

# SÉNAT

SECONDE SESSION ORDINAIRE DE 1976-1977

---

Rattaché pour ordre au procès-verbal de la séance du 30 juin 1977.  
Enregistré à la présidence du Sénat le 30 septembre 1977.

---

## RAPPORT D'INFORMATION

FAIT

*au nom de la Commission des Affaires sociales (1), à la suite  
d'une mission d'information accomplie du 11 au 23 juillet 1977  
au Cameroun, au Gabon et en République populaire du Congo  
pour y étudier certains problèmes sanitaires et sociaux,*

Par MM. Jacques MAURY, André AUBRY, Noël BERRIER,  
Louis BOYER et Eugène ROMAINE,

Sénateurs.

---

(1) Cette commission est composée de : MM. Marcel Souquet, président ; Lucien Grand, Jacques Henriët, Bernard Lemarié, Hector Viron, vice-présidents ; Mlle Gabrielle Scellier, MM. Charles Cathala, Georges Marie-Anne, Jean Mézard, secrétaires ; Jean Amelin, Hubert d'Andigné, André Aubry, Hamadou Barkat Gourat, Noël Berrier, André Böhl, Louis Boyer, Gabriel Calmels, Jean-Pierre Cantegrit, Lionel Cherrier, Georges Dardel, Michel Darras, Jean Desmarets, François Dubanchet, Marcel Gargar, Jean Gravier, Michel Labèguerie, Edouard Le Jeune, Marcel Mathy, Jacques Maury, André Méric, Michel Moreigne, Jean Natali, André Rabineau, Victor Robini, Eugène Romaine, Pierre Sallenave, Robert Schwint, Albert Sirgue, Bernard Talon, Henri Terré, René Touzet, Jean Varlet, Raymond de Wazières.

## SOMMAIRE

---

	<b>Pages.</b>
<b>Avant-propos</b> .....	3
<b>Programme de la mission</b> .....	5
<b>Introduction</b> .....	9
<b>I. — Présentation des pays visités</b> .....	11
A. — Le Cameroun .....	11
B. — Le Gabon .....	13
C. — Le Congo .....	14
<b>II. — La situation sanitaire</b> .....	17
A. — Facteurs communs .....	17
B. — Le Cameroun .....	21
C. — Le Gabon .....	24
D. — Le Congo .....	28
<b>III. — La situation sociale</b> .....	33
A. — Facteurs communs .....	33
B. — Le Cameroun .....	37
C. — Le Gabon .....	41
D. — Le Congo .....	45
<b>Conclusion</b> .....	49
<b>Annexes</b> .....	51

---

Mesdames, Messieurs,

Désireuse d'élargir au-delà de la France et de ses Territoires d'Outre-Mer, au-delà de l'Europe même, sa connaissance des problèmes sanitaires et sociaux qui se posent à travers le monde et des difficultés auxquelles se trouvent confrontés les pouvoirs publics des divers pays pour y faire face, votre commission a décidé, après les missions qu'elle a effectuées en Asie et en Amérique du Sud, d'envoyer une délégation en Afrique noire.

Son choix s'est porté sur l'Afrique centrale, moins connue que l'Afrique occidentale, et plus particulièrement sur trois pays : le Cameroun, le Gabon et la République populaire du Congo, tous trois placés à des degrés divers, dans le passé, sous l'influence de la France et qui ont suivi chacun, depuis la décolonisation, leur voie propre vers le développement.

La délégation composée de MM. Maury, Aubry, Berrier, Boyer et Romaine et accompagnée par Mme Kheir Beik, administrateur des services du Sénat, a séjourné en Afrique du 11 au 22 juillet 1977.

Elle a reçu dans les trois pays visités un accueil chaleureux. Il nous sera permis de remercier ici tous ceux qui nous ont reçus, tous ceux que nous avons rencontrés, qui ont contribué à la réussite de notre mission, par les informations précieuses qu'ils nous ont apportées, par le temps qu'ils nous ont consacré, par l'excellence des contacts humains qu'ils nous ont ménagés. Partout, nous n'avons trouvé que cordialité, confiance, amitié pour la France.

Notre gratitude s'adresse tout particulièrement :

— au *Cameroun*, à M. le président Ahmadou Ahidjo, Chef de l'Etat, qui nous a accordé un long entretien, à MM. Moussa Iaia, Vice-Président de l'Assemblée nationale, Sabal Lecco, président du Conseil économique et social, Keutcha, Ministre des Affaires étrangères, Fokam Kamga, Ministre de la Santé publique, et à Mme Tsanga, Ministre des Affaires sociales ;

— au *Gabon* où, lorsque nous sommes arrivés, venait de s'achever la conférence de l'Organisation de l'Unité africaine (O. U. A.), à M. Migolet, Ministre du Travail et Vice-Premier Ministre, Ngou-

lakia, Vice-Président de l'Assemblée nationale, Moutsinga, Ministre de la Santé publique et de la population et Mouvaga, Ministre des Affaires sociales ;

— au Congo, à M. Misontsa, Ministre de la Santé et des Affaires sociales.

Nous remercions également MM. Hubert Dubois, ambassadeur de France au Cameroun, Maurice Delauney, ambassadeur de France au Gabon, Bertrand Dufourcq, ambassadeur de France en République populaire du Congo, et De Kerros, consul de France à Douala, ainsi que leurs collaborateurs, qui ont pris l'initiative de ces contacts, complété notre information et, d'une manière générale, contribué à la bonne organisation matérielle de notre mission.

## PROGRAMME DE LA MISSION

### *Lundi 11 juillet 1977 :*

19 heures : arrivée à l'aéroport de Yaoundé (Cameroun).

Accueil par le président de la Commission des Affaires étrangères de l'Assemblée nationale.

Dîner intime offert par l'ambassadeur de France.

### *Mardi 12 juillet 1977 :*

9 h 30 : visite au Ministre des Affaires étrangères.

10 heures : visite au président du Conseil économique et social.  
Séance de travail.

11 h 30 - 13 heures : cocktail offert par le président du Conseil économique et social.

15 heures : visite de la ville avec arrêt au Centre universitaire des sciences, de la santé (C. U. S. S.).

16 h 30 : visite au Ministre de la Santé publique.

17 heures : visite au Ministre des Affaires sociales.

20 h 30 : dîner offert par l'ambassadeur de France.

### *Mercredi 13 juillet 1977 :*

10 heures : visite au vice-président de l'Assemblée nationale.

11 heures : audience du Chef de l'Etat.

12 h 30 : déjeuner offert par le deuxième vice-président de l'Assemblée nationale.

20 h 30 : réception à la Mission française de Coopération.

### *Jeudi 14 juillet 1977 :*

9 h 30 : départ de Yaoundé.

10 heures : arrivée à Douala.

12 h 30 : déjeuner à Douala.

17 h 30 : départ de Douala pour Libreville.

17 h 45 : arrivée à Libreville (Gabon).

18 h 30 : réception à la résidence de M. l'ambassadeur de France à l'occasion de la Fête nationale du 14 juillet.

*Vendredi 15 juillet 1977 :*

9 h 30 : audience de l'ambassadeur de France.

10 heures : audience du vice-président de l'Assemblée nationale.

11 heures : audience du Vice-Premier Ministre.

15 h 30 : visite du centre hospitalier de Libreville.

17 heures : réunion de travail avec le Ministre de la Santé publique et de la Population et le Ministre des Affaires sociales.

20 h 30 : dîner offert par l'ambassadeur de France.

*Samedi 16 juillet 1977 :*

Voyage à Lambaréné et visite de l'hôpital Albert-Schweitzer.

*Dimanche 17 juillet 1977 :*

20 heures : dîner offert par le président de l'Assemblée nationale.

*Lundi 18 juillet 1977 :*

10 heures : séance de travail au palais de l'Assemblée nationale avec la participation de membres de l'Assemblée et de techniciens de la santé publique et des affaires sociales.

16 heures : visite du chantier du Transgabonais.

23 h 35 : départ de la délégation pour Brazzaville.

*Mardi 19 juillet 1977 :*

0 h 59 : arrivée à Brazzaville (République populaire du Congo).

Accueil par :

— le directeur de cabinet du Ministre de la Santé et des

Affaires sociales ;

— le directeur de cabinet du Ministre du Travail ;

— la conseillère sociale à la Présidence ;

— la conseillère sociale au Ministère de la Santé et des Affaires sociales ;

— le secrétaire général à la Santé publique ;

— le directeur général du Travail ;

— le directeur de la Caisse nationale de prévoyance sociale ;

— la directrice générale des Affaires sociales.

13 heures : déjeuner Case de Gaulle (résidence de l'ambassadeur de France).

15 heures : réception au Ministère des Affaires étrangères.

16 heures : visite au Ministre de la Santé et des Affaires sociales.

*Mercredi 20 juillet 1977 :*

9 heures : visite de l'hôpital général de Brazzaville.

11 h 30 : visite de la direction générale de la Caisse nationale de prévoyance sociale (C. N. P. S.) et du Centre médico-social de Mougali.

15 h 30 : séance de travail au Laboratoire national, avec les représentants du Ministère de la Santé et des Affaires sociales et ceux du Ministère du Travail.

*Jeudi 21 juillet 1977 :*

8 heures : départ pour Linzolo.

8 h 30 : arrivée à Linzolo ; visite du Centre médical de Linzolo.

10 heures : départ pour Kinkala.

11 h 30 : arrivée à Kinkala ; visite du Centre médical de Kinkala.

13 heures : départ pour Matoumbou ; déjeuner à Matoumbou.

16 h 30 : retour sur Brazzaville.

*Vendredi 22 juillet 1977 :*

8 heures : visite de l'usine Impreco.

9 h 30 : visite de l'usine Siat.

11 heures : séance de travail au Laboratoire national ; remise de cadeaux.

18 heures : réception Case de Gaulle.

23 h 55 : départ de la délégation pour Paris.

## INTRODUCTION

Les trois pays visités par la délégation sont situés dans une même région du globe. Les facteurs humains et climatiques sont, sinon identiques, du moins comparables. Ces pays sont confrontés en ce qui concerne le domaine sanitaire et social, à des problèmes similaires. Mais les solutions apportées peuvent varier en fonction de l'identité propre de chaque Etat, elle-même liée à l'histoire et au régime politique ; elles dépendent également de la richesse relative des pays car il est bien évident que le développement économique est la clé de l'amélioration de la situation sanitaire et de la protection sociale.

Nous aurions souhaité, au terme de notre mission, pouvoir consigner dans le présent rapport, comment réagissait chaque pays, avec ses moyens propres, face à des situations comparables. Il faut se rendre à l'évidence : il est plus facile, lorsque ce qui est le cas, le voyage a été bref, de souligner ce qui rapproche les pays visités de ce qui les distingue. Chaque pays ne montre pas exactement la même chose. On n'y voit pas les mêmes autorités, car les programmes sont organisés différemment le plus souvent pour des raisons de simple opportunité. L'information recueillie est donc fragile. En outre, chacun la reçoit avec sa propre subjectivité.

Nous nous efforcerons certes de décrire ce que nous avons vu, et d'exprimer ce que nous avons ressenti. Mais, si, ici ou là, sont formulées certaines appréciations, toujours prudentes, elles n'auront jamais qu'un caractère tout à fait relatif.

Ces quelques remarques préliminaires suffisent à traduire la modestie de nos ambitions.

Il faut ajouter que l'attention de la délégation a été retenue au tout premier chef, par les problèmes de santé. Sans doute est-ce parce qu'elle comptait en son sein trois médecins. Mais il faut bien voir que l'amélioration de la situation sanitaire est primordiale dans des régions peu peuplées comme celles de l'Afrique centrale, où le taux de mortalité infantile reste très élevé.

On trouvera dans le présent rapport, après une brève présentation de chacun des trois pays dans lesquels s'est rendue la délégation de notre commission, des développements consacrés successivement à la situation sanitaire, puis à la situation sociale.

On trouvera également en annexe des notes faisant le point de l'aide accordée par la France dans le cadre de la coopération sanitaire avec le Cameroun, le Gabon et le Congo.

## I. — PRESENTATION DES PAYS VISITES

### A. — Le Cameroun.

Le territoire camerounais, d'une superficie de 475 000 kilomètres carrés, presque égale à celle de la France, s'étend de la région sahélienne du lac Tchad à la grande forêt équatoriale. Pour le voyageur, le Cameroun est un des pays les plus intéressants et les plus pittoresques du continent africain, car il offre une grande variété de climats et de paysages. C'est une sorte d'Afrique en miniature.

Sa population, de l'ordre de 5 600 000 habitants, est constituée d'une mosaïque d'ethnies : Choas, Bamilékés — réputés pour leur art du commerce — Bantous, Fangs, Peuhls et Pygmées pour les principales. La capitale Yaoundé, cité paisible au cœur de la forêt, n'est avec environ 200 000 habitants, que la deuxième ville du pays après Douala (300 000 habitants), port actif sur le golfe de Guinée, au climat chaud et très humide.

