des membres sept (7) jours avant l'assemblée.

Article 16 : Au cours de la première convocation si le quorum n'est pas atteint, l'Assemblée Générale est de nouveau convoquée sous huitaine, quel que soit le nombre des participants, la majorité simple doit délibérer en toute responsabilité.

Article 17 : Le **Bureau Exécutif** est composée :

- Du Président ;
- Du Vice-Président ;

- Du Secrétaire Général ;
- Du Trésorier ;
- Du Secrétaire Chargé de la Communication et des Relations Extérieures.

Article 18 : Le Bureau Exécutif est élu pour une durée de cinq ans renouvelable une fois.

Article 19 : Le Bureau Exécutif se réunit une fois par semaine, et une fois par mois avec le **Programme National de Lutte contre la Drépanocytose(PNLD)** et le **Commissariat aux Comptes**. Il peut se réunir en session extraordinaire sur convocation du Président ou à la demande de 2/3 des membres.

Article 20 : Le **Commissariat aux Comptes** est composé :

- D'un Commissaire aux Comptes ;
- D'un Commissaire aux Comptes Adjoint.

Article 21 : La Commissariat aux Comptes est élu pour un mandat de cinq ans renouvelable une fois.

Article 22 : Le Commissariat aux Comptes se réunit une fois par trimestre. Il peut également se réunir en session Extraordinaire sur convocation du commissaire aux comptes ou à la demande de 2/3 des membres.

Article 23 : Le **Comité d'Appuis et d'Organisation** est composé :

- De quatre (4) membres du Bureau ou délégués de différentes associations membre de la F.C.L.D ;
- De quatre (4) médecins ou membre du Programme National de Lutte Contre la Drépanocytose ;
- De quatre (4) membres ou médecins spécialistes ou experts en Drépanocytose, venant d'autres services de santé ou hôpitaux de la République du Congo.

Article 24 : Le Comité d'Appui et d'Organisation peut aussi se réunir avec le bureau de la **F.C.L.D**, le **Commissariat aux Comptes** et le **Programme National de Lutte contre la Drépanocytose** sur convocation du Président en cas de besoin.

Chapitre 5 : Des ressources

Article 25 : Les ressources de la **FCLD** proviennent des :

- Droits d'Adhésion ;

- Cotisations ;
- Dons et legs ;
- Intérêts des placements des fonds en banque ;
- Produits des activités productives ;
- Produits des manifestations culturelles.

Article 26 : Les ressources financières couvrent les dépenses de fonctionnement et d'investissement.

Chapitre 6 : Des Dispositions Finales

Article 27 : Toutes les dispositions non prévues dans les présents statuts sont complétées par le Règlement Intérieur.

Article 28 : La dissolution de la **F.C.L.D** ne peut pas être prononcée, ni favorisée quelles que soient les circonstances.

Toutefois, en cas de conflit au sein de la **F.C.L.D**, l'Assemblée Générale désigne une commission d'arbitrage en vue de trouver une solution à l'amiable au différent.

Article 29 : L'initiative de la révision ou toute modification des statuts relève de l'Assemblée Générale. Dans ce cas, les propositions sont inscrites à l'ordre du jour de la prochaine Assemblée Générale, lequel doit être envoyé à tous ces membres de l'Assemblée Générale au moins quinze (15) jours à l'avance.

Article 30 : L'Assemblée Générale se compose au moins du quart des membres présents. Si cette proposition n'est pas atteinte, à quinze (15) jours d'intervalle, cette fois, l'Assemblée peut valablement délibérer quel que soit le nombre des membres présents.

Dans tous les cas, les statuts ne peuvent être modifiés qu'à la majorité des deux (2) tiers des membres.

Article 31 : Les présents Statuts entrent en vigueur à compter de la date de l'adoption.

Fait à Brazzaville,

le.....

Annexe 7 : Règlement intérieur de la Fédération congolaise de lutte contre la drépanocytose (FCLD)

REPUBLIQUE DU CONGO

*Unité*Travail*Progrès*

**REGLEMENT INTERIEUR DE LA FEDERATION
CONGOLAISE DE LUTTE CONTRE LA
DREPANOCYTOSE (FCLD)**



Le présent Règlement Intérieur, complète les statuts de la **Fédération Congolaise de Lutte contre la Drépanocytose** en sigle "**F.C.L.D**", détermine les attributions, les taux de cotisations, fixe le cadre de discipline...

Titre I : Organisation, Elections et Attributions

Chapitre 1 : De l'Organisation et Elections

Article 1 : les organes de la **F.C.L.D** sont :

- Assemblée Générale ;
- Le Bureau Exécutif ;
- La Commissariat aux comptes ;
- Le Comité d'Appui et d'Organisation ;
- Les membres bienfaiteurs.

Article 2 : Le **Bureau Exécutif** est composé de :

- Le Président ;
- Le Vice-Président ;
- Le Secrétaire Général ;
- Le Trésorier ;
- Le Secrétaire Chargé de la Communication et des Relations Extérieures.

Article 3 : Le **commissariat aux comptes** est composé de :

- Un Commissaire aux Comptes ;
- Un Commissaire aux Comptes Adjoint.

Article 4 : Le **Comité d'Appui est d'Organisation** est composé de :

- Quatre (4) membres du bureau ou délégués de chaque association membre de la F.C.L.D ;
- Quatre (4) médecins ou membres du Programme National de Lutte Contre la Drépanocytose ;
- Quatre (4) médecins spécialistes ou experts en Drépanocytose venant d'autres services de santé ou hôpitaux de la République du Congo.

Chapitre 2 : Des Attributions de l'Assemblée Générale

Article 5 : l'Assemblée Générale est l'instance suprême de la **F.C.L.D**, dont les décisions sont prises à la majorité des 2/3 des membres.

Article 6 : Les membres du Bureau Exécutif sont élus au bulletin secret pour une période de cinq (5) ans par congrès ordinaire de la **FCLD**.

Les membres du Bureau Exécutif sont rééligibles, mais ne peuvent exercer plus de trois (3) mandats consécutifs dont deux (2) maximums au même poste.

Article 7 : Chaque association membre de la **F.C.L.D**, par l'intermédiaire des Présidents respectifs, peuvent présenter un candidat aux élections.

Pour ce faire les Présidents doivent adresser les candidatures de leurs membres par écrit au maximum 45 jours avant l'ouverture du congrès électif.

Les candidats doivent être des membres délégués de chaque association et doivent être des personnes Homozygotes ou Hétérozygotes.

Article 8 : Le Président de la **F.C.L.D** transmettra par courrier aux Présidents de toutes les associations membres, la liste des candidats aux postes de l'Election Constitutive du nouveau bureau quinze (15) jours avant l'ouverture du congrès électif.

En cas de nécessité et à titre exceptionnel, le bureau exécutif ou les personnes constituantes, par évaluation du travail et décision du congrès en Assemblée Générale peut ou peuvent se représenter aux Elections Constitutives du Bureau Exécutif.

Article 9 : Les associations membres de la **F.C.L.D** ne doivent présenter qu'un seul candidat aux élections.

Lors des élections, le candidat qui aura plus de voix sera élu **Président** de la **F.C.L.D** suivi du **Vice-Président**, et ainsi de suite jusqu'à la constitution complète du corps du **Bureau Exécutif**.

Article 10 : L'Assemblée Générale a pour rôle :

- Examiner et adopter des Statuts et Règlement Intérieur ;
- Elire et révoquer les membres ;
- Fixer le siège de la F.C.L.D ;
- Décider du transfert du siège de la F.C.L.D ;
- Arrêter le montant des frais d'adhésion et des cotisations ;
- Prononcer les sanctions ;
- Déterminer le mode de gestion des fonds ;

- Approuver les décisions et les orientations générales ;
- Approuver les rapports et les comptes-rendus des organes ;
- Approuver le budget et les programmes d'activités ;
- Procéder et approuver les révisions des textes fondamentaux ;
- Etablir les règles de discipline.

