

Profil de la Transition Sanitaire en République du Congo

Etienne Paka

Département de géographie, Université Marien Nguoubi

Institut Géographique National (IGN)

Brazzaville, République du Congo

[Doi: 10.19044/esipreprint.8.2024.p626](https://doi.org/10.19044/esipreprint.8.2024.p626)

Approved: 25 August 2024

Posted: 27 August 2024

Copyright 2024 Author(s)

Under Creative Commons CC-BY 4.0

OPEN ACCESS

Cite As:

Paka E. (2024). *Profil de la Transition Sanitaire en République du Congo*. ESI Preprints.

<https://doi.org/10.19044/esipreprint.8.2024.p626>

Résumé

L’Afrique, comme les autres régions du monde, est engagée dans la transition sanitaire qui se caractérise par le fait que les maladies non transmissibles supplantent progressivement les maladies transmissibles en tant que principales causes de la morbidité et de la mortalité. Cette étude a pour objectif d’analyser le profil de la transition sanitaire en République du Congo en répondant à trois principales questions : le Congo a-t-il entamé sa transition sanitaire ? Quelles sont les facteurs de cette transition ? Cette transition est-elle spatialement différenciée ? Trois types de sources documentaires ont été utilisées : les rapports et les enquêtes produits au niveau national, les publications scientifiques et les sources internationales. Trois types d’indicateurs sont analysés à différentes échelles spatiales : la morbidité, la natalité et les états nutritionnels. De l’étude, il ressort que le Congo est en transition sanitaire. En effet, même si les maladies transmissibles demeurent encore dominantes, les pathologies non transmissibles représentent une part croissante de la morbidité et de la mortalité, et particulièrement dans la population adulte. Cette transition sanitaire est le résultat de plusieurs facteurs, dont la transition démographique et l’urbanisation avec tous les changements qui en résultent en termes de mode de vie (sédentarité) de pratiques de consommation (alimentaires, alcool et tabac...). L’urbanisation apparaît ainsi comme un accélérateur de la transition sanitaire. Cette transition sanitaire est aujourd’hui et plus encore pour les années qui viennent une source de nouveaux défis sanitaires aussi bien en termes de prévention et de prise en

charge des pathologies chroniques que de réorganisation du système de soins et d'articulation des politiques publiques de santé en fonction des contextes sociogéographiques.

Mots clés : Congo, transition sanitaire, différenciation spatiale, milieux de résidence

Profile of Health Transition in the Republic of Congo

Etienne Paka

Département de géographie, Université Marien Ngouabi
Institut Géographique National (IGN)
Brazzaville, République du Congo

Abstract

Africa, like other regions of the world, is undergoing a health transition characterized by the gradual replacement of communicable diseases with non-communicable diseases as the leading causes of morbidity and mortality. This study aims to analyze the health transition profile in the Republic of Congo by addressing three main questions: Has Congo embarked on its health transition? What are the driving factors behind this transition? Is this transition spatially differentiated? Three types of documentary sources were used: national reports and surveys, scientific publications, and international sources. Three types of indicators were analyzed at different spatial scales: morbidity, birth rates, and nutritional status. The study reveals that Congo is indeed in the midst of a health transition. Although communicable diseases remain dominant, non-communicable diseases account for an increasing share of morbidity and mortality, particularly among the adult population. This health transition is driven by several factors, including demographic transition and urbanization, which bring about lifestyle changes (sedentariness) and consumption practices (food, alcohol, and tobacco). Urbanization thus appears to be an accelerator of the health transition. This health transition presents new public health challenges both now and in the coming years, particularly in terms of the prevention and management of chronic diseases, the reorganization of the healthcare system, and the alignment of public health policies with socio-geographical contexts.

Keywords: Congo, health transition, spatial differentiation, residential environments

Introduction

Omran (1971) a proposé la théorie de la transition épidémiologique pour analyser l'évolution des causes de décès dans ses interactions avec les structures démographiques ainsi que leurs déterminants. Il a formalisé cette théorie comportant trois phases (l'ère de la peste et de la famine, l'ère du recul des pandémies, l'ère des maladies dégénératives et chroniques) pour expliquer les changements intervenus dans les structures des causes de la mortalité dans les pays développés, depuis la révolution industrielle jusqu'à la fin des années 1960. Ces changements se sont caractérisés par le fait que les maladies dégénératives et chroniques ont progressivement supplanté les maladies infectieuses en tant que principales causes de la morbidité et de la mortalité. Certains auteurs ont toutefois critiqué la théorie de la transition épidémiologique proposée par Omran en objectant qu'elle ne pouvait pas, en l'état, être appliquée dans tous les contextes sociogéographiques. Alors que cette transition épidémiologique s'est étalée sur plusieurs siècles dans les pays développés, elle est globalement plus rapide, voire soudaine, dans les pays en développement (Picheral, 1989 ; Phillips, 1989). Son caractère linéaire et unidirectionnel le rend aussi moins opératoire dans le cas des pays moins développés, notamment ceux d'Afrique, où il n'y a pas de rupture nette entre les pathologies parasitaires et infectieuses, attribuées aux sociétés rurales et traditionnelles, et les pathologies chroniques non transmissibles, synonymes de sociétés urbaines et modernes. On observe au contraire que les maladies parasitaires et infectieuses que l'on pensait vaincre assez rapidement se maintiennent encore à des niveaux élevés et coexistent avec les pathologies chroniques. En Afrique, cette transition s'est faite et continue à se faire aussi d'une manière beaucoup plus fragmentée et contrastée, avec des avancées très rapides dans certains cas, des périodes de stagnation et même de régression dans d'autres cas, en fonction des échelles spatiales (Amat-Roze, 2015 ; Meslé, 2003 ; Caselli et al., 2001).