L'économie est essentiellement agricole ; au nord prédominent le coton et les arachides ; au centre l'élevage ; au sud, la production est plus variée : cacao (104 000 tonnes, cinquième producteur mondial), café (70 000 tonnes), palmistes, bois (hévéa, okoumé, ébène, acajou) et bananes. On trouve partout des cultures vivrières (manioc, mil, sorgho).

Des industries se sont implantées (textile, chimiques, mécaniques). Mais seules celles de l'aluminium et des corps gras présentent une réelle importance. Le sous-sol est riche en fer et en bauxite. Mais le gisement de bauxite, trop éloigné de la mer, ne peut être exploité ; les voies de communication font défaut. Le pétrole est prospecté. L'hydro-électricité, obtenue par barrage des grands fleuves, est la seule source d'énergie propre du pays.

Les frontières actuelles du Cameroun résultent des vicissitudes de la conquête coloniale et des rivalités entre l'Angleterre, l'Allemagne et la France.

Découvert au xv<sup>e</sup> siècle par les Portugais qui s'établirent sur les côtes, le pays a été érigé en protectorat allemand en 1884. Après la défaite de l'Allemagne à l'issue de la Première Guerre mondiale, il a été divisé entre la France et la Grande-Bretagne, qui s'est octroyée une bande étroite limitrophe du Nigéria, à l'est du pays. Le pays a été administré successivement sous mandat de la Société des Nations, jusqu'en 1945, puis sous tutelle de l'Organisation des Nations unies. Le Cameroun français obtint son autonomie interne en 1958, dans le cadre de l'Union française, puis son indépendance en 1960. Le Cameroun britannique se scinda, à l'issue du référendum de 1961, en deux parties : l'une au nord fut rattachée au Nigéria ; l'autre au sud, s'unit avec l'ancien Cameroun français pour constituer la République fédérale du Cameroun, sous la présidence d'Ahmadou Ahidjo.

L'œuvre fondamentale du président Ahidjo a consisté à consolider patiemment et sans heurt l'unité du pays. La multiplicité des peuples du Cameroun, leur forte personnalité, la coexistence de deux régions administrées différemment, à l'époque coloniale, par les Français et les Anglais, ont rendu cette tâche particulièrement délicate. La nouvelle constitution de 1972 a remplacé l'Etat fédéral par une République unie.

L'anglais et le français subsistent comme langue officielle.

L'Assemblée nationale, dont les membres sont élus tous les cinq ans sur une liste nationale avec l'investiture d'un parti aujourd'hui unique, est doublée d'un conseil économique et social du même type qu'en France. A l'Assemblée nationale, les questions sont traitées, moyennant de longues palabres, au niveau des cinq commissions spécialisées. La séance plénière, publique, n'est qu'une officialisation des travaux de commission.

Pays non engagé, le Cameroun est fier de son image pacifique et modérée. Il entretient avec la France des relations privilégiées. Après l'œuvre d'unité, pratiquement achevée, l'accent est porté maintenant sur le problème du développement économique et social. Attirer les capitaux, former les hommes, développer les communications, planifier l'économie, canaliser le commerce sont autant de tâches parallèles auxquelles s'attèlent les dirigeants.

## B. — Le Gabon.

La superficie du Gabon est égale à 267 000 kilomètres carrés, soit la moitié de la France.

Le pays qui s'étend pour les deux tiers sur le bassin de l'Ogooué, est enclavé entre le Cameroun au nord et la République populaire du Congo au sud. C'est le domaine de la grande forêt équatoriale, difficilement pénétrable, favorisée par le climat, typiquement équatorial, très humide.

Le Gabon est peu peuplé : 1,5 million d'habitants selon les sources officielles, plus probablement moins d'un million (Bantous, Bakélés, Fangs). La capitale Libreville, en plein développement, compte environ 100 000 habitants. Ses larges avenues, ses buildings du bord de mer, ses grands hôtels, traduisent l'expansion économique du pays, très rapide. La ville a connu un essor spectaculaire à l'occasion de la dernière conférence de l'Organisation de l'Unité africaine qui s'est tenue dans son enceinte en juillet 1977. Port-Gentil, sur l'Atlantique, et Franceville sur les plateaux, sont les deux villes les plus importantes du pays, après la capitale. Lambaréné, cité provinciale sur les rives de l'Ogooué, est célèbre grâce au docteur Schweitzer.

Si le sol est peu propice à l'agriculture, il offre les ressources de la forêt vierge : le bois, entre autres espèces, l'ébène, et surtout l'okoumé, sont largement exploités.

Le sous-sol est riche : manganèse, uranium, fer. Mais c'est le pétrole, découvert dans la région côtière de Port-Gentil et exploité au large, sur le plateau continental, en *off-shore*, qui a permis l'essor économique du pays. Les problèmes de communications sont considérables, car l'Ogooué n'est pas navigable. Mais grâce aux devises retirées de l'exportation du pétrole, le Gabon a pu entreprendre la construction d'une voie ferrée destinée à permettre le transport vers la mer du bois ainsi que des minerais extraits au cœur du pays.

L'exploitation du manganèse et de l'uranium devrait ainsi, dans l'avenir, prendre dans la production nationale le relai du pétrole lorsque les réserves arriveront à épuisement. Spectaculaire, la construction du Transgabonais a été entreprise en 1975. Elle ne sera pas achevée avant 1980.

Les capitaux étrangers, attirés par le pétrole, s'investissent aisément au Gabon et contribuent au développement de l'industrialisation (cellulose et contreplaqué, cimenterie, raffineries de pétrole et industries alimentaires). La balance commerciale est largement excédentaire. Le niveau de vie moyen est le plus élevé d'Afrique.

Découvert par les Portugais au xv<sup>e</sup> siècle, le Gabon, dont l'exploration fut achevée par Savorgnan de Brazza, a été rattaché au Congo français en 1890, avec Libreville pour capitale jusqu'en 1904. En 1910, il devint une des colonies de l'Afrique équatoriale française (A. E. F.). Fondée en 1958, la République gabonaise a obtenu l'indépendance en 1960, avec Léon M'Ba comme président. A la mort de ce dernier, en 1964, Albert Bongo, très jeune, lui a succédé. Il occupe depuis lors la présidence de la République.

Le Gouvernement repose sur une assemblée élue. Une certaine proportion de ministères est réservée aux principales tribus. La langue officielle est le français, très répandu grâce à de nombreuses écoles.

La mise en valeur du pays se poursuit à un rythme accéléré qui n'est pas sans engendrer certaines tensions sociales, liées notamment à l'urbanisation rapide.

Un des problèmes du Gabon est la pénurie de main-d'œuvre techniquement qualifiée. De nombreux travailleurs étrangers, européens ou africains, y sont employés. Le faible peuplement du Gabon est un handicap pour l'avenir plus encore que pour le présent.

Fiers de la prospérité de leur pays, les dirigeants sont cependant conscients de la fragilité des structures économiques, et s'efforcent d'avoir une vue à long terme du développement en diversifiant l'exploitation des richesses naturelles.

### C. — Le Congo.

La République populaire du Congo, dite également Congo-Brazzaville, s'étend sur 342 000 kilomètres carrés le long de la rive droite du fleuve du même nom et son affluent l'Oubangui, qui forment frontière avec le Zaïre. Elle est limitée à l'ouest, du sud au nord, par le Gabon, le Cameroun et l'Empire centrafricain.

Au nord, territoire marécageux, quasi désertique, règne la grande forêt équatoriale. Lorsqu'on descend vers le sud, la forêt

fait place à la savane mosaïque, alternance de forêt galerie et d'étendues herbeuses piquées d'arbustes. Le Congo, majestueux, n'est navigable que jusqu'au Stanley Pool. Plus en aval, les rapides empêchent tout trafic fluvial. La région de l'embouchure du Congo est d'ailleurs entièrement en territoire zaïrois. La façade maritime sur l'Atlantique est étroite (150 kilomètres environ) et limitée au sud du pays par l'enclave anglaise de Cabinda.

Avec un million d'habitants environ (Bantous, Batékés, etc.), la population, très clairsemée au nord du pays, tend à se concentrer dans les villes. La capitale, Brazzaville (environ 200 000 habitants), s'étend sur la rive du Stanley Pool. Au centre ancien, aux larges avenues plantées d'arbres, sis au bord du fleuve, succèdent vers la périphérie les vivants quartiers populaires. Face à Brazzaville, vieille cité d'apparence coloniale, s'élève, de l'autre côté du fleuve, Kinshasa, la capitale du Zaïre, dont les hauts buildings sont distinctement visibles. Pointe-Noire, port maritime, est la deuxième ville du pays. Elle est reliée à Brazzaville par une voie de chemin de fer achevée en 1934.

Les activités rurales tiennent une place importante dans l'économie congolaise : cultures vivrières, canne à sucre dans la vallée du Niari, palmiers à huile, cacao. La part de l'okoumé s'accroît dans l'exploitation forestière.

Le sous-sol recèle de l'or, du plomb, du cuivre et surtout de la potasse, extraite dans la région de Pointe-Noire.

Les industries se sont implantées essentiellement à partir des productions forestières rurales (usines de déroulement du bois, sucreries). On trouve également cimenteries, broseries et fabriques de cigarettes.

La région congolaise fut exploitée vers 1875, à partir du Gabon, par Savorgnan de Brazza et Cordier. La colonie du Congo français, englobant à l'époque le Gabon, fut créée en 1882. En 1910, Gabon et Congo ont été érigés en colonies distinctes au sein de l'Afrique équatoriale française, dont Brazzaville était la capitale. Le Congo a obtenu son indépendance complète en 1960, comme les autres colonies d'Afrique noire françaises. Le pays a été présidé successivement par l'abbé Fulbert Youlou, Massemba Debat, puis N'gouabi. Il prit le nom de République populaire du Congo en 1969 et une orientation résolument socialiste. Depuis l'assassinat du président N'gouabi en avril 1977, la direction de l'Etat est assurée par le

colonel Joachim Yhombi-Opango. Ce dernier, président du Comité militaire du parti et chef suprême des forces armées, a promulgué un nouvel acte fondamental entraînant notamment la disparition de l'Assemblée nationale.

Une des préoccupations essentielles du Gouvernement actuel est l'instauration d'une nouvelle discipline nationale tendant à maintenir l'ordre dans le pays et à remettre, après une certaine période de relâchement, la population au travail.

Les dirigeants congolais, dont les sympathies vont aux pays de l'Est, sont cependant soucieux d'entretenir les meilleures relations avec toutes les nations, quelle que soit leur idéologie dominante, susceptibles d'apporter au pays les capitaux tant publics que privés, nécessaires à la poursuite de son développement (France, Union soviétique et Chine notamment).

Les relations avec la France, pays auquel les Congolais restent très profondément attachés, ont connu quelques difficultés. Un certain nombre de problèmes tels que l'inondation des mines de potasse de Pointe-Noire, le réalignement de la ligne de chemin de fer Brazzaville—Pointe-Noire, l'affaire Cabindaise, ont contribué à cette situation. En outre, la stagnation de l'aide française en crédits et en personnels de l'assistance technique a été mal ressentie. Mais depuis le voyage à Paris du président Yhombi-Opango en juin 1977, la coopération franco-congolaise a été réactivée. Notre délégation a d'ailleurs reçu en République populaire du Congo — comme bien entendu au Cameroun et au Gabon — un accueil des plus ouverts et des plus confiants.

## II. — LA SITUATION SANITAIRE

Les problèmes sanitaires, c'est là une évidence, ne se posent pas en Afrique centrale dans les mêmes termes qu'en France ou, plus largement, que dans les pays industriels dits « développés ». Dans les trois pays visités par la délégation, ils se dessinent sur une trame commune. Cette trame résulte des données naturelles, humaines et économiques qui, en dépit de variations d'un pays à l'autre, d'une région à l'autre, et même d'une ethnie à l'autre, présentent un certain nombre de similitudes.

Nous tenterons de présenter ces facteurs communs, avant de donner des éléments d'information sur les moyens mis en œuvre dans chaque pays.

### A. — Facteurs communs.

Premier point commun aux pays d'Afrique qui les distingue de l'Occident : la *pathologie*, liée au climat et, aussi, aux données culturelles.

Certes, l'Afrique doit faire face aux maladies que nous connaissons en Europe. Cependant, on y rencontre encore peu les maladies dites de « civilisation », celles du système nerveux et du système cardio-vasculaire, qui frappent les pays industrialisés et sont dues au rythme de vie. De même, les accidents de la route n'y ont pas la même importance quantitative. En revanche, certaines maladies contagieuses connues sous nos latitudes mais relativement endiguées (*tuberculose, maladies vénériennes*) ou bénignes (*rougeole*) font encore des ravages en Afrique centrale.

A côté de ces différences dans l'importance de la pathologie que l'on peut appeler traditionnelle, s'ajoute la cohorte des maladies tropicales typiques, favorisées par la chaleur et l'humidité, inconnues sous nos latitudes.

Sans entrer dans une description qui serait fastidieuse de la pathologie dite « tropicale », quelques indications s'imposent.

La première est positive : dans les trois pays visités, la variole, la fièvre jaune et le choléra ont été endigués grâce à l'action préventive de longue haleine menée depuis plusieurs décennies.