Chapitre 3 : Des attributions des organes et des membres

Article 11 : Le **Bureau Exécutif** a pour rôle de :

- Mettre en œuvre les décisions et orientations de l'Assemblée Générale ;
- Préparer les documents des sessions de l'Assemblée Générale ;
- Assurer la présentation de la F.C.L.D auprès des tierces ;
- Entretenir des relations avec des partenaires, des personnalités et autres ;
- Défendre les droits et les intérêts de la F.C.L.D ainsi que de tous les patients Drépanocytaires ;
- Bien gérer les ressources de la F.C.L.D.

Article 12 : Le **Président** est chargé de :

- La coordination et l'orientation ;
- La convocation de l'assemblée et des réunions du bureau dont il assure la présidence ;
- La mise en œuvre des décisions de l'Assemblée Générale ;
- L'ordonnancement des fonds.

Article 13 : Le **Vice-président** est chargé de :

- L'organisation et la mobilisation ;
- L'élaboration des programmes d'activité, ainsi que des projets de la F.C.L.D ;
- Etudier les dossiers des cas sociaux de tous les patients Drépanocytaires membres ;
- Il supplée le Président en cas d'absence ou vacance.

Article 14 : Le **Secrétaire Général** est chargé de :

- La rédaction des documents ainsi que la gestion administrative de la F.C.L.D ;
- La tenue et la conservation des archives et de la documentation ;
- La préparation des documents nécessaires ainsi que l'Ordre du Jour des réunions et Assemblée Générale ;
- Des contentieux.

Article 15 : Le **Trésorier** est chargé de :

- Collecter les cotisations ;
- Gérer et contrôler le matériel et autres logistiques ;
- Exécuter tous les besoins financiers validés de la F.C.L.D ;
- Gérer et contrôler les entrées et les sorties de la F.C.L.D concernant les finances et la logistique.

Article 16 : Le Secrétaire Chargé de la Communication et aux Relations Extérieures est chargé de :

- Communiquer et donner des informations utiles aux membres ;
- Entretenir des relations avec les partenaires et autres contacts ;
- Assurer la distribution des avis pour la tenue des réunions et Assemblée Générale ;
- Il a en charge l'application stricte de la discipline ;
- Gérer les comptes Réseau Sociaux et autres plateformes de communication de la F.C.L.D ;
- Gérer les doléances des patients Drépanocytaires membres des Associations.

Chapitre 4 : Des attributions du Commissariat aux Comptes

Article 17 : Le **Commissariat aux Compte** est chargé de :

- Contrôler, de suivre et d'évaluer le Bureau Exécutif ;
- Faire appliquer et Respecter la discipline ;
- Interpeller en cas de nécessiter le Bureau Exécutif si un manquement grave est constaté.

Article 18 : Le **Commissaire aux Comptes** est chargé de :

- Superviser l'activité, de contrôle, de suivre et d'évaluer les activités du Bureau Exécutif.

Article 19 : Le **Commissaire aux Comptes Adjoint** :

- Il est chargé de l'administration ;
- Il assiste le Commissaire aux Comptes dans ses missions ;
- Il est le porte-parole ;
- Il supplée le Commissaire aux Comptes en cas d'absence.

Chapitre 5 : Des attributions du Comité d'Appui et d'Organisation

Article 20 : Les membres du **Comité d'Appuis et d'Organisation** sont constitués en trois (3) sous-groupes, venant des différentes organisations choisies de la manière libre et démocratique à l'issue de l'Assemblée Générale.

Article 21 : Les trois (3) sous-groupes constituant le Comité d'Appui et d'Organisation sont définis comme suit :

-1^{er} sous-groupe : Il est composé de 4 membres délégués de chaque Association de la **F.C.L.D**, qui a pour rôle de :

- Apporter un appui d'organisation au Bureau Exécutif en cas de nécessité ;
- Assurer l'organisation, la promotion, l'adhésion, la permanence et aussi l'animation dans les différentes associations et événements de la F.C.L.D ;
- Assurer la permanence au siège de la F.C.L.D dans l'enceinte du Centre National de Référence de la Drépanocytose (CNRDr), et autres activités qu'organisera la F.C.L.D.

-2^{ème} sous-groupe : Composé de quatre (4) membres délégués du **Programme National de Lutte contre la Drépanocytose (PNLD)** et du **Centre National de Référence de la Drépanocytose (CNRDr)**, il a pour rôle :

- Apporter un appui technique et stratégique au Bureau Exécutif en cas de nécessité ;
- Assurer la liaison entre la F.C.L.D et d'une part le Programme National de Lutte contre la Drépanocytose (PNLD) et d'autre part le Centre National de Référence de la Drépanocytose (CNRDr) ;
- Assurer la promotion de la FCLD.

-3^{ème} sous-groupe : Composé de quatre (4) membres, médecins spécialistes ou experts en Drépanocytose, venant d'autres services de santé ou hôpitaux de la République du Congo, il a pour rôle :

- D'apporter un appui technique et stratégique au Bureau Exécutif en cas de nécessité ;
- Assurer la liaison entre la F.C.L.D et les autres services de santé ;
- Assurer la promotion de la F.C.L.D ;

- Apporter leur expertise au Bureau Exécutif et aux Associations membres de la F.C.L.D.

Titre II : Des Finances

Article 22 : Les ressources de la **F.C.L.D** sont définies dans le statut (article 24).

Article 23 : Les taux de cotisations et d'adhésions sont fixés :

-Adhésion :

- Pièces à joindre pour les adhésions des associations :
 - Demande adressée au Président de la F.C.L.D ;
 - La photocopie du récépissé ;
- La photocopie de la Carte Nationale d'Identité du Président de l'association ;
- Deux cartes photos d'identités du Président de l'association ou de son représentant.
- Le droit d'adhésion de toutes associations membre à la FCLD est fixé à 25000 FCFA ;
- La FCLD uniformise le droit d'adhésion dans toutes les associations à 2000 FCFA ;

- Les cotisations statutaires :

- Les cotisations statutaires sont fixées à 5000 FCFA le mois par association membre de la F.C.L.D ;
- La FCLD uniformise les cotisations statutaires dans toutes les associations à 1000FCFA le mois.

Article 24 : Les fonds de la **F.C.L.D** sont placés dans un compte en banque.

Article 25 : Le retrait des fonds de la banque est effectué conjointement par le **Président, le Vice-Président et le Trésorier.**

En cas d'absence de l'un des trois, deux signatures suffisent.

Titre III : Des Droits et Devoir

Chapitre 6 : Des Droits

Article 26 : Tous les membres des Associations appartenant à la **F.C.L.D** ont le droit :

- De participer aux événements et activités entrepris par la F.C.L.D ;
- De bénéficier de toutes les prestations de la F.C.L.D.

Article 27 : Tout membre de la **F.C.L.D** suspendu temporairement perd tous ces droits et devoirs jusqu'à la levée de la sanction.

Article 28 : Tout membre de la **F.C.L.D** perd ses droits suite à une démission ou à une sanction ou encore quand on n'est pas à jour de ses cotisations.

Chapitre 7 : De l'Election

Article 29 : Toutes associations habilitées à prendre part à l'Assemblée Générale à droit d'élire et d'être élu.