Cette dimension plurielle de la transition a été conceptualisée par Frenk et al., (1991) dans un texte publié dans la revue *Health Transition Review*. Les auteurs y ont formalisé le concept de transition sanitaire qu'ils considèrent plus large que celui de transition épidémiologique qui n'en serait que l'une des composantes. La transition sanitaire engloberait ainsi la transition épidémiologique stricto sensu, comme processus de changement dans le temps de la structure des maladies et des causes des décès, mais aussi les facteurs sociaux collectifs, individuels et institutionnels (y compris l'offre de soins) en lien ou en réponse à la transition épidémiologique. Le glissement sémantique d'une transition sanitaire à plusieurs dimensions, et plus large que la transition épidémiologique, proposé par Frenk et al. (1991) est repris dans plusieurs travaux (Meslé et Vallin, 2007). C'est également celle que nous retenons dans cette étude qui a pour objectif d'analyser le

profil de la transition sanitaire en République du Congo. Elle s'articule autour de trois questions : le Congo a-t-il entamé sa transition sanitaire ? Quelles sont les facteurs de cette transition ? Cette transition est-elle spatialement différenciée ?

1- Données et méthodologie

L'analyse des changements intervenus dans les causes de la mortalité et de la morbidité implique de disposer de séries statistiques ayant une profondeur historique suffisante pour en saisir les tendances. En Afrique au sud du Sahara, d'une manière générale, et au Congo, en particulier, les séries statistiques de mortalité générale et spécifique sont pauvres, manquent de profondeur historique et sont par ailleurs difficiles à obtenir à cause des dysfonctionnements des services en charge des statistiques. Cela contraint à utiliser des sources fragmentaires dont les données ne sont toujours pas collectées selon les mêmes standards. Les mêmes difficultés concernent aussi la morbidité. L'absence d'un système d'information sanitaire cohérent fait qu'il est difficile d'avoir des données homogènes sur des périodes de temps assez longues. Malgré leurs faiblesses, les quelques données disponibles permettent néanmoins de saisir les principales tendances de la structure de la morbidité et de la mortalité.

Trois types de sources ont été utilisées pour réaliser cette étude : les rapports et les enquêtes produits au niveau national, les publications scientifiques et les sources internationales. Au niveau national, les données de morbidité et de mortalité proviennent des annuaires des statistiques sanitaires (2012 et 2020), des enquêtes démographiques et de santé (2005 et 2011) et de l'enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS5 Congo, 2014-2015). Ces données ont été complétées par celles fournies par les publications scientifiques. Des sources internationales, il s'agit essentiellement des données de morbidité et de mortalité publiées par l'Organisation mondiale de la santé et la Banque mondiale. Il s'agit bien souvent d'estimations reconnues fiables et qui sont, de ce fait, utilisées dans les comparaisons internationales.

Trois types d'indicateurs sont utilisés : les indicateurs de morbidité, de natalité et d'états nutritionnels. Ils sont analysés de manière générale, mais aussi spécifique pour tenir compte de la structure par âge de la population. Leur analyse est d'abord conduite à l'échelle nationale puis à l'échelle des départements et des milieux de résidence (Urbain/rural).

2- Résultats et discussion

2.1. Une morbidité et une mortalité marquées par la double charge des pathologies transmissibles et non transmissibles

2.1.1. La morbidité

Le tableau 1 présente les dix premières causes des hospitalisations et des consultations ambulatoires pour les années 2012 et 2020, telles que notifiées par le système de surveillance épidémiologique national. Ces dix premières pathologies représentent respectivement 94% et 84% de la morbidité enregistrée en 2012 et 2020.

Le tableau montre que les pathologies transmissibles ont encore un poids prépondérant dans la morbidité générale. C'est le cas notamment du paludisme qui représente plus de la moitié des motifs des consultations. Trois autres pathologies non moins classiques du complexe parasitaire et infectieux suivent de très loin : les infections respiratoires aiguës, les diarrhées et les infections uro-génitales. La prédominance du paludisme parmi les problèmes de santé est l'une des caractéristiques majeures de la morbidité enregistrée dans les pays africains au sud du Sahara (Gruénais et Pourtier, 2000 ; Niang et Salem, 2015 ; Paka, 2022). Le rapport d'étape 2022 sur le paludisme de l'Union Africaine (2022) indique que l'Afrique représente 96,3% des cas mondiaux et 97,6% des décès mondiaux et que près de 1,2 milliards de personnes sont exposées au risque d'infection palustre sur le continent.

Au Congo, et dans les autres pays africains au Sud du Sahara, la persistance des pathologies parasitaires et infectieuses témoigne fondamentalement de l'existence de systèmes pathogènes favorables à ces pathologies à cause, notamment, de la pauvreté, des mauvaises conditions de vie (habitat, nourriture, hygiène individuelle...), des carences en matière d'assainissement, du faible accès à une offre de soins insuffisante et par ailleurs peu performante (Paka, 2022 ; Bouba Djourdebbé, 2019 ; Niang et Salem, 2015). A cela, il faudrait ajouter la résistance des agents pathogènes aux molécules commercialisés, mais aussi les modifications de l'environnement naturel et social à l'origine des nouvelles pathologies émergentes telles que Ebola et le Monkeypox (Salem et Fournet, 2020).