Mais *d'autres maladies continuent de constituer de véritables fléaux*. Tel est le cas de la *maladie du sommeil* (trypano-somiase) qui quoique circonscrite dans quelques foyers bien délimités, représente un grave sujet de préoccupation. La *lèpre* stagne, mais reste difficile à soigner. Les *parasitoses* de types divers (intestins, voies urinaires) et le *paludisme*, subsistent à l'état endémique et affectent à des degrés divers la quasi-totalité de la population. Tolérées par l'adulte, ces maladies sont particulièrement grave chez les jeunes enfants et constituent, avec la rougeole et ses complications pulmonaires, des causes importantes de mortalité infantile, dont le taux reste très élevé. Selon les informations recueillies par la délégation et qui se recourent aussi bien au Cameroun qu'au Gabon et au Congo, un enfant sur deux mourrait avant l'âge de six ans.

Il y a donc une *forte sélection naturelle*, qui élimine d'abord les plus faibles. Aussi ne trouve-t-on pratiquement pas de handicapés de naissance. Ils ne survivent guère. Par ailleurs, ces pays ne sont pas encore confrontés aux problèmes de la pathologie du grand âge, car peu nombreux par rapport à l'Occident sont les Africains qui vivent très longtemps. Les facteurs sanitaires ont une incidence sur la démographie : malgré un fort taux de natalité, la population n'augmente qu'à un rythme faible.

Ajoutons, pour conclure ce bref aperçu de la pathologie, autrement dit de l'état sanitaire de la population, que les pays d'Afrique équatoriale ne connaissent pas les graves problèmes de famine des pays du Sahel, mais seulement une relative malnutrition.

Certains *facteurs humains* — mode de vie et comportements — contribuent à favoriser la propagation de la maladie sous toutes ses formes ou du moins à rendre plus difficile la tâche des équipes de soins ; ainsi l'attachement aux traditions alimentaires ; ainsi l'hygiène insuffisante dans les villages, mais aussi dans les quartiers périphériques des agglomérations où afflue la population rurale. En outre, l'idée que la maladie est une malédiction dont les origines ne sont pas exclusivement naturelles, encore fortement implantée dans bien des esprits, retarde le recours à la médecine moderne. A ces données humaines s'ajoutent la *dispersion de l'habitat* et les *problèmes de communications*. Lorsque le malade arrive à l'hôpital ou au centre de soins, l'évolution du mal est souvent trop avancée pour permettre une intervention médicale efficace. A l'hôpital même, les soins sont compliqués par la présence de la famille qui, ayant accompagné le malade depuis le village, souhaite rester auprès

de lui, continuer à l'entourer de son affection, pouvoir lui préparer la nourriture à laquelle il est habitué.

*L'appareil de soins* est, partout, assez fortement socialisé. La part du secteur privé est relativement réduite, sauf en brousse où se sont implantées des missions religieuses. Les trois pays visités disposent d'un certain nombre d'hôpitaux généraux bien équipés, de dispensaires urbains et de centres de soins ruraux, plus rudimentaires. Si l'équipement est, dans l'ensemble, satisfaisant, *l'entretien des installations* laisse parfois à désirer : les pièces de rechange font défaut, le personnel technique également. Le *personnel médical* local n'est pas encore suffisamment nombreux pour faire face aux besoins, et le corps médical est composé en grande partie de médecins coopérants, français notamment. Le Cameroun, le Gabon et le Congo ne disposant pas d'industrie pharmaceutique, s'approvisionnent à l'étranger en *médicaments*, non sans difficultés parfois. Soulignons enfin qu'équipements et personnels sont très inégalement répartis — la ville est très favorisée par rapport à la campagne.

Ces différents facteurs — pathologie spécifique, freins humains à l'amélioration de l'état sanitaire, dépendance vis-à-vis de l'étranger pour l'équipement, le personnel et les médicaments — dictent l'orientation des politiques sanitaires dont nous soulignerons les traits originaux.

En ce qui concerne les *personnels soignants* tout d'abord, l'effort porte maintenant sur la formation d'un personnel adapté aux besoins locaux, c'est-à-dire le besoin d'équipes de soins polyvalentes, efficaces sur le terrain plus que savantes. Le C. U. S. S. (Centre universitaire des sciences de la santé) camerounais répond parfaitement à cet objectif, et son exemple est progressivement suivi par d'autres pays africains. Les responsables locaux sont par ailleurs légitimement animés du souci de freiner l'exode des cerveaux, en cherchant le moyen d'inciter à revenir aux pays les ressortissants partis faire à l'étranger leurs études. Ils s'efforcent également, par le jeu de l'octroi de bourses, d'orienter les étudiants vers les spécialités médicales utiles à leur pays d'origine. Constatée partout, cette préoccupation nous est apparue particulièrement accentuée au Congo. Enfin, dans un autre ordre d'idées mais toujours avec le souci d'utiliser au mieux un potentiel humain encore trop rare, les responsables tentent d'intégrer dans l'appareil de soins les guérisseurs traditionnels, dont les méthodes semblent efficaces pour le traitement d'un certain nombre de maux (troubles psychiques, morsures de serpent par exemple).

En ce qui concerne les *modes d'intervention*, il s'agit de répartir efficacement les moyens en hommes et en capitaux entre la médecine curative, qui répond à des besoins pressants à court terme, et la médecine préventive, qui paraît parfois moins urgente car elle porte ses fruits à plus long terme. Pourtant, la prévention reste encore, malgré l'ampleur des efforts fournis dans le passé, d'ailleurs couronnés de succès, une priorité. Beaucoup a été fait, mais beaucoup reste à faire. L'action consiste d'abord en campagnes de vaccinations (variole, B. C. G., fièvre jaune, rougeole). Notons au passage que le vaccin contre la rougeole, maladie dont nous avons signalé la gravité chez l'enfant, semble d'une efficacité, hélas, relative. Il est instable, difficile à conserver sous ces latitudes. A côté des vaccinations, interventions de type traditionnel, l'effort de prévention porte bien entendu sur l'assainissement sous différentes formes : infrastructures citadines (aménagement des égouts, traitement des eaux), assainissement des marais et des rives des fleuves si fondamental dans la lutte contre le paludisme. Enfin, troisième volet de la prévention, l'éducation sanitaire est devenue une préoccupation majeure. Elle passe notamment par le canal de la protection maternelle et infantile. Les jeunes mères représentent en effet les meilleurs véhicules possibles d'un changement des habitudes d'hygiène sanitaire et alimentaire.

Après les personnels et les modes d'action, évoquons la politique suivie en matière d'équipements pour souligner — d'une manière quelque peu simplificatrice — que les responsables administratifs ou médicaux semblent, sur le choix des équipements à promouvoir, se partager entre deux groupes : d'une part, les partisans de l'hôpital traditionnel du type de ceux que l'on construit en Occident, fermé à la famille en dehors des heures de visite, où le malade, bien isolé, est soigné plus aisément ; d'autre part, les partisans d'un hôpital mieux adapté à la mentalité africaine, ouvert, disposant de possibilités pour les familles de faire la cuisine en plein air, mais aussi présentant de moindres garanties du point de vue sanitaire, du type de l'hôpital Albert-Schweitzer, à Lambaréné.

En fait, le choix entre les deux solutions est assez limité dans la pratique, dans la mesure où les promoteurs, généralement occidentaux, tendent à faire prévaloir les normes de construction applicables dans nos pays. Reste, problème assez mal résolu, à faire admettre par les familles la discipline indispensable dans ce type d'établissement.

Il serait fort souhaitable, dans l'intérêt des pays visités par la délégation, que les fournisseurs étrangers en équipement et en matériels sanitaires proposent des produits répondant aux besoins précis qui s'y font jour et non à leur propre intérêt commercial. Ce n'est pas le cas d'appareils trop sophistiqués. Il serait fort souhaitable également qu'ils ne fournissent qu'à condition d'assurer l'entretien des matériels.

Pour les équipements de pointe, la raison voudrait qu'il y ait une volonté de coordination au niveau régional entre pays voisins. Une telle organisation permettrait sans doute d'éviter les évacuations sanitaires vers l'Europe, extrêmement coûteuses.

Telles est, tracée à grands traits, la trame commune sur laquelle s'inscrit la politique sanitaire suivie au Cameroun, au Gabon et au Congo, dont nous allons maintenant présenter les caractéristiques pays par pays.

## B. — Le Cameroun.

Conscient de ce que le potentiel humain d'un pays représente le plus grand facteur de développement, le gouvernement camerounais oriente sa politique de santé publique vers la réalisation graduelle de la couverture sanitaire de l'ensemble du pays. La mise en œuvre de cette politique repose sur deux principes fondamentaux : développement prioritaire de la médecine curative et extension de l'infrastructure sanitaire. Ces actions visent à l'élévation du niveau de santé des populations et l'allongement de l'espérance de vie, qui devrait atteindre cinquante à cinquante-cinq ans en 1980-1981.

Le Cameroun a consacré, en 1976-1977, 4,60 % de son budget global à la santé publique (près de 6 milliards de francs C. F. A. [1] sur 128 milliards).

### 1. — INFRASTRUCTURE SANITAIRE

L'organisation de l'appareil sanitaire est ainsi structuré :

— à l'échelon inférieur, le centre de santé élémentaire, sans maternité ni hospitalisation ;

---

[1] 1 franc C. F. A. = 0,02 F. F.

— à l'échelon de l'arrondissement, le centre de santé développé, avec maternité et locaux d'hospitalisation (50 lits) ;

— l'hôpital départemental qui comporte 150 à 300 lits, avec un ou plusieurs médecins ;

— l'hôpital provincial, qui a une capacité de 300 à 500 lits ;

— enfin les hôpitaux centraux de Yaoundé et de Douala, avec plus de 500 lits chacun et quelques services de spécialités.

En 1975-1976, le nombre d'hôpitaux atteignait 115 (12 en 1959-1960) dont 73 hôpitaux publics et 12 privés, avec une capacité totale de 16 442 lits (moins les lits des léproseries) soit une moyenne de un lit pour 365 habitants.

Le pays compte 762 centres de santé élémentaires ou développés et près de 240 autres formations sanitaires (dispensaires, centres de protection maternelle et infantile, etc.). A ceci il faut ajouter 229 centres de santé ruraux construits par les communes et qui seront ultérieurement pris en charge par l'Etat.

## 2. — PERSONNELS DE SANTÉ

En 1975-1976, le personnel médical et social des secteurs publics et privés s'élevait à 7 000 personnes ainsi réparties :

— 349 médecins (soit un médecin pour 17 200 habitants) dont 150 médecins étrangers ;

— 99 pharmaciens ;

— 19 dentistes ;

— 2 ingénieurs sanitaires ;

— 43 techniciens supérieurs ;

— 120 sages-femmes ;

— 1 935 infirmiers diplômés d'Etat ;

— 1 300 infirmiers brevetés ;

— 136 assistants, éducateurs et aides sociaux ;

— 3 005 aides-soignants.

Au 1<sup>er</sup> janvier 1977, 79 postes étaient tenus par l'assistance technique française, dont 60 postes de médecins (37 médecins militaires, 11 médecins contractuels, 12 appelés du service national).

En raison de l'insuffisance des cadres nationaux qualifiés, une importance particulière est attachée à la *formation sur place* du personnel de la santé publique.

Cette politique a été concrétisée par la création en 1969 d'un *Centre universitaire des sciences de la santé* (C. U. S. S.) dans le cadre d'un projet financé par le P. N. U. D. (Programme des Nations unies pour le développement).

Institution originale, le C. U. S. S. dispense un type d'enseignement expressément conçu pour répondre aux besoins sanitaires locaux, le principal objectif étant d'assurer dans un seul établissement la formation simultanée de tous les membres d'une équipe sanitaire (médecins, infirmiers, techniciens de laboratoire et de l'assainissement, mécaniciens dentistes, spécialistes de la nutrition). Au cours de la formation, l'accent est mis sur la pratique dans les campagnes. Les étudiants, constitués en équipes sanitaires intégrées, participent dans ce but aux activités des centres de brousse. Ils s'engagent à travailler en milieu rural pendant deux ans à l'issue de leurs études qui durent six ans. La France, les Etats-Unis, le Royaume-Uni, le Canada et l'Allemagne apportent un soutien financier et humain au centre selon des accords bilatéraux. A brève échéance, les Camerounais devraient cependant assurer l'ensemble de l'enseignement. Un hôpital de 150 lits, qui devrait ouvrir prochainement, y est rattaché.

La première promotion (32 étudiants) est sortie en 1975. S'il est encore trop tôt pour juger de l'efficacité à long terme de cette expérience, son intérêt paraît certain. Elle est d'ailleurs suivie attentivement par les pays voisins. L'expérience camerounaise devrait exercer une influence positive sur les universités d'Afrique, et peut-être aussi sur d'autres régions en développement où l'on s'efforce d'orienter la formation médicale vers les besoins spécifiques.