Chapitre 8 : Des Devoirs

Article 30 : Toutes les associations membres de la **F.C.L.D** ont le droit de :

- Respecter les présents Statuts et le Règlement Intérieur ;
- Etre au service des Drépanocytaires ;
- Verser d'une façon impérative les cotisations statutaires et extrastatutaires.

Titre IV : Des Fautes et Sanctions

Chapitre 9 : Des fautes

Article 31 : Les fautes sont catégorisées de la manière suivante :

- Les fautes légères ;
- Les fautes graves ;
- Les fautes lourdes.

Paragraphe 1 : Fautes légères

Article 32 : Sont considérés comme fautes légères :

- Les retards et absences non justifiés ;
- Les retards et absences justifiés mais répétés.

Paragraphe 2 : Fautes graves

Article 33 : Sont considérés comme fautes graves :

- Le non-paiement des cotisations statutaires et extrastatutaires ;
- Le refus ou la négligence dans l'exécution des tâches ;
- Les disputes au cours de la réunion et au siège de la Fédération ;
- L'esprit de démission ;
- L'usurpation de pouvoir.

Paragraphe 3 : Fautes lourdes

Article 34 : Sont considérés comme fautes lourdes :

- Le détournement des fonds de la F.C.L.D à des fins personnelles ;
- La participation aux réunions en état d'ivresse ;
- La consommation de l'alcool et de la cigarette au cours des réunions et au siège de la fédération.

Chapitre 10 : Des Sanctions

Article 35 : L'échelle des sanctions se présente comme suit :

- L'avertissement ;
- Le blâme ;
- La suspension ;
- La radiation.

Paragraphe 1 : L'avertissement

Article 36 : L'avertissement sanctionne les retards et absences non justifiés.

16. Paragraphe 2 : Le blâme

Article 37 : Le blâme sanctionne les retards et absences justifiés mais répétés.

17. Paragraphe 3 : La suspension

Article 38 : La suspension sanctionne les fautes suivantes :

- Le non-paiement des cotisations statutaires et extrastatutaires ;
- Le refus ou la négligence dans l'exécution des tâches ;
- Les disputes au cours de la réunion et au siège de la Fédération ;

- L'esprit de démission ;
- L'usurpation de pouvoir.

Paragraphe 4 : La radiation

Article 39 : La radiation sanctionne les fautes suivantes :

- Le détournement des fonds de la F.C.L.D à des fins personnelles ;
- La participation aux réunions en état d'ivresse ;
- La consommation de l'alcool et de la cigarette au cours des réunions et au siège de la Fédération.

Titre V : Dispositions Finales

Article 40 : Les fonctions des membres de la **F.C.L.D** sont bénévoles. Toutefois elles donnent droit à des frais de missions ou de déplacement.

Articles 41 : Les cas non prévus dans ce présent Règlement Intérieur, relèvent de la compétence du Bureau Exécutif, au cas échéant de l'Assemblée Générale.

Article 42 : Le présent Règlement Intérieur entre en vigueur à compter de la date de son adoption.

Fait à Brazzaville,

le.....

Annexe 8 : Récépissé de déclaration d'association de la Fédération Congolaise de la lutte contre la drépanocytose

MINISTRE DE L'INTERIEUR
ET DE LA DECENTRALISATION

REPUBLIQUE DU CONGO

DEPARTEMENT DE BRAZZAVILLE

Unité-Travail-Progrès

SECRETARIAT GENERAL

DIRECTION DEPARTEMENTALE DE
L'ADMINISTRATION DU TERRITOIRE

SERVICE DE LA REGLEMENTATION

N° 048 /19/MID/DBZV/SG/DDAT/SR

RECEPISSE DE DECLARATION D'ASSOCIATION

Création

LE PREFET DU DEPARTEMENT DE BRAZZAVILLE,

Vu la Constitution;
Vu la loi du 1^{er} juillet 1901 relative au contrat d'association ;
Vu la loi n° 19/60 du 11 mai 1960 rendant obligatoire la déclaration préalable pour les associations et autorisant la dissolution des associations contraires à l'intérêt général de la Nation ;
Vu la loi n°11 – 2003 du 6 février 2003 portant statut particulier de la ville de Brazzaville et de la ville de Pointe-Noire ;
Vu le décret du 16 août 1901 portant règlement d'administration publique pour l'exécution de la loi du 1^{er} juillet 1901 ;
Vu le décret n°2015 – 686 du 6 juillet 2015 portant nomination des Préfets de départements,

Certifie avoir reçu du président de l'association dénommée : **FEDERATION CONGOLAISE DE LUTTE CONTRE LA DREPANOCYTOSE** en sigle « **F.C.L.D** », une déclaration en date du **18 janvier 2019** par laquelle il fait connaître la constitution de ladite association à caractère **social** ayant pour objectifs :

- Organiser des plaidoyers des différents ordres inhérents à la lutte contre la drépanocytose;
- Organiser des rencontres avec les médecins chercheurs, spécialistes et autres experts du centre national de référence de la drépanocytose (C.N.R.DR);
- Former et sensibiliser les animateurs dans le cadre de la lutte contre la drépanocytose ;
- Contribuer à l'organisation de la journée internationale de la drépanocytose.

dont le siège social est fixé au **Centre National de Référence de la Drépanocytose dans l'enceinte du C.H.U de Brazzaville, Arrondissement 3 Poto-poto- Brazzaville.**

En foi de quoi, le présent récépissé a été délivré conformément à l'article 1^{er} du décret du 16 août 1901.

Ampliations	
MID/CAB	1
DGAT	1
Mairie centrale	1
DDP	1
Arrondissement 3	1
JORC	1
Intéressé	1
Archives	2/9

Fait à Brazzaville, le **19 FEV. 2019**

Pierre Cébert IBOCKO – ONANGHA

LE PREFET
DEPARTEMENT DE BRAZZAVILLE

Extrait de la loi du 1^{er} juillet 1901
Article 5 alinéa 4 : Les associations sont tenues de faire connaître, dans les trois mois, tous les changements survenus dans leur administration ou direction ainsi que toutes les modifications apportées à leurs statuts.
Extrait du décret du 16 août 1901
Article 1^{er} : La déclaration prévue à l'article 5, paragraphe 2 de la loi du 1^{er} juillet 1901, est faite par ceux qui, à un titre quelconque sont chargés de l'administration ou de la direction de l'Association. Dans le délai d'un mois, elle est rendue publique par leurs soins au moyen de l'insertion au journal officiel d'un extrait contenant la date de la déclaration, le titre et l'objet de l'Association ainsi que l'indication de son siège social.

Annexe 9: Accord de dérogation

UNIVERSITE MARIEN NGOUABI

Travail * Progrès * Humanité

RECTORAT

VICE-RECTORAT

CHARGE DE LA RECHERCHE ET DE LA COOPERATION

DIRECTION DE LA RECHERCHE



NOTE DE SERVICE N° 533 /UMNG.VR-RC. DR

Accordant une dérogation pour une nouvelle inscription en thèse de doctorat au titre de l'année académique 2018-2019.

Conformément à l'article 12 l'arrêté N°1134/MES-CAB du 1^{er} /03 /2010 et au point 4 de la Charte de la thèse de doctorat de l'Université Marien NGOUABI du 31/04 /2014,

Il est accordé aux étudiants de la **Faculté des Lettres, Arts et Sciences Humaines (FLASH)** dont les noms et prénoms suivent, une dérogation pour une réinscription respectivement en **cinquième (5^e)** de thèse de doctorat au titre de l'année académique 2018-2019.

Il s'agit de :

N°	Noms et prénoms	Formation doctorale
01	NGOMA MBOUMBOU Denis Aurélien	Géographie
02	BANDENDISSA Fernand	Espaces Littéraires, Linguistiques et Culturels (ELLIC)

La présente note de service de prend effet à compter de sa date de signature.