Tableau 1 : Les causes des hospitalisations et des consultations ambulatoires

PATHOLOGIES	2012		2020	
	Effectifs	%	Effectifs	%
Paludisme	334769	61,4	361310	59,3
Infections respiratoires aiguës	72541	13,3	37966	6,2
Diarrhées	32362	5,9	35336	5,8
Infections uro-génitales	23984	4,4	30323	5,0
Dermatose	16630	3,1	11869	1,9
Pneumonie	8543	1,6	7791	1,3
Anémie	7454	1,4	7317	1,2

Fièvre typhoïde	7401	1,4	5345	0,9
Hypertension artérielle	6855	1,3	12137	2,0
Diabète	2011	0,4	7428	1,2

*Source : Annuaire des statistiques sanitaires 2012/2020
Ministère de la santé*

A l'autre bout du tableau apparaissent deux pathologies non transmissibles, l'hypertension artérielle et le diabète. Leurs poids paraissent faibles par rapport à la morbidité générale. Ces chiffres sont toutefois loin de traduire le niveau réel de la prévalence de ces pathologies. Ce ne sont en effet pas des pathologies pour lesquelles l'on consulte spontanément et l'incapacité du système de soins, notamment au niveau périphérique, à rendre compte de certains problèmes de santé concerne en particulier ces pathologies non transmissibles. Le poids de ces pathologies apparaît mieux quand l'on considère la morbidité spécifique des adultes, c'est-à-dire de la tranche de la population la plus exposée. A partir des données issues des centres de santé de premier recours du district sanitaire de Bacongo, Paka (2022) a montré qu'après le paludisme, l'hypertension artérielle et le diabète sont la deuxième cause des consultations pour les patients de plus de 45 ans (12,7 % pour les patients de 45 à 54 ans et 28,0 % pour ceux de plus de 54 ans). Ces niveaux de prévalence au sein de la population adulte se rapprochent de ceux indiqués dans les études réalisées en population, en milieu professionnel ou hospitalier, aussi bien au Congo que dans d'autres pays africains (Gombet et al., 2007 ; Rabarijaona et al., 2009 ; Ondze-Kafata et al., 2013 ; Elenga Mbolla et al., 2014 ; Douougou, 2014 ; Siddikatou et al., 2024).

La première et dernière enquête populationnelle effectuée à Brazzaville en 2004 sur l'hypertension artérielle et les autres facteurs de risque cardiovasculaires auprès de 2100 sujets de 25 à 64 ans (Kimball-Kaky, 2004) rapporte une prévalence respective de 32,5 % et de 7 % pour l'hypertension et le diabète. L'enquête a aussi noté un lien entre la prévalence de l'hypertension et l'âge. Pour l'hypertension artérielle, cette prévalence était plus élevée chez les sujets de plus de 54 ans (68,0%) contre 19,0% chez les jeunes de 25 à 34 ans. Le même phénomène a été observé pour le diabète, la prévalence passant de 7,1% chez les jeunes de 25 à 34 ans à 50,0% chez les personnes de plus de 54 ans. Même si la prévalence de ces pathologies est plus élevée chez les sujets plus âgés, il faut néanmoins relever la précocité de ces problèmes de santé chez les jeunes qui ne sont plus épargnés par ces pathologies qui étaient jusqu'ici considérées comme les maladies des « vieux ». L'hypertension artérielle et le diabète sont des facteurs de risque d'autres problèmes de santé tels que les accidents vasculaires cérébraux (AVC) qui sont devenus des problèmes majeurs de santé publique. En 2020, selon les données de l'annuaire des statistiques

sanitaires du Congo (2020), avec 53,0 % des cas, les AVC représentaient la première cause des admissions aux urgences hospitalières pour les personnes de plus de 55 ans.

Même s'ils n'apparaissent pas dans le tableau 1, les cancers ne sont pas moins une préoccupation sanitaire majeure en Afrique. Ils représentent entre 10 et 20% des pathologies sur le continent africain (ALIAM, 2017). Au Congo, la nécessité de mieux évaluer l'incidence des cancers et d'améliorer leur prise en charge a conduit à la création du registre des cancers de Brazzaville en 1996. En moyenne, un peu plus de 500 nouveaux cas sont dépistés chaque année, soit un taux brut d'incidence de 39,8 pour 100 000 habitants et par an, 49,0 chez les femmes et 35,2 chez les hommes (Nsondé Malanda et al., 2013). Les dernières données concernant 2014 indiquent deux principales localisations chez les femmes (le sein et le col utérin avec respectivement 35,0% et 28,0% des nouveaux cas dépistés) et les hommes (la prostate et le foie représentant 37,0% et 17,0% des nouveaux cas) (Gombé Mbalawa, 2015). Parmi les cancers qui se développent au Congo, il y a les cancers colorectaux qui occupent la cinquième place, tous genres confondus, avec une incidence de 6,3 pour 100.000 habitants (Bolenga Liboko et al., 2022).

2.1.2. La mortalité

La figure 1 ci-après montre le poids des pathologies transmissibles et non transmissibles dans la mortalité.

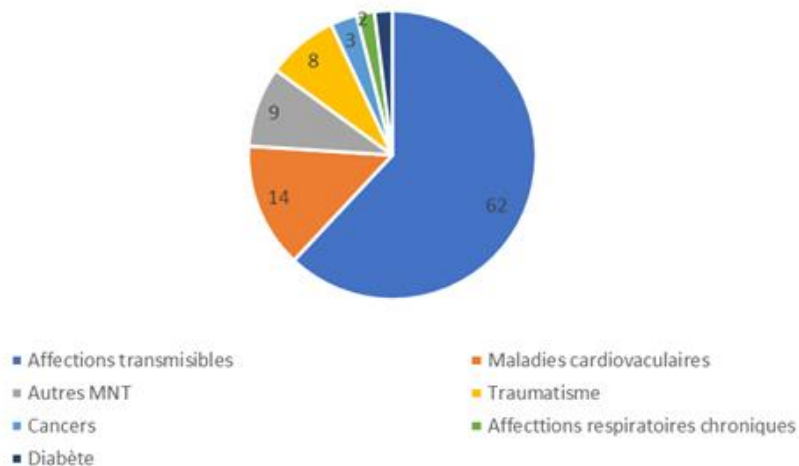


Figure 1 : Les causes des décès (en %)

Source : OMS, Profil pays, 2016

Même si les maladies transmissibles demeurent dominantes, les pathologies non transmissibles représentent une part non négligeable de la mortalité générale (38% des causes de décès). En 2009, l'étude de Mahoungou-Guimbi et al. (2011) a montré que les maladies cardiovasculaires représentaient 37% des causes de décès des personnes de plus de 60 ans survenus au Centre hospitalier universitaire de Brazzaville. Les données de l'OMS (2022) indiquent que 23% des décès prématurés au Congo sont dus aux maladies non transmissibles. Les maladies cardiovasculaires arrivent en tête des causes de décès (14%).