En dehors du C. U. S. S., de nombreuses écoles publiques et privées de formation de cadres moyens, fonctionnent et se développent (notamment : deux écoles publiques d'infirmières diplômées d'Etat ; une école de sages-femmes et infirmiers accoucheurs diplômés d'Etat ; trois écoles d'infirmiers brevetés ; six centres provinciaux de formation d'aides-soignants ; un Centre supérieur d'enseignement en soins infirmiers (C. E. S. S. I.), en fonction avec l'aide de l'Organisation mondiale de la santé (O. M. S.) dans le cadre d'un projet inter-pays, et qui forme les infirmiers supérieurs pour l'administration et l'organisation des soins infirmiers.).

Parallèlement à cet effort de formation, le gouvernement camerounais accorde un intérêt particulier à la médecine traditionnelle.

L'objectif est la sauvegarde du patrimoine scientifique et culturel par le recensement et la localisation des vrais guérisseurs, la lutte contre les « charlatans », le recensement des plantes médicinales et le contrôle de leur utilisation de façon à éviter les abus souvent constatés.

### 3. — PRODUITS PHARMACEUTIQUES

Les besoins du pays en la matière sont immenses et les fournitures loin d'être satisfaites. Les médicaments sont intégralement importés et l'Etat y consacre quelque 600 millions de francs C. F. A. par an. L'insuffisance des produits pharmaceutiques se fait particulièrement sentir hors des grands centres urbains largement approvisionnés par les pharmacies privées. Ainsi la création de pharmacies et de dépôts de médicaments en milieu rural est une nécessité urgente.

#### C. — Le Gabon.

Dans un pays qui a de forts besoins de main-d'œuvre, mais aussi une des densités de population les plus faibles d'Afrique, l'amélioration de la situation sanitaire apparaît comme une urgente nécessité. En 1960, au moment de l'indépendance, le Gabon possédait déjà une infrastructure appréciable. Depuis lors, les efforts ont été multipliés pour développer cet équipement et assurer la formation d'un personnel gabonais capable de prendre progressivement la relève du personnel de santé français. Il s'agit là d'une œuvre de longue haleine qui est bien avancée.

Le budget santé est passé de 787 millions de francs C. F. A. en 1966 à 6,4 milliards en 1976. Il a donc décuplé en dix ans. Dans le même temps, le budget de l'Etat passait de 12,6 à 193,1 milliards de francs C. F. A. En 1975, les dépenses de santé représentaient 5,20 % du montant du budget global. Ce pourcentage est tombé à 3,3 % en 1976, mais cette évolution est due à la très forte augmentation du budget de l'Etat (40 milliards de plus en 1976 par rapport à 1975).

## 1. — INFRASTRUCTURE SANITAIRE

L'infrastructure sanitaire est calquée sur l'organisation administrative du pays, refondue en 1975. Le Gabon est aujourd'hui divisé en neuf provinces, elles-mêmes divisées en départements. Chaque département regroupe un certain nombre de districts, subdivisés en communautés rurales réunissant plusieurs villages distincts.

On trouve :

— au niveau du chef-lieu de province : un hôpital provincial, un secteur du service des grandes endémies, un centre de P. M. I., une antenne du service d'assainissement, un ou plusieurs dispensaires urbains, un centre médico-social de la Caisse nationale de sécurité sociale ;

— au niveau du département : un centre médical implanté au chef-lieu ;

— dans les districts : un centre médical ou un centre de santé réduit (dispensaire avec petite hospitalisation et maternité de six lits) ; des dispensaires ruraux en nombre variable.

Le Gabon compte 14 hôpitaux, 29 centres médicaux et 146 dispensaires. La capacité hospitalière totale est de 3 569 lits.

Les moyennes nationales de un lit pour 266 habitants, un médecin pour 6 200 habitants, un dispensaire pour 5 500 habitants, sont les plus élevées d'Afrique noire et très proches de celles que préconise l'O. M. S. pour les pays du Tiers Monde. Mais elles sont sensiblement faussées par le poids considérable de la situation favorable des deux principales villes, Libreville et Port-Gentil, où sont rassemblés 60 % de l'effectif en médecins et 31 % des lits d'hospitalisation, au bénéfice de 16 % seulement de la population totale. En zone rurale, la répartition des moyens est beaucoup plus inégale et fait ressortir d'importantes distorsions. Ainsi, six départements — qui, il faut le dire, n'abritent que 57 000 habitants — sont totalement dépourvus de médecins.

C'est au Gabon que la délégation, qui a visité l'hôpital de Libreville et l'hôpital Schweitzer à Lambaréné, a le mieux ressenti le problème posé par l'adaptation des équipements à la mentalité africaine.

Ainsi, l'hôpital général de Libreville vient d'être agrandi par la construction de bâtiments neufs de conception occidentale : bâtiments clos, chambres ouvrant sur des couloirs intérieurs et non sur de longs balcons comme dans les bâtisses anciennes. Sur ces balcons, les familles passent le temps et peuvent faire la cuisine. Rien de tel ne sera plus possible dans le nouvel hôpital. Les responsables, satisfaits, certes, de bénéficier des constructions les plus modernes, se demandent s'ils parviendront, à moins de clore l'enceinte de l'hôpital et de mécontenter ainsi les malades, à faire respecter aux familles les normes d'isolement qui seraient nécessaires à la maintenance des bâtiments.

A Lambaréné, tout est différent. Le cadre d'abord, magnifique : l'hôpital est construit au milieu de la forêt, surplombant l'Ogooué majestueux. Là aussi voisinent les anciens bâtiments, certes devenus inadaptés à l'exercice d'une médecine et d'une chirurgie modernes, et un nouvel hôpital, encore en cours de construction, bâti grâce à l'aide du Gouvernement gabonais, des pays amis, et aussi grâce aux dons privés. Mais le nouvel hôpital respecte les critères de conception de l'ancien, c'est-à-dire qu'il permettra l'hébergement des familles, officialisé en quelque sorte, dans des bâtiments à part. Quoi qu'on puisse penser de l'expérience passionnante menée par Albert Schweitzer et de son œuvre qui fut beaucoup critiquée, force est de reconnaître et d'apprécier l'effort d'adaptation aux données locales qui, d'ailleurs, il faut le dire, est loin d'être unique en son genre en Afrique. On ne peut que se réjouir de ce que les graves difficultés financières qu'a rencontrées l'hôpital Schweitzer au cours des années récentes semblent aujourd'hui surmontées, de ce que sa survie ne soit plus menacée, de ce que l'amélioration des locaux, la modernisation des techniques médicales employées soient si patentées que les attaques lancées contre lui, excessives d'ailleurs, se trouvent désormais taries parce qu'elles n'ont plus de raison d'être.

Il faut souhaiter que l'hôpital, comme d'autres du même genre, continue de trouver les subsides nécessaires à son fonctionnement que le dévouement de ceux qui y travaillent ne suffit pas à assurer. Ses responsables comptent beaucoup, pour l'édification du nouvel hôpital, sur une aide spécifique de la France, en sus de ce qu'elle apporte par le biais de sa contribution au financement du budget gabonais. A défaut d'une aide publique, un appel, en France, aux fonds privés rencontrerait sans doute du succès.

## 2. — PERSONNELS DE SANTÉ

177 médecins, praticiens ou non, sont en service au Gabon. Sur ce total, le nombre de Gabonais est encore peu élevé puisqu'il n'atteint que 44. Parmi eux, il n'y a que 35 praticiens, les autres exerçant des fonctions politiques ou administratives.

Les médecins français (35) sont en majorité. 47 exercent dans le cadre de la coopération (22 médecins militaires, 10 contractuels et 15 appelés du service national). Ici comme ailleurs, la demande potentielle de nouveaux médecins coopérants est très supérieure aux possibilités. Après les Français viennent les Haïtiens, avec 8 médecins.

Le secteur privé est relativement peu développé : 24 médecins, dont 9 employés par des sociétés industrielles, 3 par l'hôpital Schweitzer et 9 seulement exerçant à leur compte dans des cabinets privés.

A côté des médecins et avec eux, plus de 2 700 personnes œuvrent à la sauvegarde de la santé publique : personnel médical, paramédical, administratif. Sur ce total, plus de la moitié sont des fonctionnaires. L'assistance technique française comptait 24 personnes non médecins au 30 juin 1976.

Le manque de cadres locaux devrait être progressivement comblé dans l'avenir. 140 Gabonais, futurs médecins, pharmaciens ou dentistes, sont actuellement en cours de formation à l'étranger. Ils n'étaient que 40 en 1965.

En outre, un Centre universitaire des sciences de la santé a été créé à Libreville. Mais il est encore dans sa période de rodage.

Les personnels paramédicaux, en revanche, sont, pour la plupart, formés dans le pays même, essentiellement à l'Ecole nationale de la Santé et de l'Action sociale. Le Gouvernement a pris des mesures récentes pour accroître les capacités de formation afin d'assurer, à partir des années 1980-1981, la bonne marche de l'appareil sanitaire. Il faut, pour cela, 200 infirmiers diplômés d'Etat et 120 infirmiers élémentaires nouveaux chaque année.

## D. — Le Congo

Les moyens sanitaires de la République populaire du Congo apparaissent satisfaisants relativement à d'autres nations d'Afrique en voie de développement. L'infrastructure est en pleine évolution et ne cesse de s'améliorer et de s'adapter, dans la limite des possibilités économiques nationales, aux besoins toujours croissants des populations. Pour cela, le pays bénéficie de l'assistance bilatérale de nombreuses nations (France, Chine populaire, U. R. S. S., R. D. A. notamment) et de l'aide d'organismes internationaux.

Les dépenses publiques pour la santé sont de l'ordre de 4 milliards de francs C. F. A., soit environ 6,5 % du budget total de l'Etat (600 milliards de francs C. F. A.).

### 1. — INFRASTRUCTURE SANITAIRE

Le Congo est divisé en dix régions sanitaires, et en quarante-quatre districts. A la tête de chaque région, se trouve un médecin-inspecteur chef. On trouve, au chef-lieu de région, au moins un centre médical avec équipement moderne et possibilités d'hospitalisation, ou un centre hospitalier proprement dit, l'objectif à terme étant la construction d'un centre hospitalier par région. Les chefs-lieux des districts disposent de centres médicaux ou d'infirmes. A l'intérieur des districts, il y a, en nombre variable, infirmes et dispensaires.

La capacité hospitalière totale atteint 6 900 lits, soit environ un lit pour 166 habitants. Près de 233 000 malades ont été hospitalisés en 1976, soit environ 18 % de la population.

L'hôpital de Brazzaville est le centre hospitalier le plus important, avec 1 400 lits. Il est surpeuplé, avec un taux d'occupation des lits de 112 %. Des bâtiments et services neufs (phtisiologie) lui ont été adjoints au cours des années récentes. Il dispose d'une bombe au cobalt, la première qui fut installée en Afrique centrale. Le prix de journée varie entre 2 570 et 5 600 F C. F. A. Il y a quatre catégories — ou « classes » — différentes. Le fonctionnement d'un ensemble aussi vaste n'est pas sans poser à ses responsables de difficiles problèmes de gestion : pénurie de personnel exécutant,

entretien des locaux et des équipements, approvisionnement en médicaments notamment. Ainsi, les commandes en produits pharmaceutiques auprès des firmes étrangères ne sont pas fournies lorsque le Trésor public n'assure pas le financement.

L'hôpital de Pointe-Noire, le second du pays par son importance, compte 900 lits. Il est fort vétuste. Le gouvernement projette de transformer les locaux afin d'en faire un centre de formation et de le remplacer par deux hôpitaux de plus petite taille (400 lits chacun) plus faciles à gérer.

## 2. — PERSONNELS DE SANTÉ

En 1976, 107 médecins, fonctionnaires ou contractuels de l'Etat, étaient en fonction en République populaire du Congo. A leurs côtés travaillaient près de 4 000 personnels paramédicaux, 1 300 personnels administratifs et 800 personnels sociaux.

Quatre médecins sur cinq environ étaient de nationalité étrangère, dont 26 Français, 17 Soviétiques, 33 Chinois, 4 Cubains et 4 Allemands de l'Est. L'assistance technique médicale française au Congo, dont les modalités ont été remises à jour par une convention du 1<sup>er</sup> janvier 1974, comptait, en effectifs théoriques, 78 personnes, dont 32 appartenant au Service de santé des armées. La Mission médicale française assure encore la quasi-totalité du fonctionnement des services de l'hôpital général de Brazzaville.

Un gros effort a été fourni par les Pouvoirs publics pour répartir les personnels soignants sur l'ensemble du territoire, afin de réduire le déséquilibre existant entre la ville et la brousse. Mais le Congo manque encore de médecins, particulièrement de spécialistes, et, bien entendu — les chiffres sont parlants —, de cadres nationaux.

Pour pallier en partie cette déficience, le Ministre de la Santé poursuit une action de réhabilitation de la médecine traditionnelle, dont les bases ont été définies au cours d'un séminaire tenu en juin 1976, auquel ont participé quarante-trois guérisseurs. Une association de guérisseurs a été créée. L'action entreprise porte sur l'organisation de la culture des plantes médicinales, la constitution d'un herbier national, et l'encouragement de la coopération des médecins et des guérisseurs, aussi bien pour le diagnostic et le traitement des maladies que pour l'éducation sanitaire et nutritionnelle de la population. Le gouvernement entend ainsi encadrer les guérisseurs de manière à mieux contrôler leurs pratiques.