AMPLIATIONS :

- Rectorat 1
- VR2A1
- VR-RC1
- FLASH 1
- DR 1
- DSE1
- Intéressés2
- Archives2/10

Fait à Brazzaville, 23 JUIL 2019
Le Recteur,

Professeur Jean-Rosaire IBARA. -

Annexe 10: Accord de direction

UNIVERSITE MARIEN NGOUABI

Travail * Progrès*Humanité

FACULTE DES LETTRES ET DES
SCIENCES HUMAINES

FORMATION DOCTORALE

ESPACES LITTERAIRES,
LINGUISTIQUES ET CULTURELS
(ELIC)**ACCORD DE DIRECTION**

Je soussigné, **Gertrude NDEKO**, Professeur Titulaire de Sociologie à l'Université Marien NGOUABI (Faculté des Lettres et Sciences Humaines), donne mon accord pour diriger **la thèse de doctorat unique** de Monsieur **Fernand BANDENDISSA**, qui porte sur le sujet suivant : « **Imaginaire de la drépanocytose, recours thérapeutiques et solidarité familiale chez les brazzavillois** ».

Option : Socio-Anthropologique de la santé.

En foi de quoi, le présent accord de direction, lui a été délivré pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à Brazzaville, le 04 AVR 2018

La Directrice de Recherches

Annexe 11: Autorisation de recherche

UNIVERSITE MARIEN NGOUABI

Travail * Progrès* Humanité

FACULTE DES LETTRES ET DES
SCIENCES HUMAINES

FORMATION DOCTORALE

ESPACES LITTERAIRES,
LINGUISTIQUES ET CULTURELS
(ELLIC)**AUTORISATION DE RECHERCHES**

Je soussigné, **Gertrude NDEKO**, Professeur Titulaire de Sociologie à l'Université Marien NGOUABI (Faculté des Lettres et des Sciences Humaines), donne l'autorisation de recherches à Monsieur **BANDENDISSA Fernand**, en vue de lui permettre de collecter des informations (données qualitatives et quantitatives) sur le terrain. Lesquelles sont nécessaires pour la rédaction de la **thèse de doctorat unique de Socio-Anthropologie de la santé**, portant sur le sujet suivant : « **Imaginaire de la drépanocytose, recours thérapeutiques et solidarité familiale chez les brazzavillois** ».

A cet effet, il est demandé aux responsables de structures publiques, privées et conventionnées concernées par la présente étude, de bien vouloir tout mettre en œuvre pour lui faciliter la réussite dudit travail.

Il sied de signaler que les conclusions de cette étude seront utilisées strictement pour des besoins scientifiques.

Fait à Brazzaville, le 04 AVR 2018.

La Direction de recherche

Annexe 12: Autorisation de soutenance

UNIVERSITE MARIEN NGOUABI

RECTORAT

VICE-RECTORAT
CHARGE DE LA RECHERCHE
ET DE LA COOPERATION

DIRECTION DE LA RECHERCHE

*Travail * Progrès * Humanité*

NOTE DE SERVICE N° 518 /UMNG.VR-RC. DR

En application de l'article 37 de l'arrêté n° 1134/MES-CAB du 1^{er} mars 2010 portant organisation des études dans le cadre du système « Licence, Master, Doctorat » à l'Université Marien NGOUABI, il est accordé à **Monsieur BANDENDISSA Fernand**, inscrit à la formation doctorale « *Espaces littéraires linguistiques et Identités Culturelles (ELLIC)* », de la *Faculté des Lettres, Arts et Sciences Humaines*, une autorisation de soutenance de sa thèse de doctorat de l'Université Marien NGOUABI (doctorat unique), au titre de l'année universitaire 2018-2019.

- **Titre de la thèse :**

« **Imaginaire de la drépanocytose, recours thérapeutiques et solidarité familiale Chez les Brazzavillois** ».



La présente note de service prend effet à compter de la date de sa signature.

Fait à Brazzaville, le **01 DEC 2020**

AMPLIATIONS :

Recteur	1
VR-RC.	1
FLASH.....	4
DR	1
DSE.....	1
Jurys.....	5
Intéressé.....	1
Archives.....	2/16

Le Recteur,

Professeur Jean-Rosaire IBARA.-

Annexe 13: Avis de soutenance



UNIVERSITE MARIEN NGOUABI

FACULTE DES LETTRES, ARTS
ET SCIENCES HUMAINES

VICE-DOYEN

N° 020 /UMNG.FLASH.VD

Travail-Progress-Humanité

AVIS DE SOUTENANCE
D'UNE THESE DE DOCTORAT**Nom et prénom du candidat :** BANDENDISSA Fernand**Titre de thèse:** «Imaginaire de la drépanocytose, recours thérapeutiques et solidarité familiale chez les Brazzavillois».**Date, heure et lieu de soutenance:** 29/12/2020, à 10h00, Auditorium de la Grande Bibliothèque Universitaire (UMNG).**Directeur de thèse :**

NDEKO Gertrude, Professeur Titulaire, Université Marien Nguabi (Congo).

Formation doctorale : ELLIC (FLASH), UMNG

RAPPORTEUR N°1 (Externe, Université de Yaoundé 1 - Cameroun)	RAPPORTEUR N°2 (Interne, UMNG)
SOCPA Antoine, Professeur Titulaire, PHD Université de Yaoundé 1 (Cameroun)	MOMBO Michel Alain, Professeur Titulaire, Université Marien Nguabi (Congo)
Avis du rapporteur externe : Avis favorable	Avis du rapporteur interne : Avis favorable

Composition du jury :**Président :** ONDZOTTO Gontran, Professeur Titulaire, Université Marien Nguabi (Congo)**Rapporteur externe :**

SOCPA Antoine, Professeur Titulaire, PHD Université de Yaoundé 1 (Cameroun)

Rapporteur interne :

MOMBO Michel Alain, Professeur Titulaire, Université Marien Nguabi (Congo)

Examineur :

TSAMBU BULU Léon, Professeur, Université de Kinshasa (RDC)

Directeur de thèse :

NDEKO Gertrude, Professeur Titulaire, Université Marien NGOUABI (Congo)

Co-Directeur de thèse :

MBAMBI Julien, Maître de Conférences, Université Marien NGOUABI (Congo).

PJ :

-Note de service nommant le jury

-Note de service nommant les rapporteurs

Brazzaville, le

Le Doyen,

Professeur Omer MASSOUMOU



Annexe 14: Note de service portant autorisation de soutenance

UNIVERSITE MARIEN NGOUABI

RECTORAT

**VICE-RECTORAT
CHARGE DE LA RECHERCHE
ET DE LA COOPERATION**

DIRECTION DE LA RECHERCHE

*Travail * Progrès * Humanité*

NOTE DE SERVICE N° 518 /UMNG.VR-RC. DR

En application de l'article 37 de l'arrêté n° 1134/MES-CAB du 1^{er} mars 2010 portant organisation des études dans le cadre du système « Licence, Master, Doctorat » à l'Université Marien NGOUABI, il est accordé à Monsieur **BANDENISSA Fernand**, inscrit à la formation doctorale « *Espaces littéraires linguistiques et Identités Culturelles (ELLIC)* », de la *Faculté des Lettres, Arts et Sciences Humaines*, une autorisation de soutenance de sa thèse de doctorat de l'Université Marien NGOUABI (doctorat unique), au titre de l'année universitaire 2018-2019.

• **Titre de la thèse :**

« **Imaginaire de la drépanocytose, recours thérapeutiques et solidarité familiale Chez les Brazzavillois** ».

La présente note de service prend effet à compter de la date de sa signature.