Pour le Congo, la figure 2 montre que le poids des maladies transmissibles dans la mortalité générale est tendanciellement en baisse ces dernières années alors que celui des maladies non transmissibles a plutôt tendance à augmenter. Les courbes de la mortalité due aux maladies transmissibles et non transmissibles ne se sont pas encore croisées. Mais elles se rapprochent. Ce qui signifie que la transition sanitaire, même au sens proposé par A. Omran, est bien entamée au Congo.

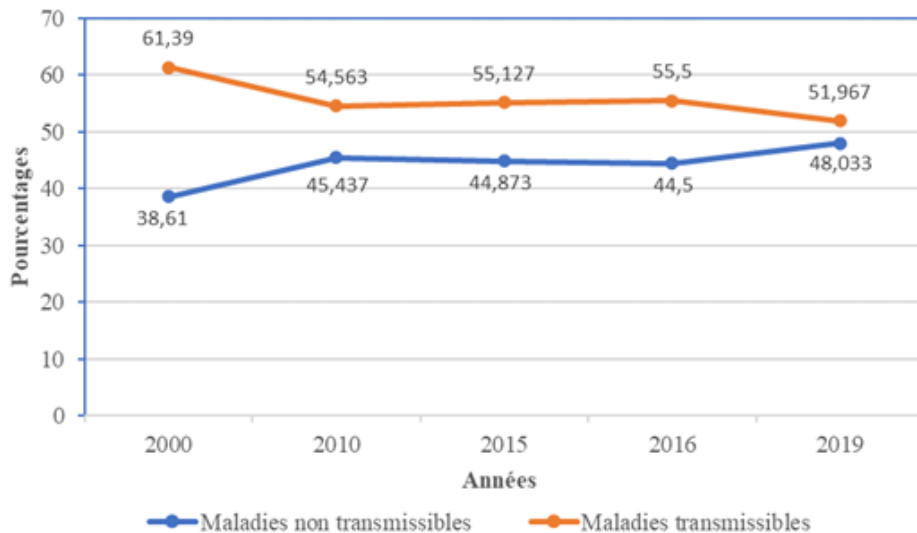


Figure 2 : Evolution des causes de décès par types de maladies
Source : Banque Mondiale, 2020

La baisse relative de la mortalité liée aux complexe infectieux et parasitaire et l'augmentation de la mortalité attribuée aux maladies non transmissible est aussi observée à l'échelle de l'Afrique. Dans son dernier rapport sur l'état de la santé dans la région Afrique, l'OMS (2018) fait en effet observer que les taux bruts de mortalité liés aux maladies transmissibles ont baissé pendant que ceux des maladies non transmissibles augmentent. Les congolais, autant que les africains, sont ainsi confrontés à la double

charge des maladies transmissibles et des maladies chroniques, alors que les systèmes de soins sont plus orientés à traiter les maladies infectieuses et moins préparés pour la prise en charge des maladies chroniques (Lofandjola et al., 2017 ; Masquelier et Soura, 2016).

2.2. Transition sanitaire et transition démographique

Qu'il s'agisse de la morbidité ou de la mortalité, les observations qui précèdent témoignent des transformations en cours depuis quelques années dans les pays africains, ces transformations étant elles-mêmes le résultat des facteurs sociaux (urbanisation, mode de vie, pratiques alimentaires, sédentarité, consommation d'alcool et de tabac...) sur lesquels nous reviendrons, mais aussi de l'évolution des structures démographiques. De ce point de vue, la montée des pathologies non transmissibles éclaire aussi les liens entre transition sanitaire et transition démographique, comme le faisait déjà remarquer Frenk et al. (1991) en évoquant les implications sanitaires de la transition démographique. Au Congo, comme d'autres pays africains, la transition démographique se caractérise, entre autres, par un allongement de l'espérance de vie. L'espérance de vie à la naissance est passée de 46,7 ans au milieu des années 1970 à 65 ans en 2020 (Paka, 2024), soit environ vingt années de plus en cinquante ans, dont les deux-tiers ces vingt dernières années. Cet allongement de l'espérance de vie a pour corollaire un allongement de la durée d'exposition aux facteurs de risque des pathologies non transmissibles dont le risque augmente avec l'âge. Les avancées dans la transition démographique se traduisent ainsi par l'augmentation de la charge des maladies non transmissibles (Gaimard, 2008).