Le Ministre de la Santé est personnellement très favorable à l'intégration des guérisseurs dans l'appareil sanitaire congolais, tout particulièrement utiles pour le traitement des maladies mentales car, pour l'Africain, les troubles mentaux sont produits par des facteurs exogènes, et le sorcier, ou le guérisseur, paraît le mieux à même d'en délivrer le patient.

Comme au Cameroun et au Gabon, les responsables sont conscients de la nécessité de former sur place des médecins et pharmaciens ainsi que des techniciens supérieurs de la santé congolais.

A cet effet, a été créé en 1975 un Institut supérieur des sciences de la santé (I. N. S. S. A.) avec une capacité de formation d'une cinquantaine d'élèves au départ. A l'issue de la première année (formation commune de base) trente et un élèves ont été dirigés vers la section médecine, huit vers la section technicien supérieur de laboratoire ; les autres ont, soit redoublé, soit été réorientés.

Les cadres paramédicaux (infirmiers, assistants sociaux, sages-femmes, techniciens de laboratoires) sont formés à l'Ecole nationale Joseph-Loukabou (plus de 1 000 élèves).

### 3. — PRÉVENTION ET ÉDUCATION SANITAIRE

Les responsables accordent beaucoup d'importance à l'action préventive dans la lutte contre les grandes endémies et à l'éducation sanitaire.

En brousse, des campagnes de *vaccinations* bisannuelles sont organisées et effectuées par des équipes itinérantes. En ville, sont installés des postes fixes (quinze à Brazzaville). Les enfants sont vaccinés systématiquement à l'école (variolo, B. C. G., rougeole, fièvre jaune). La population serait couverte à 98 % par le vaccin antivariolique. Là comme ailleurs, l'efficacité du vaccin antirougeoleux est sujet à caution. Pour l'avenir, il est prévu de mettre en œuvre un programme de vaccinations élargi, englobant la coqueluche et la diphtérie.

Un gros travail d'*éducation sanitaire* est fourni au niveau local, dans le cadre de l'activité des centres médico-sociaux. Au centre Kinkala par exemple, visité par la délégation, des équipes itinérantes s'efforcent de créer, dans chaque village, un comité de santé

avec pour mission de promouvoir l'utilisation des latrines, d'organiser la lutte contre les maladies transmissibles, paludisme notamment, de préparer les femmes enceintes à un accouchement dans de meilleures conditions d'hygiène et d'inculquer aux mères des notions d'hygiène élémentaire.

Un agent de santé est formé, de façon assez rudimentaire, dans chaque village. Pour faire face à la situation, l'objectif serait en effet que la population soit à même de prendre en charge elle-même sa propre santé. Il existe au Centre même une section « hygiène et assainissement » qui détermine les directives et normes en matière de latrines, ou de sources, dont doivent s'inspirer les comités de santé villageois.

L'école est également utilisée comme lieu d'éducation sanitaire. En outre, des campagnes radiophoniques sont organisées. Les thèmes abordés à l'école ou à la radio portent, par exemple, sur les méfaits de l'avortement, ou sur les risques que font peser sur la descendance les mariages des personnes atteintes de drépanocytose (1).

Ces différentes actions préventives ont notamment pour but de réduire le taux de mortalité périnatale et infantile qui reste très élevé. Mais il faut dire aussi que l'hygiène insuffisante et la malnutrition ne sont pas seuls responsables : le Congo manque de gynécologues et de sages-femmes qualifiés, d'où l'importance de la formation de personnels spécialisés entreprise par ailleurs.

---

(1) **Malformation congénitale spécifique des populations africaines caractérisée par la présence dans le sang de globules rouges falciformes.**

### III. — LA SITUATION SOCIALE —

Ce nouveau chapitre sera consacré à la situation sociale au Cameroun, au Gabon et en République populaire du Congo, c'est-à-dire aux problèmes liés à l'emploi, à la protection sociale et, plus généralement, à l'action sociale en faveur des différentes catégories de population. Nous procéderons de la même manière qu'au chapitre précédent : présentation synthétique des points communs aux trois pays visités, puis données plus précises pour chacun d'eux.

#### A. — Facteurs communs.

La situation sociale est avant tout conditionnée par l'emploi. De l'emploi dépendent non seulement la sécurité du revenu, mais aussi la protection sociale attachée à l'exercice d'un travail salarié. Or le Cameroun aussi bien que le Congo et, dans une moindre mesure le Gabon, sont des pays où la population est en majorité rurale et retire de son activité à la terre des revenus irréguliers. Sauf au Gabon, le secteur industriel est peu développé. L'extension, fort heureusement menée dans les trois pays, de l'instruction primaire et secondaire, entraîne une relative désaffection des jeunes pour la vie à la campagne. Attirés par la perspective de trouver une activité commerciale ou de bureau, ils viennent en ville. Mais les possibilités d'emplois prisés, notamment dans la fonction publique, ne sont pas illimitées. A l'inverse, les trois pays auraient besoin de cadres et de personnels techniques susceptibles de prendre la relève des étrangers. Pour ces emplois, la main-d'œuvre fait défaut. Ainsi, la situation du marché du travail se caractérise par un *sous-emploi latent*, aussi bien en ville qu'à la campagne, doublé d'une *pénurie de main-d'œuvre qualifiée*, particulièrement sensible au Gabon qui, pour assurer son développement économique rapide, doit faire largement appel à la main-d'œuvre étrangère.

Face à cette situation qui les préoccupe, les gouvernements s'efforcent tout d'abord de *créer des emplois*, avec des fortunes diverses : développement des services publics, appel à l'implan-

tation de firmes étrangères ou même, comme au Cameroun qui a une agriculture particulièrement prometteuse, frein à l'exode rural. Il va de soi que les créations d'emplois productifs sont très étroitement liées aux possibilités de développement économique, aussi bien dans l'agriculture et les services que dans l'industrie, qui varient d'un pays à l'autre.

La politique d'adaptation des offres aux demandes d'emploi passe également par une adaptation de la qualification de la main-d'œuvre aux besoins de l'économie, autrement dit par une orientation convenable des jeunes vers les filières de *formation* universitaire ou technique adéquates, soit par l'octroi de bourses pour étudier à l'étranger, avec le risque d'« exode des cerveaux », soit par le développement de filières de formation technique sur place. C'est, comme nous l'avons vu pour le personnel sanitaire, le moyen d'assurer progressivement la relève par les nationaux, des cadres — ou même, au Gabon, des ouvriers qualifiés — étrangers. Ces politiques se heurteraient, semble-t-il, au manque de goût des Africains pour l'acquisition de connaissances techniques, car ils préfèrent les matières littéraires ou juridiques. Mais ce handicap est en voie d'être surmonté.

Il n'y a pas d'aides au chômage. Car où commence le chômage ? Bien des habitants des villes vivent de petits emplois occasionnels. Quant aux ruraux, ils sont occupés, même faiblement. Les Etats ne peuvent, de toute évidence, trouver les moyens financiers qui seraient nécessaires pour assurer à une large partie de la population un revenu d'assistance susceptible de compenser l'absence de travail régulier.

Le nombre, en proportion peu élevé, de salariés à temps plein — publics ou privés — limite d'autant le champ d'application, donc l'impact, d'une législation sociale, par ailleurs avancée qui, par nature, concerne exclusivement les travailleurs. Tel est le cas de la législation du travail, aussi bien que de la sécurité sociale.

La *législation du travail* appliquée dans les trois pays est, dans une large mesure, inspirée par les principes de la législation française en vigueur avant l'indépendance. Les fonctionnaires bénéficient d'un statut qui, quoique adapté, s'apparente au statut français de la fonction publique. Les salariés du secteur privé sont protégés par une réglementation — conditions de travail, médecine du travail, salaires minimaux, etc. — qui trouve son origine dans le Code du travail d'Outre-Mer promulgué en 1952. Sur cette base, chaque

Etat a élaboré sa propre législation. La plus originale est sans doute la législation camerounaise, synthèse entre les systèmes français et anglais. Les règles légales sont complétées par des conventions collectives, conclues par les organisations professionnelles. Il y a généralement un syndicat de salarié unique, lié au parti unique. L'organigramme des services chargés du travail — bureaux de main-d'œuvre, inspection du travail par exemple — est également inspiré, sous des formes diverses, de l'organisation française.

Des régimes de *sécurité sociale*, encore embryonnaires, sont progressivement mis en place, à l'image du régime général de la Sécurité sociale française. Limités aux seuls salariés du secteur privé, ils sont financés par des cotisations assises sur les salaires. Trois catégories de risques sont couverts : les accidents du travail (gratuité des soins, versement d'indemnités et de rentes), les charges d'enfants (prestations familiales de naissance et d'éducation), enfin la vieillesse. L'assurance vieillesse est la branche qui s'est développée le plus récemment.

L'assurance maladie est encore inconnue. Toutefois les caisses de sécurité sociale gèrent elles-mêmes un certain nombre de dispensaires, voire d'hôpitaux, dans lesquels les assurés et leur famille peuvent se faire soigner gratuitement. Mais ce n'est pas la règle générale. Aussi la *couverture des soins de santé* est-elle inégalitaire. Les fonctionnaires et les salariés des sociétés importantes font figure de privilégiés : pour eux les soins sont pris en charge, en tout ou partie, par leur employeur, Etat ou entreprise. C'est parmi les salariés du secteur public et les membres de leur famille que l'on trouve le plus grand nombre de bénéficiaires des évacuations sanitaires hors du pays. Ceux qui ne sont ni fonctionnaires ni assurés sociaux — c'est-à-dire la population rurale — ne sont pas pour autant abandonnés à leur sort. Pour eux, s'ils sont démunis de ressources, l'hôpital et les médicaments sont gratuits. Cette forme d'assistance médicale est pratiquée largement dans les trois pays. Les « indigents » ne sont cependant pas les mieux servis. Ils font parfois les frais de la pénurie relative de médecins et d'infirmiers et de l'encombrement des hôpitaux.

Y a-t-il donc un fossé entre les salariés et les autres, les plus nombreux, qui n'ont ni revenu régulier ni assurance sociale ? Sans doute, mais ce fossé est moins large en réalité qu'en apparence. Deux facteurs contribuent à le combler : la solidarité familiale d'abord, la solidarité nationale ensuite.

Les revenus salariaux, qui représentent une part élevée du revenu national, ne sont pas concentrés entre les mains de leurs seuls titulaires directs. Grâce au jeu des relations familiales, celui qui dispose d'un revenu fixe et régulier contribue à la subsistance de toute sa famille. L'esprit d'entraide est conforme à de solides traditions des sociétés africaines, fondées sur une organisation tribale. C'est au sein de sa famille, au sens le plus large, que l'individu trouve la sécurité dont il a besoin. Elle assume la charge de l'orphelin, du handicapé, de la veuve, du vieillard. Le devoir de respect et d'assistance envers les parents reste sacré. La *solidarité familiale* est toujours vivace.

Cependant, la société, dans chacun des trois pays, se transforme au rythme du développement culturel et économique. L'urbanisation rapide, la différence croissante entre les modes de vie en ville et à la campagne entraînent un relâchement relatif des liens familiaux. Des clivages entre générations se font jour. Des problèmes nouveaux apparaissent : problème de la jeunesse, qui préoccupe tout particulièrement le président de la République unie du Cameroun, problème de délinquance, de violence, de sécurité en un mot dans les villes ; aspiration des femmes à une certaine émancipation.

Pour y faire face, les pouvoirs publics mettent en œuvre des politiques d'*action sociale* au sens large. Signe de l'importance accordée aux problèmes sociaux dans leur ensemble, réponse au besoin d'une solidarité nationale susceptible de prendre dans une certaine mesure la relève de la solidarité familiale traditionnelle, deux pays, le Cameroun et le Gabon, ont récemment créé un ministère des affaires sociales. Si les moyens sont encore limités, les ambitions sont généreuses : aides aux indigents ; aides aux familles, par le versement d'allocations à l'occasion de la naissance des enfants ou pour aider à la compensation des charges d'éducation ; mise en place de structures d'accueil pour les handicapés ; implantation de centres sociaux, destinés à apporter aux citoyens soutien et conseils.

Partout, les problèmes posés par l'évolution de la *condition féminine* sont au rang des priorités. L'émancipation culturelle et juridique de la femme est un objectif commun.