Fait à Brazzaville, le

Fait à Brazzaville, le **01 DEC 2020**

AMPLIATIONS :

Recteur 1
VR-RC 1
FLASH..... 4
DR 1
DSE..... 1
Jurys..... 5
Intéressé..... 1
Archives..... 2/16

Le Recteur,

Professeur Jean-Rosaire IBARA.-

Annexe 15: Rapport de soutenance

UNIVERSITE MARIEN NGOUBI

Service
de la
F.L.A.S.HFACULTE DES LETTRES ET
DES SCIENCES HUMAINES

FORMATION DOCTORALE

ELLIE



RAPPORT DE SOUTENANCE

de la thèse de doctorat

de M. M^{me}, M^{lle} BANDENDISSA Fernand

Date : 29/12/2020

Heure : 10.h.00

AUTORISATION DE SOUTENANCE

Note de service N° 518/UMNG.VR.DR

du 19/12/2020

Intitulé de la thèse : Imaginaire de la drépanocytose,
recours thérapeutiques et solidarité familiale
chez les Brazzavillais

DOMAINE : Sciences de l'Homme et de la Société

FORMATION DOCTORALE : Espaces littéraires, linguistiques et culturels

MENTION :

PARCOURS Identité, Culturels, SPECIALITE/OPTION Sociologie

Sujet pertinent et d'actualité
Bonne collecte de données ethnographiques
Analyse soignée anthropologique intéressante

Le jury, après avoir délibéré, a décerné, à M. M^{me}, M^{lle} BANDENDISSA Fernand
le grade de Docteur de l'Université Marien Ngouabi, avec la mention Très
Honorable

Brazzaville, le 29/12/2020

Les membres du jury	Signature
1 SOCPA Antoine	
2 MOMBO Michel A.	
3 TSAHBU BULU L.	
4 MBAMBI Julien	
5	
6	

Le Président du jury
(Nom, Prénom, grade, Signature)
ONDZOTTO Gontran
Professeur titulaire

* Imprimé à remplir, à signer et à déposer en quatre exemplaires originaux au département des formations doctorales qui se charge de la transmission dans les services suivants : un exemplaire au Service de la scolarité et des examens, un exemplaire pour les archives du vice-décanat, un exemplaire à la bibliothèque universitaire, deux exemplaires conservés au sein de la formation doctorale dans laquelle les travaux ont été exécutés. Ce document, accompagné de l'attestation de correction du membre du jury chargé du suivi de la correction de la thèse, du quitus de la bibliothèque et de cinq (5) exemplaires de la thèse corrigée, conditionne la délivrance du diplôme.

Annexe 16: Avis du jury sur la reproduction de la thèse soutenue

UNIVERSITE MARIEN NGOUABI

UNIVERSITE MARIEN NGOUABI
Republique du Congo
Chef
du Département
des Doctorats
DES LETTRES, ARTS ET SCIENCES HUMAINES

FACULTE DES LETTRES ET
DES SCIENCES HUMAINES

FORMATION DOCTORALE

Service
de la
F.L.A.S.H.
DIRECTEUR DE LA SCOLARITE ET DES EXAMENS

UNIVERSITE MARIEN NGOUABI
LE
DOCTEUR

**AVIS DU JURY SUR LA REPRODUCTION
DE THESE SOUTENUE (*)**

Intitulé de la thèse : *Imaginaire de la drépanocytose, recours
thérapeutiques et solidarité familiale chez les Brazza-
villois*

Nom et prénom(s) de l'auteur : *BANDENDISSA Fernand*

Date et lieu de naissance : *14.05.1970 à Dolisie*

Directeur(s) de la thèse (grade) : *NDEKO Gertrude, Professeure titulaire
MBAMBI Julien, Maître de Conférences*

Membres du jury (grade)

SOKPA Antoine, Professeur titulaire, Univ. Yaoundé I

MOMBO Michel Alain, Professeur titulaire, U.M.N.G.

TSAMBU BULU Léon, Professeur, Univ. de Kinshasa

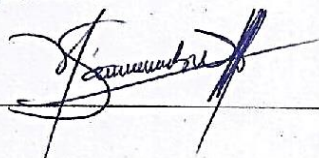

Président du jury : *ONDZOTTO Gontian, Professeur titulaire*

Reproduction de la thèse soutenue :

Thèse pouvant être reproduite en l'état


Thèse devant être reproduite après corrections

Brazzaville, le *29/12/2020*

Membre du jury chargé du suivi de la correction de la thèse (Nom, prénom, grade)	Le Président du jury (Nom, Prénom, grade, Signature)
<i>TSAMBU BULU Léon Professeur</i> 	<i>ONDZOTTO Gontian Professeur titulaire</i> 

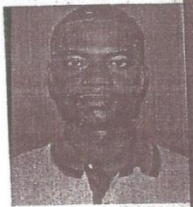
Imprimé à remplir, à signer et à déposer en quatre exemplaires originaux au département des formations doctorales qui se charge de la transmission dans les services suivants : un exemplaire au Service de la scolarité et des examens, un exemplaire pour les archives du vice-décanat, un exemplaire à la bibliothèque universitaire, deux exemplaires conservés au sein de la formation doctorale dans laquelle les travaux ont été exécutés. Ce document, accompagné de l'attestation de correction du membre du jury chargé du suivi de la correction de la thèse, du quitus de la bibliothèque et de cinq (5) exemplaires de la thèse corrigée, conditionne la délivrance du diplôme.

Annexe 17: Diplôme de DEA


MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE
Université Marien Ngouabi

RÉPUBLIQUE DU CONGO
 Unité * Travail * Progrès

DIPLOME D'ETUDES APPROFONDIES



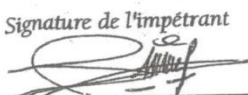
Le Ministre de l'Education Nationale,

Vu l'ordonnance n° 29.71 du 4 décembre 1971, portant création de l'Université de Brazzaville;
 Vu l'ordonnance n° 09.74 du 14 mai 1974, portant modification de l'ordonnance n°29.71 du 4 décembre 1971, portant création de l'Université de Brazzaville ;
 Vu l'ordonnance n° 34.77 du 28 juillet 1977, portant changement de nom de l'Université de Brazzaville en Université Marien Ngouabi ;
 Vu le procès-verbal de délibération du jury du 26 décembre 2014


Arrête :

Programme : ESPACES LITTÉRAIRES LINGUISTIQUES ET CULTURELS
Option : SOCIOLOGIE
 à Monsieur **BANDENDISSA Fernand**
 né(e) le 14 mai 1970 à Dolisie
 Mention : Bien


Pour en jouir avec les droits et prérogatives qui y sont attachés.
 Matricule : 15000662


Signature de l'impétrant


Vu collationné et certifié conforme à l'original qui nous a été présenté à Brazzaville le **13 JAN 2016**



Fait à Brazzaville, le 08 octobre 2015

Pour le Ministre :
 Par délégation le Recteur

Professeur Georges MOYEN



TITRE : Imaginaire de la drépanocytose, recours thérapeutiques et solidarité familiale chez les congolais à Brazzaville.

Vu,

Le Directeur de la Scolarité et des Examens,

A circular official stamp from the University of Marien Ngoussou. The outer ring contains the text "UNIVERSITE MARIEN NGOUSSOU" at the top and "DIRECTORAT DE LA SCOLARITE ET DES EXAMENS" at the bottom, separated by two stars. The center of the stamp features a crest with a book and a lamp, with the text "Le Directeur" below it. A handwritten signature in black ink is written across the stamp.