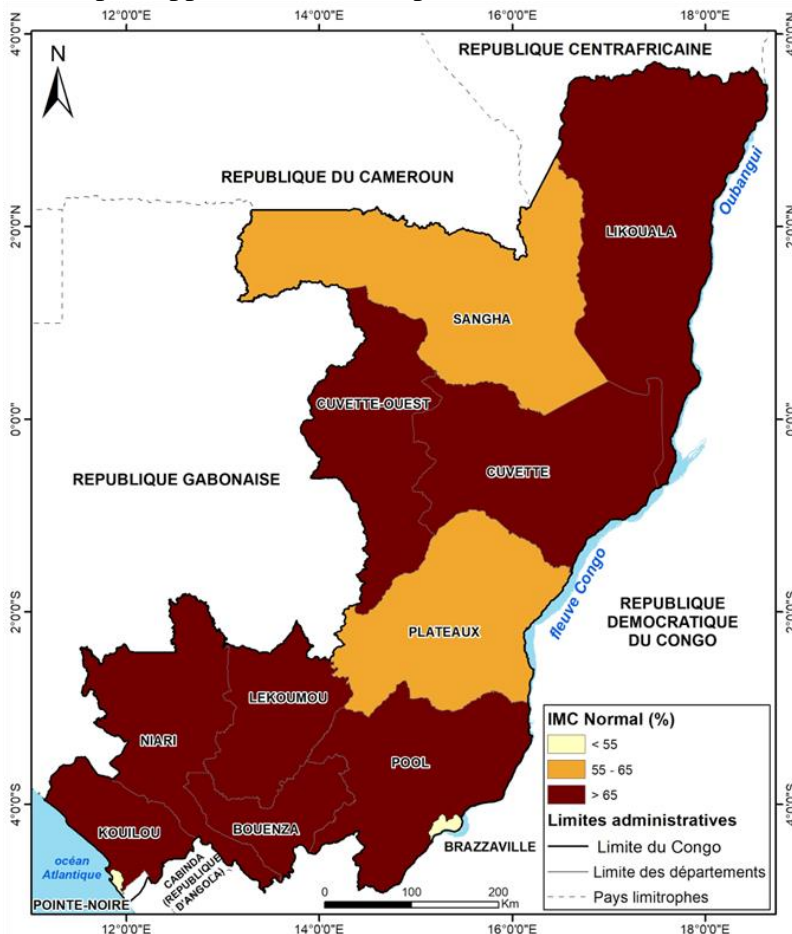
2.3. Le mode de vie urbain comme accélérateur de la transition sanitaire

La transition sanitaire qui vient d'être esquissée à l'échelle nationale ne se déroule pas au même rythme dans l'ensemble du pays. Faute de données de morbidité et de mortalité à des échelles différenciées, ce sont les indicateurs des états nutritionnels disponibles par département et par milieu de résidence (Urbain/rural) qui sont utilisés. Il s'agit notamment de l'indice de masse corporelle (IMC). L'IMC est une mesure du poids par rapport à la taille couramment utilisée pour estimer l'insuffisance pondérale, le surpoids et l'obésité chez l'adulte. Il correspond au poids en kilogrammes divisé par le carré de la taille en mètres (kg/m^2). Selon l'OMS, une personne dont l'IMC se situe entre 18,5 et 25,0 à une corpulence normale. Celle dont l'IMC est égal ou supérieur à 25 est considérée comme étant en surpoids et une personne ayant un IMC de 30 ou plus est considérée comme obèse. Le surpoids et l'obésité sont devenus des problèmes de santé majeurs au point que l'OMS considère l'obésité comme « *première épidémie mondiale non*

virale » (De Saint Pol, 2013). L'obésité est à la fois une maladie non transmissible et l'un des principaux facteurs de risque de plusieurs autres maladies non transmissibles telles que les maladies cardio-vasculaires, l'hypertension artérielle, le diabète de type 2 et certains cancers (Correia, 2014 ; OMS, 2021). A ce titre, la surcharge pondérale peut être considérée comme un indicateur de la transition sanitaire et permet de situer les régions du pays et les milieux de résidence par rapport à cette transition sanitaire.

2.3.1. Surpoids, obésité et sédentarité

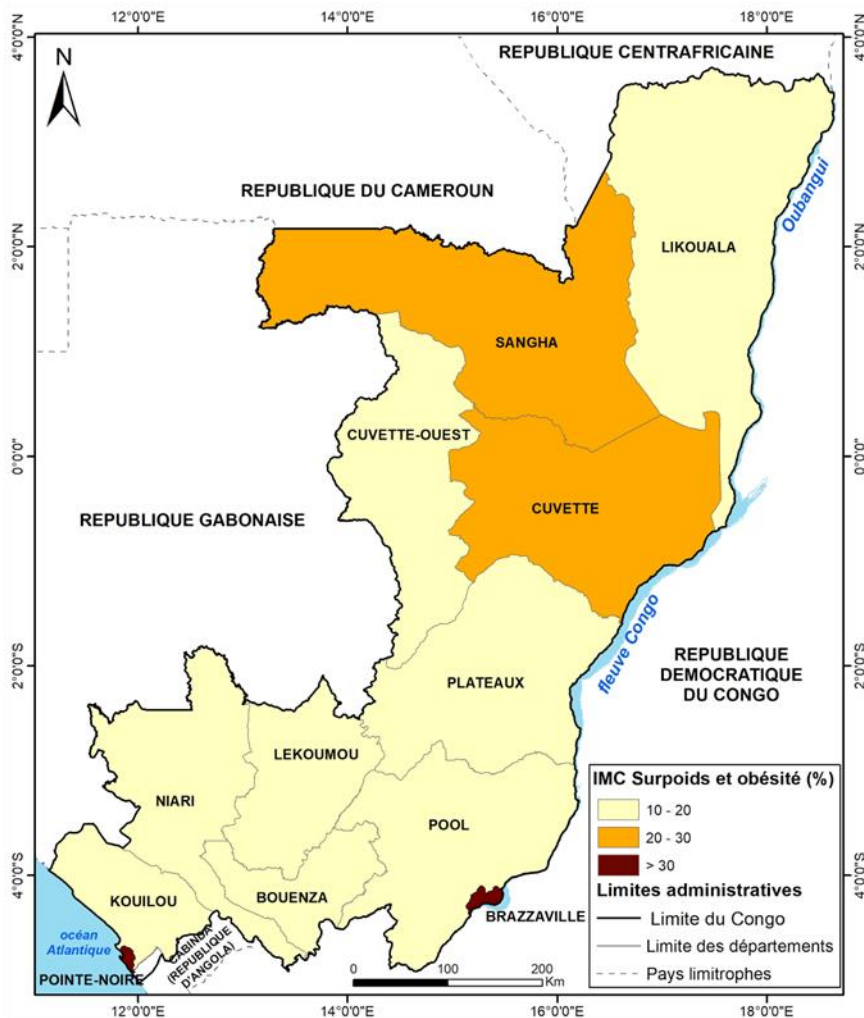
Les cartes 1 et 2 montrent respectivement la répartition des valeurs de l'IMC correspondant aux situations « normales » et aux situations de surpoids et d'obésité par département. Sur la carte 1 on peut observer que ce sont les deux départements correspondant aux deux grandes villes du pays, Brazzaville et Pointe-Noire, qui présentent les valeurs IMC « Normales » les moins élevées par rapport aux autres départements.