Filles et garçons accèdent également à l'école et au travail. En milieu urbain ou rural est engagée une action éducative en faveur des jeunes filles et des mères : éducation ménagère, sanitaire, juridique même. Des organisations féminines existent au sein des partis politiques. Dans les trois pays, les gouvernements se sont efforcés

d'assouplir le régime dotal qui préside aux relations maritales. Ici la dot a été supprimée. Là, plus en souplesse, elle a été maintenue mais ses effets juridiques sur la dépendance de la femme vis-à-vis de sa famille ou de son époux ont été atténués. Mais les traditions restent vivaces : selon la coutume, le mariage unit deux familles plus encore que deux époux ; la dot remise par l'époux à sa belle-famille est le signe et la preuve du mariage ; en cas de divorce, la dot doit être remboursée ; sans dot, pas de mariage : d'où la fréquence des jeunes couples en concubinage, l'union n'étant scellée que lorsque le garçon peut effectivement verser la dot. La polygamie est encore largement pratiquée ; mais la monogamie s'étend dans les jeunes générations, surtout dans les familles chrétiennes, sous la pression des femmes, mais aussi sous celle de la nécessité économique : de richesse, le fait d'avoir plusieurs épouses tend à devenir une charge trop lourde. Cependant ces évolutions sociologiques sont lentes. Il faut d'ailleurs se garder de considérer avec un regard d'occidental trop critique les mœurs ancestrales des autres peuples. Comme le disait à notre délégation, avec autant de sagesse que d'humour, Mme Tsanga, Ministre des Affaires sociales du Cameroun : « Mieux vaut un bon polygame qu'un mauvais monogame. »

## B. — Le Cameroun.

### 1. — POPULATION ACTIVE

Les travailleurs salariés au sens du code du travail — donc à l'exclusion des fonctionnaires sous statut — ne sont que 233 000, soit à peine plus de 3 % de la population totale et 7 % de la population active.

Ils se répartissent de la façon suivante :

- 48 000 dans le secteur public ;
- 185 000 dans le secteur privé, dont 52 000 dans le secteur primaire (agriculture, élevage, forêts), 55 000 dans l'industrie (la moitié employés à Douala), 78 000 dans les services.

L'importance du secteur salarié peut donc apparaître très faible. Mais par la masse salariale versée, par la productivité des entreprises du secteur moderne, par l'effet d'entraînement sur

les activités du secteur traditionnel, le secteur salarié occupe dans l'économie du pays une place sans commune mesure avec les effectifs numériques réels.

## 2. — INSTITUTIONS ADMINISTRATIVES

Deux départements ministériels sont concernés par les affaires sociales :

— le Ministère du Travail et de la prévoyance sociale (réglementation du travail, emploi et formation professionnelle, prévoyance sociale, inspection médicale du travail) ;

— le Ministère des Affaires sociales, créé en 1973, qui comprend la direction de l'Assistance publique (handicapés, œuvres sociales, crèches, orphelinats...) et la direction du développement social, chargée de la prévention et de la défense sociale (délinquance juvénile, prostitution, protection sociale de l'individu et de la famille). Ce Ministère dispose d'un budget de 600 millions de francs.

## 3. — LÉGISLATION ET RELATIONS DU TRAVAIL

L'harmonisation entre les législations française et anglaise s'est effectuée progressivement de 1961 à 1972 pour aboutir au nouveau Code du travail promulgué en 1974, applicable sur l'ensemble du territoire de la République-Unie. La législation du travail est très inspirée de la législation française (durée du travail, congés payés, salaires, travail des enfants et des femmes, contrat de travail, etc.). De la pratique anglaise, le Cameroun a hérité l'esprit de pragmatisme qui préside aux relations de travail. Grève et lock out sont autorisés, mais rarement utilisés, car les conflits du travail sont le plus souvent réglés à l'amiable par la mise en œuvre de procédures de conciliation.

Il existe aujourd'hui une seule grande organisation de salariés, l'Union nationale des travailleurs du Cameroun, fondée en 1972 par la fusion des trois centrales alors existantes. De leur côté, les unions patronales se sont réorganisées au cours de l'année 1972 pour constituer deux unions qui regroupent, l'une les syndicats patronaux du secteur secondaire et tertiaire, l'autre ceux du secteur primaire.

Les organisations professionnelles sont représentées au sein de deux organisations instituées auprès du Ministère du Travail et de la Prévoyance sociale : le Conseil national du travail (organisme consultatif et d'études) et la Commission nationale paritaire des conventions collectives et des salaires. Cette commission est compétente pour prendre des décisions exécutoires dans le secteur privé en matière de classification professionnelle, d'établissement et de barèmes de salaires minima.

Les conventions collectives se sont développées dès avant l'indépendance, au point de concerner 80 % des salariés du secteur privé. Mais ces conventions, conclues dans les années 1950 et, en outre, ne couvrant pas les provinces du Cameroun anglophone, ne sont plus adaptées à l'évolution de la législation sociale et ont besoin d'être renégociées de manière à élargir leur champ d'application à l'ensemble du territoire national. C'est à quoi s'attache depuis deux ans, avec succès, le Ministère du Travail et de la Prévoyance sociale. Dix conventions nationales ont déjà été signées.

Pour donner une idée du niveau des salaires, indiquons que le manoeuvre agricole perçoit, par mois, environ 7 000 F C. F. A., le manoeuvre industriel 14 700 F C. F. A. (85 F C. F. A. à l'heure), le cadre moyen 140 000 F C. F. A., le cadre supérieur entre 200 000 et 300 000 F C. F. A., l'officier 85 000 F C. F. A.

#### 4. — SÉCURITÉ SOCIALE

En matière de prévoyance sociale, les deux premières branches — prestations familiales et accidents du travail — ont été organisées par le Gouvernement après l'indépendance.

Les prestations familiales comportent des allocations prénatales, des allocations de maternité, des allocations familiales (700 F C. F. A. par mois et par enfant), enfin le versement d'indemnités journalières aux femmes salariées en congé de maternité.

Plus récemment (loi du 10 novembre 1969) a été institué un régime d'assurance vieillesse, invalidité, décès, qui fonctionne effectivement depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1976 en faveur des salariés âgés de soixante ans.

## 5. — PROBLÈMES SOCIAUX

Au cours des entretiens qu'elle a eus notamment avec le président Ahidjo et avec le Ministre des Affaires sociales, la délégation a pu constater que deux problèmes, liés à l'évolution des structures familiales traditionnelles, elle-même accentuée par l'urbanisation, préoccupait particulièrement les autorités camerounaises : celui de la jeunesse et celui de l'émancipation féminine ; jeunesse fraîchement instruite, qui souhaite s'affranchir de la tutelle familiale, et à laquelle il faut trouver des emplois ; femmes du Cameroun qui aspirent à davantage d'autonomie et que le Gouvernement assiste dans cette recherche, mais avec pondération et mesure et sans bousculer les traditions coutumières. Le législateur camerounais a voulu que soit respectée la volonté de la jeune fille dans le contrat de mariage : son consentement est exigé. La dot n'a pas été interdite mais elle n'est plus la condition du mariage. Elle est considérée comme un cadeau. Ainsi, si la dot a été versée et que le mariage n'est pas ensuite conclu, la famille qui l'a reçue est tenue de la restituer. Par ailleurs, les parents ne peuvent s'opposer au mariage au motif que la dot est d'un trop faible montant. Toutefois, dans la réalité des mœurs quotidiennes, aussi bien dans les milieux populaires des villes que dans les campagnes, la dot continue de tenir une place considérable dans la conclusion du mariage.

\*  
\* \*

Pour conclure ce bref aperçu du droit et des réalités camerounaises, on ne peut que souligner l'esprit de modération et de sagesse qui anime les responsables de la Nation du Cameroun pour diriger leur pays, dans la paix intérieure et extérieure, vers un mieux-être économique et social. Le handicap que constituait la diversité du pays est surmonté. Reste, avec l'aide des pays amis, qui sont nombreux et dont la France vient au premier rang, à poursuivre maintenant l'œuvre de développement économique.

## C. — Le Gabon.

### 1. — PROBLÈMES DE MAIN-D'ŒUVRE

Le Gabon — on l'a déjà dit — manque de main-d'œuvre qualifiée. Ce handicap est ancien. Il persiste, malgré les efforts remarquables du Gouvernement, entrepris depuis plus de dix ans pour améliorer la formation générale et technique de la population. Le taux de scolarisation est parmi les plus élevés d'Afrique. L'enseignement technique est bien structuré. Le Ministère du Travail a mis en place des centres de formation professionnelle accélérée. Les sociétés privées apportent leur concours à l'œuvre de formation en organisant des stages. Le Bureau international y contribue également. Malgré ces efforts conjugués, le pays ne peut faire face aux besoins de main-d'œuvre qu'exige l'accroissement rapide de l'activité économique dans des secteurs technologiquement très avancés. Aussi emploie-t-il un grand nombre de travailleurs étrangers. Les sociétés internationales qui s'implantent autour des activités essentielles — minerais, pétrole, exploitations forestières, bâtiment et travaux publics — apportent leurs capitaux, mais aussi leurs techniciens et leurs cadres. Les pays voisins, et même les pays plus lointains d'Afrique occidentale, fournissent le gros de la main-d'œuvre ouvrière. La Guinée équatoriale s'est ainsi vidée du tiers de sa population.

Quelle que soit l'ampleur donnée à la formation professionnelle, on voit mal comment le Gabon, faiblement peuplé, pourrait assurer son développement avec la seule force de travail nationale. Mais au moins peut-il espérer résorber les poches de chômage, qui, malgré les tensions sur le marché du travail, subsistent dans les grands centres urbains — Libreville et Port-Gentil — où s'accumule la population rurale en quête d'emplois.

Fait original en Afrique francophone, où généralement le secteur administratif est prééminent, les salariés employés par le secteur privé, et plus précisément dans le secteur secondaire, représentent une proportion importante de la population active. En 1967, déjà, l'industrie gabonaise occupait le tiers des effectifs salariés.

## 2. — PROTECTION DES TRAVAILLEURS

Le travailleur gabonais est un des mieux payés d'Afrique. Le S. M. I. G., indexé sur les prix à la consommation, augmente régulièrement et rapidement. L'ouvrier rémunéré au S. M. I. G. perçoit environ 30 000 F C. F. A. par mois. Mais il est vrai que le coût de la vie est également élevé pour les produits manufacturés comme pour les denrées alimentaires, en grande part importées : la production agricole gabonaise ne suffit pas à la consommation. La vie est donc chère, surtout pour le travailleur immigré qui ne peut compter, comme le travailleur gabonais, sur l'aide en nature de sa famille installée en brousse.

Les fonctionnaires ont, eux aussi, un bon niveau de revenus, le meilleur d'Afrique francophone. Leur statut a été fixé par la loi du 31 mai 1963. Le Gouvernement a poursuivi avec succès, depuis l'indépendance, une politique de « gabonisation » de la fonction publique, aujourd'hui entièrement nationalisée, sauf pour certains emplois techniques ou d'enseignement. En 1962 a été créée l'Ecole gabonaise d'administration, qui fournit les cadres.

Les relations de travail sont régies par le Code du travail, refondu par la loi du 4 janvier 1962. La législation laisse une large part à la détermination des conditions d'emploi par la voie des conventions collectives, établies par branches, sous le contrôle du Ministère du Travail.

Bien rémunéré, bien protégé juridiquement, le travailleur employé au Gabon est cependant soumis à des conditions de travail parfois rudes et risquées. Les accidents de travail sont fréquents, surtout sur les grands chantiers comme celui du transgabonais. Les exigences de productivité, la difficulté de faire respecter les normes de sécurité à une main-d'œuvre peu informée des risques qu'elle encourt et par ailleurs de nationalités et de langues différentes, sont autant de facteurs qui empêchent une prévention efficace. Lorsque l'accident survient, les soins ne peuvent pas toujours être prodigués aussi facilement qu'il serait souhaitable, faute de personnel et d'installations sanitaires sur place, faute aussi de voies de communication aisées. La fréquence des accidents du travail, leur gravité, sont un des soucis du Gouvernement qui s'efforce de les réduire avec l'aide des sociétés employeurs.

### 3. — SÉCURITÉ SOCIALE

Le régime de sécurité sociale est géré par la Caisse nationale gabonaise de prévoyance sociale. Il comporte trois branches : prestations familiales, instituées dès 1956 et refondues en 1963, accidents du travail et maladies professionnelles, enfin vieillesse depuis 1963.

Le régime de prestations familiales a été privilégié par les pouvoirs publics dans une optique nataliste. Il comporte le versement d'allocations prénatales, d'une prime à la naissance, d'allocations familiales mensuelles (2 500 F C. F. A. par enfant), d'indemnités journalières aux femmes salariées en couches, ainsi que l'attribution d'une layette gratuite.

Le régime de réparation des accidents de travail offre la gratuité des soins et des prothèses, le versement du salaire complet pendant les six premiers mois d'arrêt de travail et, en cas d'incapacité permanente, le versement d'une rente à vie réversible sur les ayants droit en cas de décès.

Dans le cadre de son action sanitaire et sociale, la caisse gère des dispensaires implantés dans les grandes villes (Libreville, Port-Gentil, Lambaréné). Elle a créé des centres de consultation médicale sur les chantiers et en brousse. Dans les centres médico-sociaux, les soins et les médicaments sont gratuits pour les assurés. Certaines grandes sociétés gèrent également des installations socio-sanitaires, voire des hôpitaux parfois très bien équipés, destinés en priorité à leurs propres employés.

### 4. — ACTION SOCIALE

Dans le cadre de sa politique d'assistance, le Gouvernement verse aux indigents, sur rapport de l'assistante sociale, des secours temporaires ou permanents. Les familles qui ne relèvent pas du régime des prestations familiales ont droit cependant à des allocations : une prime à la naissance (5 000 F C. F. A.) et une allocation familiale annuelle égale à 1 500 F C. F. A. Si ces sommes peuvent paraître à première vue modestes, elles représentent un apport de revenu appréciable aux familles bénéficiaires et constituent, pour le budget de l'Etat, une charge globale élevée.