Guillaume OBAMALEBIGUI

Table des matières

Dédicace.....	ii
Remerciements.....	iii
Liste des tableaux.....	vi
Liste des figures.....	vii
Liste des annexes.....	viii
Abréviations, sigles et acronymes.....	ix
Sommaire.....	xii
INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	1
1. Justification du choix thématique de la thèse.....	2
2. Problématique.....	4
3. Objectifs de la recherche.....	8
4. Population cible.....	9
5. Situation socioculturelle.....	10
6. Revue de la littérature.....	12
7. Question de recherche.....	14
8. Hypothèse de recherche.....	14
9. Cadre théorique ou conceptuel.....	15
10. Clarification des concepts.....	17
10.1. Imaginaire.....	17
10.2. Recours thérapeutiques.....	17
10.3. Maladie.....	18
10.4. Drépanocytose.....	20
10.5. Solidarité familiale.....	21
11. Méthodologie de la recherche.....	21
11.1. Champ d'investigation.....	21
11.2. Technique de recueil des données.....	21
11.3. Echantillon et Echantillonnage.....	22
11.4. Caractéristiques sociodémographiques de la population de l'échantillon.....	23
12. Difficultés rencontrées.....	24
12.1. Difficultés classiques.....	24
12.2. Difficultés spécifiques.....	25
PREMIERE PARTIE : CADRE GENERAL ET SPECIFIQUE DE LA RECHERCHE.....	26
Introduction partielle de la première partie.....	27
CHAPITRE I : CADRE GENERAL DE LA RECHERCHE.....	28
I.1 Contextualisation de la recherche.....	28
I.1.1 Situation historique et démographique.....	28
I.1.2 Contexte économique, social et culturel.....	30
I.2 Santé et développement.....	36
I.2.1 Politique sanitaire.....	37
I.3 Modernité et itinéraire thérapeutique.....	39
I.3.1 L'espace socio-psychiatrique congolais.....	50
I.3.2 La pratique psychiatrique au Congo Brazzaville.....	54
I.3.3 Hétérogénéité et interférence psychiatrique.....	58
CHAPITRE II : INSTITUTION HOSPITALIERE.....	60
II.1 L'organisation hospitalière.....	61
II.2 Organisation et fonctionnement du système de santé au Congo Brazzaville.....	65
II.2.1 Les fondements.....	65
II.2.2 Principes directeurs de la Politique Nationale de Santé.....	67
II.2.3 Organisation et gestion du système de santé.....	67
II.2.4 Le niveau central.....	68
II.3 Le niveau périphérique et opérationnel.....	73
II.4 Organisation opérationnelle.....	74
II.4.1 Secteur public.....	75
II.4.1.1 Formations sanitaires ambulatoires.....	75

II.4.1.1.1 Activités des centres de santé : application du paquet minimum d'activités.....	75
II.4.2 Utilisation des services et des CSI.....	76
II.4.3 Formations sanitaires d'hospitalisation	77
II.4.3.1 Les hôpitaux de base.....	78
II.4.3.2 Les hôpitaux généraux	79
II.4.3.2.1 Hôpital Adolphe Sicé.....	80
II.4.3.2.2 Hôpital Général de Dolisie.....	81
II.4.3.2.3 Hôpital Général 31 juillet 1968 d'Owando.....	81
II.4.3.2.4 Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville.....	81
❖ Statut et missions.....	81
❖ Organisation et fonctionnement.....	82
❖ Capacité hospitalière et plateau technique	82
❖ Etablissements sanitaires spécialisés	84
Milieu d'implantation	88
Milieu d'implantation	89
II.4.3.2.5 Programmes et Projets spécifiques	89
II.5 Secteur privé.....	90
II.6 Les structures de médecine traditionnelle.....	91
II.7 Ressources humaines.....	91
II.8 L'accueil.....	93
II.8.1 Le bureau administratif.....	93
II.8.2 L'admission dans le service.....	94
II.8.3 Les buts de l'accueil	95
II.8.3.1 Rassurer le patient.....	95
II.8.3.2 S'occuper de la famille du patient.....	95
II.8.3.3 Mieux connaître le patient	96
II.8.4 Aspects pratiques de l'accueil	96
II.8.4.1 Comment réaliser cet accueil ?	96
II.8.4.2 Réaliser l'anamnèse	97
II.8.4.3 Installation du patient dans la chambre	97
II.8.5 Rôle des agents de santé vis-à-vis du linge du patient.....	98
II.8.6 En quoi consiste l'examen clinique du patient à son entrée à l'hôpital ?	99
II.9 La demande	100
II.9.1 Contexte de la demande.....	103
CHAPITRE III : CADRE SPECIFIQUE DE LA RECHERCHE	105
III.1 Présentation générale de la zone d'investigation.....	105
III.1.1 Bref aperçu historique de Brazzaville	105
III.1.2 Population	106
III.2 Présentation Générale du Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville (CHUB)	107
III.2.1 Statut et missions	108
III.2.2 Organisation et fonctionnement	108
III.3 Capacité hospitalière et plateau technique	108
III.4 Le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS).....	110
III.5 Présentation des services médicaux du CHUB concernés par la recherche	112
III.5.1 Le service d'hématologie clinique	113
III.5.2 Le service de pédiatrie - grands enfants	117
III.6 La banque du sang.....	119
III.7 Le Centre National de Référence de la Drépanocytose (CNRDr) Antoinette SASSOU NGUESSO.....	120
Conclusion partielle de la première partie.....	125
DEUXIEME PARTIE : POLITIQUE DE CONSTRUCTION DE LA SOLIDARITE NATIONALE AU CONGO	126
Introduction partielle à la deuxième partie.....	127
CHAPITRE IV : GENERALITES SUR LA DIMENSION BIOMEDICALE DE LA DREPANOCYTOSE	128
IV.1 Définition et historique de la drépanocytose.....	128
IV.2 Fréquence de la drépanocytose dans le monde	128
IV.3 Fréquence de la drépanocytose en République du Congo.....	129
IV.4 Conséquences et prise en charge médicale de la drépanocytose	130
IV.5 Caractères de la drépanocytose	131
IV.5.1 Caractères génétiques.....	131