Carte 1 : Pourcentage IMC normal par département

Source : Enquête MICS5 Congo, 2014-2015

A l'inverse, la carte 2 montre que ce sont ces deux grandes villes qui se caractérisent par les valeurs de surpoids et d'obésité les plus élevées, avec des proportions supérieures à 30%. En 2004, l'enquête sur les facteurs de risques des maladies cardio-vasculaires réalisée à Brazzaville indiquait une prévalence de 27% pour le surpoids et l'obésité (Kimbally-Kaky, 2004). A Libreville, une enquête similaire (Comlan et al., 2009) indique une prévalence de surpoids et d'obésité de 48%. En 2020, Atabohe et al. (2020) ont rapporté des taux de surpoids et d'obésité respectifs de 43% et 21,1% à Pointe-Noire.



Carte 2 : Pourcentage IMC surpoids et obésité par département

Source : Enquête MICS5 Congo, 2014-2015

La figure 3 représente ces mêmes indicateurs en fonction des milieux de résidence. Les valeurs normales d'IMC sont globalement plus faibles en

milieu urbain qu'en milieu rural, alors que les situations de surpoids et d'obésité sont plus fréquentes en milieu urbain qu'en milieu rural. Tout porte donc à penser que les villes sont plus avancées dans la transition sanitaire que les zones rurales. La ville apparaît ainsi comme en milieu « obésogène » et, par conséquent, comme un accélérateur de la transition sanitaire.

Plusieurs études ont montré les liens entre l'urbanisation et l'exposition à la surcharge pondérale (Maire, 2002 ; Zeba, 2012 ; Correia et al., 2014). Un certain nombre de facteurs sont évoqués pour expliquer ces liens. Il s'agit notamment de la sédentarité, des comportements ou pratiques alimentaires et d'autres facteurs socio-économiques.

De ces études on retient que le mode de vie urbain génère un rythme de vie peu actif, notamment par le développement des transports mécanisés, du secteur des services qui favorise la sédentarité sur le lieu de travail, alors que même les loisirs (cinéma, télévision) encouragent l'inactivité physique et la sédentarité. Les enquêtes menées dans quelques villes africaines montrent que les taux d'inactivité physique dépassent les 75% (Kimbally-Kaky, 2004 ; Comlan et al., 2009 ; Ben Ali et al., 2020) au sein des populations enquêtées. Le plus inquiétant est que même les adolescents ne sont pas épargnés par l'inactivité et la sédentarité, comme l'a montré l'étude de Regaieg et al. (2015) auprès des adolescents de Sfax, en Tunisie.

« La fréquence du surpoids et de l'obésité augmentait significativement avec le temps de sédentarité. De même, le taux de surcharge pondérale était significativement plus élevé chez les élèves qui ne faisaient pas d'activité physique que ce soit dans le cadre scolaire ou institutionnalisés hors scolaire ».

Ces adolescents citadins ne sont donc pas seulement de futurs adultes mais aussi de futurs malades chroniques.