L'ensemble de la politique d'action sociale relève maintenant d'un département ministériel autonome : le Ministère des Affaires sociales, des Anciens combattants et Victimes de guerre, chargé de la promotion féminine, créé peu de temps avant le passage de la délégation au Gabon. Son budget de fonctionnement, encore modeste, s'élève à 500 millions de francs C. F. A. Il devrait rapidement tripler dans les années à venir. Deux milliards d'investissements sont prévus pour financer la construction d'un centre de rééducation des enfants délinquants, d'un centre de thalassothérapie pour la rééducation des handicapés moteurs — notamment à la suite d'accidents du travail — et d'un centre de gérontologie.

Comme partout en Afrique francophone, la promotion féminine est un objectif prioritaire. Le Gabon a supprimé officiellement la dot dès 1963. En 1961 avait été créé le Conseil national des femmes gabonaises, qui contribue à définir la politique gouvernementale en matière de promotion féminine. Les femmes sont, au sein de l'Organisation nationale des femmes gabonaises, les agents actifs de la mise en œuvre des réformes décidées par le Gouvernement. L'action de l'organisation pénètre toutes les couches de la population grâce aux comités locaux créés dans chaque district et dans chaque commune. Les animatrices coopèrent aux réalisations sociales et culturelles avec les services ministériels, au premier rang desquels figure le Secrétariat d'Etat à la Promotion féminine placé sous la dépendance du Ministre des Affaires sociales. L'effort porte tout particulièrement sur la formation à l'économie familiale (péculiculture, hygiène alimentaire, travaux manuels, couture, cuisine, etc.). Quatre établissements sont créés ou agrandis à cet effet, en brousse ou en ville : l'Ecole des cadres ruraux d'Oyem, le Collège de formation pédagogique à Franceville, le Centre féminin du développement à Libreville, le Centre d'animation Ndombi Roga, à Tchipanga.

\*  
\* \*

Soulignons, pour conclure, que le Gabon offre le visage d'un pays en pleine transformation. La population profite des avantages financiers qu'offre le dynamisme de l'économie. Mais les mutations portent en elles des risques de déséquilibre plus élevés qu'ailleurs, qui imposent une action plus résolue des pouvoirs publics pour tenter de canaliser et de compenser les effets du développement sur le bouleversement de la société traditionnelle.

## D. — Le Congo.

La République populaire du Congo est, des trois pays visités, celui pour lequel il est le plus difficile de brosser un tableau synthétique des aspects les plus significatifs de la situation sociale. Il faut chercher la raison de cette difficulté dans le fait que nous avons passé notre temps en visites, en prises de contact sur le terrain, centrées surtout sur les problèmes de santé, plus qu'en discussions à thèmes généraux. Les Congolais nous ont davantage montré leurs réalisations qu'exposé leurs problèmes sociaux. Nous avons pu toutefois constater, au moment où nous avons séjourné au Congo, que le pays sortait d'une crise consécutive à l'assassinat dramatique du président Marien Ngouabi. La préoccupation essentielle des responsables du pays, ainsi qu'ils nous l'ont exposé eux-mêmes et ainsi que nous avons pu le voir à travers la presse locale, était avant tout de remettre la population au travail, après une période de relâchement relatif. Pour ce faire, des consignes, assorties de sanctions, ont été données à tous les niveaux de l'administration pour que l'encadrement soit plus efficace, l'exécution plus consciencieuse, la discipline au travail mieux respectée. Le Congo offrait effectivement l'image d'une nation qui rassemble ses forces, paisible et laborieuse, mais cependant gaie et animée, car tel semble être le fond du caractère congolais.

Après cette brève entrée en matière, nous donnerons quelques précisions sur l'organisation des services du travail et sur le régime de sécurité sociale, sur lequel nous avons eu des renseignements abondants.

### 1. — LES SERVICES DU TRAVAIL

Au Ministère du Travail sont rattachées, outre la réglementation du travail et la protection sociale, la gestion de la fonction publique et la justice.

Le Ministère comporte deux directions : d'une part, la Direction générale du travail, d'autre part, la Direction des services centraux, embryon d'administration centrale de la justice.

La Direction générale du travail est elle-même composée de trois directions : gestion du personnel civil de l'Etat, réglementation du travail et des lois sociales, enfin études, législation et contentieux.

A ces structures centrales s'ajoutent des services extérieurs qui prolongent l'action de la Direction générale du travail à l'intérieur du pays. Ce sont les inspections régionales du travail et des lois sociales dans les grands centres urbains et les bureaux de contrôle et de placement dans les centres secondaires.

La gestion du personnel de l'Etat (35 000 agents fonctionnaires ou contractuels) s'opère à partir d'un fichier central encore rudimentaire mais qui doit être développé et modernisé dans les années à venir avec l'aide des pays amis. Le statut de la fonction publique a été progressivement adapté aux conditions locales.

Le Code du travail en vigueur, héritier du Code du travail d'Outre-Mer, assure aux travailleurs une protection analogue à celle des pays voisins. En relèvent 70 000 salariés, y compris les contractuels de l'Etat.

Les responsables que nous avons vus ont insisté sur la nécessité d'une bonne médecine du travail pour compenser certains inconvénients humains du développement. La politique de prévention en matière d'accidents du travail est élaborée au niveau national au sein d'un comité technique consultatif composé de hauts fonctionnaires. La médecine du travail est développée dans tous les secteurs, y compris l'agriculture en voie de mécanisation. Des comités d'hygiène et de sécurité fonctionnent au niveau des entreprises. L'effort de formation des travailleurs à la sécurité se poursuit. Le médecin du travail donne des soins mais aussi, par les visites d'embauche et les visites périodiques, il joue un rôle préventif. Il fait chaque année un rapport à l'inspecteur du travail.

## 2. — SÉCURITÉ SOCIALE

La Caisse nationale de Prévoyance sociale (C. N. P. S.) a son statut actuel d'établissement public depuis 1974. Aboutissement de la lutte des travailleurs pour se voir reconnaître le droit aux prestations sociales, prévu par le Code du travail de 1952, le régime actuel s'est étoffé progressivement, à partir d'un simple régime de

prestations familiales entré en application en 1956, par la création d'un régime obligatoire d'assurances contre les accidents du travail et les maladies professionnelles en 1959, puis par celle d'un régime de retraites en 1962.

La C. N. P. S. est administrée par un conseil d'administration tripartite (employeurs, salariés, pouvoirs publics) et placée sous la tutelle du Ministère du Travail. Il existe aussi au sein de la caisse un comité de direction composé de représentants du Parti congolais du travail, de la Direction et du syndicat de base.

Les ressources des régimes de prestations familiales et d'accidents du travail sont constituées par des cotisations patronales assises sur les rémunérations dans la limite d'un plafond de 85 000 F par mois et, pour les prestations familiales seules, par une contribution budgétaire de l'Etat.

Le régime d'assurance pension est financé essentiellement par des cotisations des employeurs et des salariés.

Les prestations familiales suivantes sont versées :

- une prime à la naissance de 1 100 F C. F. A. pour chacun des trois premiers enfants légitimes ;
- des allocations prénatales (4 950 F C. F. A.) ;
- des allocations familiales d'entretien : 800 F C. F. A. par enfant et par mois ;
- le maintien de 50 % de son salaire à la mère en congé de maternité.

En outre, sont servies des prestations en nature dans le cadre du fonds d'action sanitaire, sociale et familiale.

Le régime d'assurance accidents du travail offre la gratuité des soins, à condition toutefois que le travailleur accidenté soit soigné dans les établissements sanitaires publics, sauf dérogation spéciale accordée par la caisse. Une indemnité journalière est servie à la victime, ainsi qu'une rente en cas d'incapacité permanente, réversible sur les survivants si la victime décède.

Le régime d'assurance vieillesse sert une pension égale au minimum à 60 % du S. M. I. G. au travailleur âgé de cinquante-cinq ans qui a exercé son activité pendant quinze ans au moins. Le salarié qui ne remplit pas les conditions de durée d'activité se voit attribuer une allocation de vieillesse, en un versement unique, lorsqu'il cesse de travailler à cinquante-cinq ans.

Dans le cadre de l'action sanitaire et sociale, la caisse gère des services médico-sociaux au profit des assurés et de leur famille. Cette action demeure encore très timide pour les vieux travailleurs.

\*  
\* \*

La délégation n'a pu, malheureusement, se documenter utilement sur l'évolution des structures de la société congolaise traditionnelle. On peut dire toutefois que cette évolution, quoique moins sensible qu'au Gabon par exemple, se réalise sous la pression de l'élévation du niveau culturel — le taux de scolarisation est très satisfaisant — et par le jeu de l'action politique volontariste du Gouvernement et du parti.

Le développement économique reste la préoccupation majeure des responsables, très conscients de la nécessité de maintenir l'ordre et la discipline dans le pays afin d'y attirer les capitaux étrangers indispensables à son essor.

## CONCLUSION

Posons-nous, en guise de conclusion, la question de savoir quelle peut être l'utilité d'une mission d'information telle que celle qu'a effectuée votre commission en Afrique centrale.

Tout d'abord, mesurer l'ampleur des difficultés auxquelles sont confrontés ces pays pour accéder à une meilleure situation sanitaire incite à relativiser nos propres problèmes sanitaires et sociaux nationaux. Intolérables à l'échelle de l'hexagone, ils perdent de leur gravité à l'échelle mondiale. C'est là une leçon de sagesse et de modestie.

En second lieu, nous avons pu apprécier combien la France reste, pour les pays visités, un partenaire privilégié, avec lequel les liens restent très forts. Usage de la langue, culture commune, habitudes administratives héritées du passé, amitiés profondes et toujours vivaces entretenues par les échanges humains sont autant de facteurs qui confortent nos relations avec l'Afrique francophone.

Les pays que nous avons visités ont besoin d'aide, ils sont conscients de manquer encore de moyens matériels pour accéder aux objectifs de développement qu'ils se sont fixés. Pour obtenir cette aide, ils s'adressent à tous les pays, mais à la France d'abord. Il faut continuer de répondre à leur appel. Mais ils ont besoin d'une aide adaptée aux conditions locales. Il faut donc leur apporter autant que possible des équipements et des matériels adaptés. Ce que nous avons vu permet de penser que des efforts sont à faire dans cette voie.

Ouverture d'esprit, constatation de liens privilégiés avec la France, nécessité d'une aide plus sélective et mieux adaptée, trois enseignements, trois leçons à tirer de cette mission pour les parlementaires que nous sommes.

Enfin, de telles missions ont pour effet de resserrer les relations réciproques. Elles sont, pour les pays visités, le signe de la curiosité, de l'intérêt, de l'amitié de la France.

Ainsi cette mission aura servi à mieux informer la commission et le Sénat sur les besoins du Cameroun, du Gabon et du Congo, sur les efforts réalisés par ces pays, sur l'aide que la France peut leur apporter aux côtés des autres nations et des organismes internationaux. Mais les membres de la délégation peuvent penser avec une certaine satisfaction que la mission aura également contribué à souder davantage les liens d'amitié entre ces trois pays et le nôtre.

## ANNEXE N° 1

### L'AIDE DE LA FRANCE AU CAMEROUN EN MATIERE DE COOPERATION SANITAIRE

Elle intervient sous deux formes :

- aide en personnel ;
- investissements F. A. C.

#### 1. — Aide en personnel.

Au 1<sup>er</sup> janvier 1977, 79 postes étaient tenus par l'Assistance technique française :

1° Militaires : 44 dont 37 médecins, 3 pharmaciens chimistes, 2 officiers d'administration, 2 sous-officiers ;

2° Contractuels : 21 dont 11 médecins, 3 chirurgiens dentistes, 3 sages-femmes, 3 infirmières, 1 manipulateur radio ;

3° Appelés du service national : 14 dont 12 médecins, 1 kinésithérapeute, 1 électro-nicien.

#### 2. — Investissements Fonds aide coopération (F. A. C.) réalisés.

(En francs C. F. A.)

1970 : Construction et équipement de l'école d'infirmiers de Garoua.	80 000 000
1971 : Construction et équipement du laboratoire régional de biologie de Garoua .....	55 000 000
1972 : Construction et équipement du service de radiologie et modernisation du service de chirurgie à l'hôpital central de Yaoundé.	125 000 000
1975 : Fourniture d'équipements complémentaires aux hôpitaux de Yaoundé et Douala.....	93 000 000
Modernisation de l'hôpital de Douala, 1 <sup>re</sup> tranche : étude architecturale .....	57 000 000
Il faut ajouter à ces investissements ceux réalisés au profit du C. U. S. S. (Centre universitaire des services de la santé).	
1969 : Etude architecturale .....	25 000 000
1972 : Etude du projet d'exécution.....	20 000 000
1973 : Participation à la construction.....	450 000 000
(sur un coût total de 2 400 000 000 F C. F. A. : projet conjoint avec l'U. S. Aid et le Gouvernement camerounais).	