IV.5.2 Moyens diagnostiques.....	131
IV.5.2.1 Le test d'Emmel.....	132
IV.5.2.2 L'électrophorèse de l'hémoglobine.....	132
IV.5.3 La transmission de la drépanocytose des parents aux enfants.....	132
IV.5.3.1 Cas n°1 : Couple constitué d'un parent drépanocytaire hétérozygote (AS) et d'un parent normal (AA).....	133
IV.5.3.2 Cas n°2 : Couple constitué de deux parents drépanocytaires Hétérozygotes (AS).....	134
IV.5.3.3 Cas n°3 : Couple constitué d'un parent normal (AA) et d'un parent drépanocytaire homozygote (SS).....	134
IV.5.3.4 Cas n°4 : Couple constitué d'un parent drépanocytaire hétérozygote (AS) et d'un parent homozygote (SS).....	135
IV.5.3.5 Cas n°5 : Couple constitué de deux parents drépanocytaires homozygotes (SS).....	136
CHAPITRE V : NOTION DE LA SOLIDARITE AU CONGO.....	137
V.1 Etat des lieux.....	137
V.1.1 Généralités.....	139
V.1.2 Contexte du pays.....	140
V.1.3 Niveau des inégalités sociales et économiques.....	141
V.1.4 Situation socioéconomique des groupes vulnérables.....	142
V.1.4.1 Les ménages pauvres et vulnérables.....	143
V.1.4.2 Les jeunes vulnérables.....	143
V.1.4.3 Les personnes âgées.....	144
V.1.4.4 Les personnes vivant avec handicap (PVH).....	144
V.1.4.5 Les enfants vulnérables.....	145
V.1.4.6 Les populations autochtones.....	145
V.2 Clarification de la notion de solidarité au Congo.....	146
V.2.1 Définition conceptuelle.....	146
V.2.2 Différentes formes de solidarité.....	147
V.3 Prestations de solidarité comme moyen de la réduction des inégalités sociales.....	148
V.3.1 Mesures de solidarité prises au Congo.....	150
V.3.1.1 Accès aux revenus pour les plus pauvres y compris les personnes âgées et celles vivant avec handicap.....	151
V.3.1.2 Accès aux logements pour les plus pauvres.....	152
V.3.1.3 Accès à l'alimentation de qualité pour les plus démunis.....	153
V.3.1.4 Accès aux services de santé et d'éducation.....	154
V.3.1.5 Accès aux services offerts par d'autres acteurs de la solidarité.....	155
V.3.2 Cadre institutionnel et juridique de la solidarité.....	156
V.3.3 Capacités opérationnelles des acteurs de solidarité.....	158
V.3.4 Institutions étatiques.....	158
V.3.5 Acteurs privés et paraétatiques.....	159
V.3.6 Les Organisations Non Gouvernementales, associations et mutuelles.....	160
V.3.6.1 Fédération Congolaise de Lutte contre la Drépanocytose (FCLD).....	161
V.3.7 Défis et opportunités sur l'institutionnalisation de la solidarité nationale.....	165
V.3.8 Principaux défis.....	165
V.3.9 L'investissement dans le capital humain.....	165
V.3.10 La promotion des valeurs culturelles sur la cohésion sociale et l'entraide.....	167
V.3.11 La lutte contre l'ethnocentrisme.....	167
V.3.12 Opportunités.....	168
V.3.13 Cadre stratégique international.....	169
V.3.14 Cadre stratégique national.....	169
V.3.15 Programmes et politiques sectorielles.....	170
CHAPITRE VI : PRESENTATION DE LA STRATEGIE NATIONALE DE RENFORCEMENT ET DE PROMOTION DE LA SOLIDARITE.....	172
VI.1 La solidarité familiale dans le contexte de la drépanocytose chez les brazzavillois.....	172
VI.1.1 La solidarité familiale dans le contexte de la prise en charge du patient drépanocytaire à Brazzaville... ..	173
VI.1.2 La solidarité familiale à l'épreuve des rapports biologiques de consanguinité chez les Brazzavillois	174
VI.1.3 La solidarité familiale à l'épreuve du décès d'un sujet drépanocytaire chez les Brazzavillois.....	175
VI.2 Quelques histoires de vie des enquêtés.....	176
VI.2.1 Histoire de vie de l'enquêté N°1.....	176
VI.2.2 Histoire de vie de l'enquêtée N°2.....	177
VI.3 Justification de la stratégie nationale de solidarité.....	179
VI.3.1 Nécessité d'investir dans le capital humain.....	179
VI.3.2 Nécessité de contribuer à l'amélioration de la productivité par la cohésion sociale.....	179
VI.3.3 Nécessité de réguler et d'organiser les interventions des acteurs dans le domaine de la solidarité.....	180

VI.4 Principes directeurs de la stratégie.....	181
VI.5 Vision, objectifs et résultats attendus.....	182
VI.5.1 Vision de la stratégie.....	182
VI.5.2 Objectifs de la stratégie.....	183
VI.5.3 Axes stratégiques.....	184
VI.5.3.1 Axe 1 : renforcement du cadre légal, institutionnel et des capacités opérationnelles des acteurs de solidarité.....	185
VI.5.3.1.1 Développement du cadre législatif de la solidarité.....	185
VI.5.3.1.2 Création et / ou renforcement des capacités des structures de solidarité.....	186
VI.5.3.1.3 Renforcement des capacités techniques et opérationnelles de la Direction Générale de la Solidarité, des ONG et mutuelles de solidarité.....	187
VI.5.3.2 Axe 2 : Financement des socles de protection sociale, du développement du capital humain et de lutte contre les inégalités.....	188
VI.5.3.3 Axe 3 : Garantie d'un socle minimum de protection sociale aux ménages et personnes vulnérables.....	190
VI.5.3.4 Axe 4 : Promotion des valeurs de solidarité.....	191
VI.5.3.4.1 Renforcement des capacités des acteurs locaux sur les questions d'éthique et des valeurs humaines.....	191
VI.5.3.4.2 Organisation des campagnes de promotion des valeurs culturelles et de communication en vue du changement de comportement.....	192
VI.5.3.4.3 Organisation des voyages d'échanges intra/intercommunautaires.....	192
VI.5.3.4.4 Intégration des valeurs culturelles dans les curricula de formation des écoles primaires et secondaires.....	192
VI.5.4 Le Revenu de Solidarité et d'Insertion.....	193
VI.5.5 L'aide aux personnes vivant avec handicap et aux personnes âgées.....	194
VI.5.6 L'accès à l'alimentation pour les ménages et personnes pauvres.....	194
VI.5.7 L'accès aux logements décents pour les familles et groupes vulnérables.....	196
VI.5.8 Mécanismes de mise en œuvre et de suivi-évaluation.....	198
VI.5.8.1 Coordination et organes de mise en œuvre.....	198
VI.5.8.2 Cadre de planification et mise en œuvre.....	199
VI.5.8.3 Mesures de suivi et évaluation.....	200
VI.5.9 Principaux risques et mesures d'atténuation.....	202
VI.5.9.1 L'inscription des différentes mesures de la stratégie comme priorité du PND en cours d'élaboration.....	202
VI.5.9.2 Les difficultés à mobiliser les financements nécessaires à la mise en place des programmes.....	203
VI.5.9.3 La faible capacité du personnel du ministère en charge de la solidarité.....	204
Conclusion partielle de la deuxième partie.....	205
TROISIEME PARTIE : LA DREPANOCYTOSE DANS L'UNIVERS SOCIAL BRAZZAVILLOIS.....	206
Introduction partielle de la troisième partie.....	207
CHAPITRE VII : APPROCHE SOCIOLOGIQUE DE LA MALADIE.....	208
VII.1 La socio-anthropologie de la maladie en République du Congo.....	210
VII.2 La notion de maladie.....	211
VII.2.1 Normal et anormal.....	212
VII.2.2 Sens et signification de la maladie mentale chez les kongo du Congo Brazzaville.....	214
VII.2.3 Le « bien » et le « mal ».....	215
VII.2.3.1 M'boté ou buboté :.....	215
VII.2.3.2 Yimbi ou mbi :.....	216
VII.2.3.3 Sorcellerie-Environnement-Persécution.....	216
VII.2.4 Taxinomie de maladies.....	225
VII.2.5 La culture et l'itinérance thérapeutique.....	233
VII.2.5.1 Les sociétés traditionnelles et l'itinérance thérapeutique.....	233
VII.2.5.2 Le N'ganga.....	237
VII.2.5.3 La typologie.....	239
VII.2.5.4 Comment devenir N'ganga ?.....	240
VII.2.5.5 Les ancêtres.....	241
VII.2.5.6 Les génies.....	242
VII.3 Valeur sacrée de la parole dans l'ordre symbolique.....	244
VII.4 Les critères de reconnaissance d'un N'ganga.....	249
VII.5 Mode de prise en charge traditionnelle de la maladie au Congo Brazzaville.....	251
VII.5.1.1 La phytothérapie.....	252
VII.5.1.2 La palabre familiale.....	252
VII.5.1.3 Le kitutulu.....	254
VII.5.1.4 Le n'kissi.....	255
VII.5.1.4.1 Les n'kissi (fétiches) proprement dits.....	255
VII.5.1.4.2 Les guérisseurs par les plantes.....	258
VII.5.1.4.3 La spirithérapie et les religions à guérison.....	259