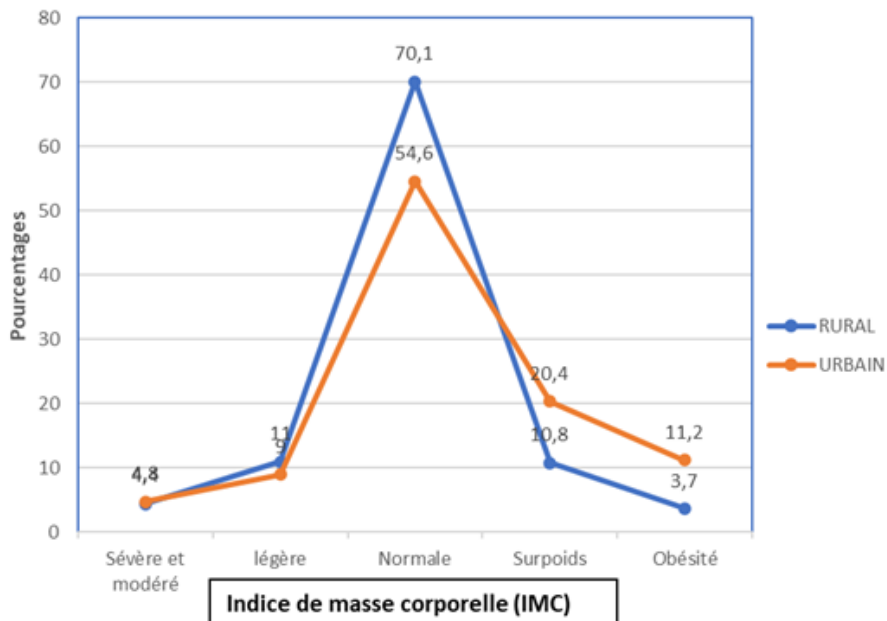


Figure 3 : Etats nutritionnels par milieu de residence

Source : Enquête MICS5 Congo, 2014-2015

2.3.2. Transition sanitaire et transition nutritionnelle

Si le mode de vie urbain génère des rythmes de vie peu actifs, il favorise aussi de nouveaux modes de consommations alimentaires. Dans les villes africaines, les produits alimentaires d'origine végétale caractéristiques des régimes alimentaires traditionnels sont de plus en plus remplacés par les produits alimentaires d'origine animale plus énergétiques. A Brazzaville, Moutoula Boula et al. (2016) ont montré que les habitudes alimentaires sont plus fortement marquées par la consommation des viandes (bœuf, mouton, porc) et de la volaille (essentiellement du poulet) que par les légumes et les feuilles vertes. La viandes et la volaille sont en en général des produits importés et congelés connus sous le nom de « vivres vrais ». Ils sont très accessibles aussi bien en termes de lieux de vente que de prix (Dimossi Batouanga, 2016). Ils sont en effet vendus aussi bien dans les grands marchés domaniaux, les petits marchés et les boucheries de quartier que sur les étals le long des voies de circulation. Ils sont proposés en différentes portions accessibles à toutes les bourses, pour une consommation individuelle ou familiale. En fonction de sa bourse, et des besoins, on peut acheter un quart, un demi ou une cuisse entière de poulet, avec un prix variant de 250 FCFA pour un quart de cuisse de poulet à 1000 FCFA pour une cuisse entière.

Cette transformation des pratiques alimentaires a été formalisée par Popkin (1993) par le concept de « Transition nutritionnelle », un modèle en cinq étapes : ère de l'homme paléolithique : ère de la famine, ère de

l'industrialisation, ère des maladies chroniques dégénératives, ère du changement comportemental volontaire. Un certain nombre de facteurs favorisent cette transition nutritionnelle dans les villes africaines. Maire et al. (2004) évoquent, entre autres, deux facteurs. : une offre alimentaire diversifiée et accessible, le marketing alimentaire véhiculé par les publicités commerciales.

« Les milieux urbains accèdent de plus en plus rapidement à une offre alimentaire externe différente et abondante, notamment dans un contexte d'internationalisation de plus en plus marquée de la production et des échanges alimentaires...Les villes sont également les plus exposées à la montée en puissance de la communication commerciale médiatisée sous toutes ses formes (publicité, marketing) et à l'attractivité vers les modèles de consommation qu'elle véhicule. Elles sont en première ligne des changements qui interviennent dans les modes de commercialisation des aliments, en particulier avec l'irruption de la grande distribution, des super- et hypermarchés. »

Ces nouvelles pratiques alimentaires sont aussi favorisées par la séparation des lieux de travail et des lieux de résidence. En effet, pour de nombreux citadins, aussi bien ceux qui exercent dans le secteur formel que dans le secteur informel, il est souvent difficile de revenir à la maison pour manger car les trajets à parcourir sont longs dans un contexte marqué par l'insuffisance de l'offre de transport et les coûts élevés des déplacements. Pour eux, l'unique moyen d'accéder à un repas est en général la restauration rapide sous toutes ses formes. Les lieux de restauration rapides sont connus sous différents noms (*Maquis* en Côte d'Ivoire, *Malewa* en République Démocratique du Congo et en République Congo où ils sont aussi appelés *nganda*). Ils proposent différents mets locaux, souvent très épicés et gras, et participent ainsi à la diffusion des nouveaux modes de consommation à l'origine de la montée du surpoids et de l'obésité (Berton-Ofouémé et Paka, 2018).

2.3.3. Le poids des facteurs culturels

Les facteurs culturels influencent les représentations et la perception de l'image du corps, notamment dans le contexte africain. L'apparence physique, support de la « première impression », s'avère essentielle dans les relations avec les autres (De Saint Pol, 2013). Au Congo, la perception de l'image corporelle n'est pas documentée. Mais il est de coutume de penser que, pour un homme, le fait d'avoir « un petit ventre » surplombant la ceinture n'a rien à avoir avec une obésité abdominale. Cela renvoie plutôt à une image positive traduisant une aisance sociale alors que « le ventre plat » est synonyme de « galère ». De même, la représentation d'une femme, une

« vraie », est associée à l'embonpoint plutôt qu'à la minceur. C'est notamment le cas des femmes en couple pour lesquelles la minceur peut même être le signe d'une absence d'aisance dans le foyer. Ces dernières années, la valorisation de la « femme en chair » est de plus en plus médiatisée par les concours de beauté, tels que « Miss Awoulaba » en Côte d'Ivoire ou « Miss Mama Kilos » en République Démocratique du Congo et en République du Congo.

Dans ce contexte, les individus ne perçoivent pas les états de surpoids ou d'obésité comme un « problème ». Ils les associent plutôt à une bonne situation sociale. Cela conduit à un décalage entre l'image que l'on peut avoir de soi et une situation réelle de surpoids ou d'obésité pouvant avoir un impact négatif sur la santé. Dans une enquête réalisée à Ouagadougou, Zeba (2012) a observé que 9,4 % des participants se percevaient comme en surpoids, alors qu'en réalité 16,9 % était objectivement en surpoids selon leur IMC. Ce décalage entre la perception de l'image corporelle et l'état nutritionnel réel peut être amplifiée dans certains contextes particuliers, comme celui qui a prévalu au plus fort de la pandémie du VIH où la maigreur était associée à cette maladie. Citant des travaux réalisés en Afrique du Sud, Correia et al. (2014) rapportent que :

« Plus d'un tiers (33,5%) des femmes préféraient être dans la catégorie surpoids et 31,4% pensaient que cela représentait une bonne santé. 7,8% des femmes préféraient même la catégorie des obèses et 24% pensaient que l'obésité était un symbole de bonne santé. Aucune des participantes ne pensait que les figures en surpoids ou obèses pourraient représenter des personnes infectées par le VIH ou qui ont le sida ».