Pour terminer, il faut signaler l'octroi annuel de cent bourses aux étudiants du C. U. S. S.

## ANNEXE N° 2

### L'AIDE DU FONDS D'AIDE ET DE COOPERATION AU GABON

Investissements dans les domaines sanitaire et social (en francs français).

ANNEES	SANTE	SOCIAL	PROJETS
1970 .....	240 000	* 30 000	* Formation de cadres paramédicaux et sociaux.
1971 .....	>	>	
1972 .....	>	>	
1973 .....	>	>	
1974 .....	>	>	
1975 .....	>	1 986 000	Télévision socio-éducative.
1976 .....	* 219 426	**1 300 000	* Banque du sang.
1977 .....	>	>	** Formation des instructeurs du service civique.
Total...	459 426	3 316 000	

## ANNEXE N° 3

### NOTE SUR LA COOPERATION SANITAIRE FRANÇAISE AU CONGO

#### I. — Personnels.

Une Convention du 1<sup>er</sup> janvier 1974, qui remplace et abroge celle du 14 juillet 1971, définit les modalités de l'Assistance technique médicale entre la République Française et la République Populaire du Congo.

Intégrée à la Santé publique, la Mission médicale française participe au fonctionnement des services techniques des différentes unités sanitaires de la République Populaire du Congo, ainsi qu'à la formation et au recyclage du personnel congolais.

Les effectifs théoriques de la Mission médicale française sont actuellement de 78 personnes dont 32 appartiennent au Service de Santé des Armées.

Ce personnel de l'Assistance technique médicale française mis à la disposition du Gouvernement Congolais se répartit en plusieurs Missions médicales.

#### 1. — LA DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Un médecin général, chef des Missions médicales est placé auprès du Ministre, il est chargé de la discipline et de la notation du personnel français d'assistance technique. Il assure les relations du département de la Santé avec la Mission d'aide et de coopération et participe à l'étude et à l'exécution des programmes d'aide.

Par ailleurs, en relation avec l'Attaché des forces armées à l'Ambassade de France, il assure la liaison avec l'autorité militaire (B. R. G., D. S. S. 5<sup>e</sup> R. M.) pour tout ce qui concerne l'administration du personnel du Service de Santé des Armées en service auprès de la République Populaire du Congo.

Un sous-officier, secrétaire d'administration, est mis à la disposition du chef de la Mission médicale française.

#### 2. — LA MISSION MÉDICALE FRANÇAISE A L'HÔPITAL GÉNÉRAL DE BRAZZAVILLE

C'est la plus importante de nos Missions médicales au Congo. Elle comprend trente-cinq personnes, dont dix-sept médecins, un pharmacien et un chirurgien dentiste :

- 4 chirurgiens ;
- 1 **médecin anesthésiste réanimateur** ;
- 1 gynécologue accoucheur ;
- 2 **médecins de médecine générale** ;
- 1 pédiatre ;
- 1 **médecin phthisiologue** ;
- 1 **neuro-psychiatre** ;

- 1 ophtalmologiste ;
- 2 radiologues ;
- 1 stomatologiste ;
- 1 médecin O. R. L. ;
- 1 médecin biologiste ;
- 1 chirurgien dentiste ;
- 1 pharmacienne ;
- 1 sage-femme ;
- 1 manipulateur radio ;
- 1 kinésithérapeute ;
- 2 laborantines ;
- 1 prothésiste dentaire ;
- 7 infirmiers dont 3 aides-anesthésistes ;
- 1 dépanneur radio ;
- 2 monitrices puéricultrices.

Ainsi, la Mission médicale française assure encore presque la totalité des services de l'hôpital général de Brazzaville. L'hôpital a une capacité hospitalière de 1 441 lits.

A titre d'exemple, en moyenne annuelle, les services médicaux mettent environ 9 000 malades et pratiquent 18 000 consultations. Les services chirurgicaux effectuent 23 000 hospitalisations et 10 000 interventions sont pratiquées sous anesthésie générale. A la maternité, 8 000 accouchements sont relevés. Au service de radiologie, le nombre d'exams pratiqués est de l'ordre de 40 000.

### 3. — LA MISSION MÉDICALE FRANÇAISE DU SERVICE DE L'ÉPIDÉMIOLOGIE ET DES GRANDES ENDEMIES

Elle se résume à un médecin du Service de santé des armées, chef de la Division technique, et une secrétaire.

(Le chef du Service est un médecin congolais, mais la Direction effective du Service est confié au chef de la Division technique.)

### 4. — LA MISSION MÉDICALE FRANÇAISE A L'HÔPITAL A. SIGE DE POINTE-NOIRE

Elle se compose de seize coopérants, dont neuf médecins :

- 3 médecins de médecine générale ;
- 1 chirurgien ;
- 1 médecin O. R. L.
- 1 radiologue ;
- 1 stomatologiste ;
- 1 ophtalmologiste ;
- 1 chirurgien dentiste ;
- 2 sages-femmes ;
- 1 manipulateur radio ;
- 1 prothésiste dentaire ;
- 2 infirmiers dont 1 aide anesthésiste et 1 laborantine ;
- 1 médecin anesthésiste-réanimateur.

A l'hôpital A. Sige de Pointe-Noire, également la majorité des services sont entre les mains de la Mission médicale française. La capacité hospitalière est de 765 lits. En 1976, environ 17 000 hospitalisations ont été effectuées, 21 000 consultations ont été pratiquées. Le nombre des interventions chirurgicales s'est élevé à 6 000 dont 2 000 sous anesthésie générale. Il y a eu 8 000 accouchements.

## 5. — LA MISSION FRANÇAISE A MOSSENDJO

Destinée à assurer le fonctionnement d'un hôpital secondaire de 150 lits, situé à Mossendjo, dans la région du Niari. La Mission comprend :

- 2 médecins dont 1 chirurgien ;
- 1 infirmière aide-anesthésiste ;
- 1 laborantine (éventuellement).

Situé au centre d'une importante région d'exploitation forestière, l'hôpital de Mossendjo a été construit avec la participation du F. A. C. ; il dessert environ 30 000 habitants.

## 6. — MISSIONS DANS LES FORMATIONS SECONDAIRES

Trois médecins sont encore en service dans des formations secondaires isolées :

- le médecin-chef du Centre médico-social des fonctionnaires à Brazzaville ;
- le médecin-chef du Centre urbain d'hygiène scolaire à Pointe-Noire ;
- le médecin-chef du Centre urbain d'hygiène générale à Pointe-Noire.

Il est à prévoir que ces postes seront relevés à plus ou moins brève échéance par des médecins congolais.

Enfin, il faut ajouter à cette liste le personnel mis à la disposition de la Direction générale des affaires sociales qui comprend cinq assistants (tes) sociaux.

## 7. — PERSONNEL EN SERVICE HORS CONVENTION

Ce personnel d'Assistance technique médicale en service en République Populaire du Congo ne figure pas au programme d'emploi de la convention passée avec le Ministère de la Santé.

Ce sont :

— le personnel en service dans l'armée congolaise, qui comprend : trois médecins, un pharmacien, un dentiste.

Tous en service à l'hôpital militaire de Brazzaville. Il s'agit de personnels du Service de Santé des armées de carrière ou du Service national, servant dans les cadres au titre de l'Assistance technique militaire et qui font l'objet d'une Convention particulière avec le Ministère de la Défense.

Ce personnel, rattaché à l'Attaché des forces armées près l'Ambassade de France, est noté par le chef de la Mission médicale française ;

— le Centre médico-social des agents de la Coopération, qui emploie :

— un médecin du Service de Santé des armées ;

— Une assistante sociale,

qui sont considérés comme faisant partie du personnel de la Mission d'aide et de Coopération ;

— le médecin-chef du chemin de fer Congo-Océan (C. F. C. O.) et de l'Agence transcongolaise de communication (A. T. C.), qui est actuellement encore un médecin du Service de Santé des armées.

Enfin, le directeur de la station O. R. S. T. O. M. de Brazzaville est actuellement un pharmacien chimiste, chef des Services du Service de Santé des armées.

## II. — Programme du Fonds d'aide et de coopération.

### A. — BILAN DES OPÉRATIONS F. A. C. AU 31 DÉCEMBRE 1976

#### 1. — *Hôpital de Mossendjo.*

L'hôpital de Mossendjo a finalement pu ouvrir ses portes le 12 janvier 1976. Lors de la visite du médecin général le 24 novembre 1976, l'établissement, après dix mois de service, conservait encore son aspect neuf ; seul l'entretien des cours intérieures laissait à désirer, sans doute du fait de l'absence de clôture d'enceinte donnant ainsi libre accès aux éléments étrangers indésirables.

Le fonctionnement des divers services hospitaliers semble devoir assurer un rendement satisfaisant. Cependant, l'alimentation en eau et électricité dont dépend la bonne marche de la formation soulève des problèmes quotidiens. Il s'est avéré que le Réseau de la société nationale d'énergie était incapable, pour l'instant, de fournir la puissance nécessaire et suffisante au fonctionnement des installations électriques dont cet hôpital est pourvu à l'excès. Force est donc d'envisager son fonctionnement en autonomie. Le principe en est admis par le Ministère de la Santé ; mais la commande du groupe électrogène de 71 kW de 13 000 000 C. F. A. prévu pour utilisation continue n'a pu être arrêtée jusqu'à présent faute de pouvoir payer la première mise de fonds.

Il reste que le courant utilisé en attendant est fourni par un groupe de secours de 125 kW qui ne peut fonctionner qu'à la demande. L'entretien et la charge des batteries du système de démarrage sont une source de soucis continus, pour la plupart impossibles à régler sur place.

Le système de pompage et de distribution de l'eau fonctionne encore normalement.

Mais cette alimentation de l'hôpital aussi bien en eau qu'en électricité produite par groupe électrogène ou pompe actionnée par moteur diesel, reste étroitement liée au ravitaillement en carburant. Toute rupture d'approvisionnement risque de compromettre la bonne marche des services. C'est ainsi que récemment l'hôpital est resté sans eau et sans électricité pendant plus d'une semaine. La question se pose évidemment de savoir pourquoi les responsables congolais de la gestion de l'hôpital ne prévoient pas une réserve de carburant suffisante pour pallier ces incidents.

Les trois logements sont neufs et entièrement achevés et équipés.

Au 31 décembre 1976 reste, sur cette Convention un crédit du F. A. C. de 1 087 205 F. C. F. A. qui seront utilisés à court terme à divers travaux de finition et mise au point : groupe électrogène, circuit électrique, véhicules, cuisines.

#### 2. — *Pavillon de physiologie de l'hôpital général de Brazzaville*

Le pavillon, dont la mise en service est reculée de mois en mois et cela depuis deux ans, est enfin terminé et équipé ; cependant la finition se heurte au problème de l'évacuation des eaux usées. Le niveau d'écoulement se trouve situé (à un mètre) au-dessous du réseau d'évacuation de l'hôpital, ce qui a conduit à envisager au sortir des fosses d'épuration, un système de puisards dont le trop-plein éventuel sera évoqué par pompage. Le principe vient d'un être adopté et cet incident supplémentaire devrait retarder encore de un à deux mois l'ouverture du nouveau service de pneumo-physiologie.

3. — *Assistance financière au Service de l'épidémiologie et des grandes endémies.*

Une aide financière de 25 000 000 F C. F. A. a été demandé en 1976 par le Gouvernement Congolais. Elle prévoyait l'assistance suivante :

— moyens de déplacement (bateaux et moteurs) (C. F. A.).....	14 500 000
— crédits de fonctionnement.....	6 500 000
— médicaments et matériel technique.....	4 000 000

Le projet présenté à la Grande Commission franco-congolaise en mai 1976 n'a pas été retenu. Représenté cette année après avoir subi certaines modifications, il a été accepté en juin dernier.

4. — *Projet d'appui technique aux équipes médicales françaises des hôpitaux.*

Le projet a pu être réalisé presque en sa totalité en 1976.

En ce qui concerne les hôpitaux de Brazzaville et de Pointe-Noire on peut considérer que les crédits prévus sont entièrement engagés.

A Brazzaville, les dotations en matériel technique apportent une amélioration très sensible des conditions de travail de notre personnel.

A Pointe-Noire, le bloc opératoire apparaît transformé.

A Mossendjo, étant donné l'ouverture récente de l'hôpital et les mutations de personnel survenues en cours d'année, les besoins n'ont pu être appréciés entièrement dans l'immédiat. Le reste au 31 décembre 1976, sur les 10 000 000 F C. F. A. accordés, un reliquat de 5 083 950 F C. F. A. dont l'utilisation est prévu à court terme.

Le principe de cette assistance matérielle à nos équipes médicales, constitue le palliatif indispensable à leurs difficultés de travail et mérite d'être reconduit dans les années à venir.

**B. — PROJETS D'AIDE RETENUS PAR LA FRANCE EN MAI 1977**

1. — **Renouvellement de l'équipement radiologique de l'hôpital général de Brazzaville (1<sup>re</sup> tranche) : 0,9 million de francs français.**

2. — **Equipement d'un service de cardiologie : 0,3 million de francs français.**

3. — **Aide aux grandes endémies : 0,7 million de francs français.**