❖ Lassysme	260
❖ Le Croix-Koma	261
❖ Le n'guzisme	263
VII.6 Les autres religions à guérison	264
VII.6.1 La communauté Mademoiselle	264
VII.6.2 Le prophète Isaïe, des assemblées de Dieu de Pentecôte.....	266
CHAPITRE VIII : LA MEDECINE TRADITIONNELLE COMME COMPOSANTE STRATEGIQUE DE SANTE AU CONGO	268
VIII.1 Fondements conceptuels	268
VIII.2 Historique de la revalorisation de la médecine traditionnelle au Congo	269
VIII.3 Situation de la médecine traditionnelle au Congo	271
VIII.4 Ancrage institutionnel	272
VIII.4.1 Ressources	272
VIII.4.1.1 Bio ressources.....	272
VIII.4.1.2 Ressources humaines	272
VIII.5 Exercice de la médecine traditionnelle au Congo-Brazzaville	275
VIII.6 Infrastructures de soins.....	275
VIII.7 Accessibilité financière et acceptabilité de la médecine traditionnelle	275
VIII.8 Ressources techniques.....	276
VIII.8.1 1 Le cadre juridique.....	276
VIII.8.2 Les résultats de la recherche.....	276
VIII.8.3 Produits	276
VIII.9 Contraintes et défis.....	276
VIII.9.1 Contraintes	276
VIII.9.2 Défis	277
CHAPITRE IX : FONDEMENTS DE LA POLITIQUE NATIONALE DE MEDECINE TRADITIONNELLE	278
IX.1 Fondements sociologiques	278
IX.2 Fondements scientifiques et techniques	278
IX.3 Fondements juridiques	278
IX.3.1 Résolutions des assises internationales	278
IX.3.2 Résolutions des assises nationales	279
IX.3.3 Textes à caractère juridique	279
IX.3.4 Texte législatif	280
IX.4 But de la Politique Nationale de Médecine Traditionnelle	280
IX.5 Objectifs.....	280
IX.5.1 Objectif général.....	280
IX.5.2 Objectifs spécifiques	280
IX.6 Stratégies de mise en œuvre.....	280
IX.7 Intégration de la médecine traditionnelle dans le système de santé	281
IX.8 Renforcement des capacités de recherche et amélioration de la qualité	281
IX.9 Renforcement des capacités des ressources humaines	282
IX.10 Développement de la production locale.....	283
IX.11 Sensibilisation des différents acteurs au développement du secteur	283
IX.12 Renforcement du partenariat.....	283
IX.13 Mesures d'accompagnement.....	285
Conclusion partielle de la troisième partie	286
CONCLUSION GENERALE	287
REPRESENTATIONS CARTOGRAPHIQUES DE LA REPUBLIQUE DU CONGO	294
SOURCES ET REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	299
1. Ouvrages :	299
2. Articles et Revues	319
3. Thèses et mémoires.....	330
4. Romans	334
5. Documents rapports et autres	334
6. Webographie	336
7. Quelques notes de lecture des auteurs.....	338
Index des Auteurs.....	342

Index des Notions.....	346
ANNEXES.....	351
Table des matières.....	400

RÉSUMÉ



Les questions de santé publique en général et surtout celles liées à la drépanocytose en particulier, représentent une problématique scientifique multiple et complexe qui ne peut pas être, une exclusivité ou « une chasse gardée » des seuls médecins. Au contraire, leur investigation rationnelle exige de la part du chercheur, une rigueur épistémologique d'analyse qui s'appuie sur une approche méthodologique pluridisciplinaire, question de convoquer aussi bien, les sciences de la santé, les sciences de l'homme que les sciences de la société. Tout ceci, dans le souci majeur d'explorer et d'appréhender sa nature réelle et systématique. Comme l'indique son titre : *Imaginaire de la drépanocytose, recours thérapeutiques et solidarité familiale chez les Brazzavillois*, cette thèse est un essai d'analyse systématique de la drépanocytose dans l'univers socioculturel brazzavillois. Elle fait donc une description de la drépanocytose à Brazzaville, selon l'approche socio-anthropologique, pour bien cerner et appréhender les facteurs qui déterminent non seulement l'imaginaire de cette pathologie sanguine héréditaire selon la conscience collective, les recours thérapeutiques sollicités par les patients et leurs familles en période de crise drépanocytaire, axés sur une parfaite symbiose tri-thérapeutique entre les soins médicaux dispensés par les médecins « munganga », les soins traditionnels dispensés par les tradithérapeutes « nganga kissi » et les soins spirituels dispensés par les chefs religieux « nganga nzambi » ; mais aussi de l'effritement de la solidarité familiale, du fait de la considération de la drépanocytose, par les patients et leurs familles, comme un mauvais sort émanant des acteurs sociaux pratiquant la sorcellerie. En effet, le caractère chronique de la drépanocytose, sa transmission héréditaire et la recrudescence de cas des décès des patients drépanocytaires au sein des familles, dans un contexte social favorable à l'effervescence du phénomène religieux, associé à la précarité de vie des Brazzavillois, provoquent la persistance des croyances magico-religieuses sur la drépanocytose, lesquelles sont à la base des recours thérapeutiques choisis par les patients et leurs familles et surtout à l'effritement de la solidarité familiale chez les Brazzavillois, symbolisant ainsi, la division temporaire ou définitive des membres d'une même famille biologique, pour des raisons semble t-il, de sorcellerie.

Mots clés :

Imaginaire de la drépanocytose, recours thérapeutiques, solidarité familiale, croyances magico-religieuses, l'approche socio-anthropologique, tradithérapeutes, chefs religieux.

ABSTRACT

Public health issues in general, and especially those related to sickle cell disease in particular, represent a complex and multiple scientific problem that cannot be an exclusive or "preserve" of doctors alone. On the contrary, their rational investigation requires on the part of the researcher, an epistemological rigor of analysis based on a multidisciplinary methodological approach, a question of convening both the health sciences, the human sciences and the sciences of society. All this, in the main concern to explore and apprehend its real and systematic nature. As its title suggests: *Imaginary of sickle cell disease, therapeutic remedies and family solidarity among the Brazzavillois*, this thesis is an attempt to systematically analyze sickle cell disease in the Brazzaville socio-cultural universe. She thus makes a description of sickle cell disease in Brazzaville according to the socio-anthropological approach, in order to clearly identify and apprehend the factors that determine not only the imaginary of this hereditary blood pathology according to the collective consciousness, the therapeutic remedies solicited by the patients and their families during a sickle cell crisis, focused on a perfect tri-therapeutic symbiosis between the medical care provided by the "munganga" doctors, the traditional care given by the traditional "nganga kissi" therapists and the spiritual care given by the religious leaders "Nganga nzambi", but also the erosion of family solidarity, because of the consideration of sickle cell disease, by patients and their families, as a bad fate emanating from social actors practicing witchcraft. Indeed, the chronic character of sickle cell disease, its hereditary transmission and the recrudescence of cases of death of sickle cell patients within families, in a social context favorable to the effervescence of the religious phenomenon, associated with the precariousness of life of the Brazzavillois, provoke the persistence of magico-religious beliefs about sickle cell disease, which are at the root of the therapeutic remedies chosen by patients and their families and especially the erosion of family solidarity among Brazzavillois, thus symbolizing the temporary or definitive division of members of the same biological family, for reasons it seems, of witchcraft.

Key words:

Imaginary of sickle cell disease, therapeutic remedies, family solidarity, magico-religious beliefs, socio-anthropological approach, traditional therapists, religious leaders.