La question de l'idéal corporel et la perception de l'image du corps qui en résulte peuvent favoriser des comportements alimentaires à risque en lien avec la surcharge pondérale, notamment chez les femmes

Sans y voir un lien de causalité, on peut néanmoins observer que beaucoup d'études indiquent une prévalence plus élevée de la surcharge pondérale chez les femmes que chez les hommes en Afrique. Au Congo ce fait est documenté dans quelques travaux. L'enquête de 2004 rapporte que 59% et 84% des personnes respectivement en situation de surpoids et d'obésité à Brazzaville étaient des femmes (Kimbally-Kaky, 2004). Une prévalence plus élevée de la surcharge pondérale chez les femmes ressort aussi des enquêtes démographiques et de santé de 2005 (EDS, 2005) et de 2011-2012 (EDS, 2011-2012). Si les femmes sont plus touchées par le surpoids et l'obésité que les hommes, il ressort également que les femmes urbaines le sont plus que les femmes rurales, tout comme les femmes instruites et appartenant aux classes économiquement plus aisées le sont plus

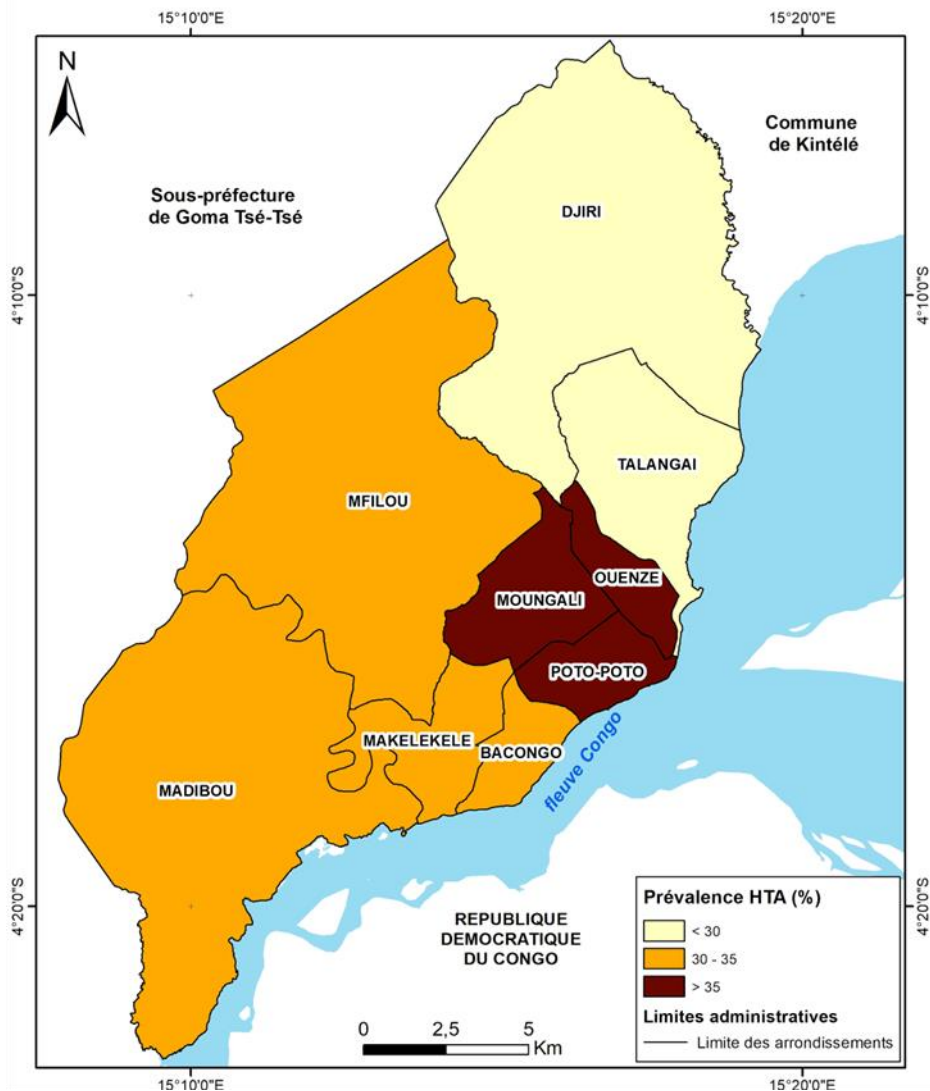
que celles moins instruites et appartenant aux couches sociales économiquement moins aisées.

Pour Correia et al. (2014), en Afrique, le passage de l'étape 4 (ère des maladies chroniques dégénératives) à l'étape 5 (ère du changement comportemental volontaire) du modèle de Popkin (1993) pourrait prendre plus de temps, comparativement à d'autres régions du monde, à cause du poids des facteurs culturels, car ce passage suppose une prise de conscience volontaire, individuelle et collective des effets néfastes de la surcharge pondérales sur la santé. On observe néanmoins les prémices de cette prise de conscience dans les deux grandes villes du Congo, Brazzaville et Pointe-Noire, à travers la multiplication des centres de remise en forme et des clubs de marche dont les adhérents envahissent les grandes avenues tous les week-ends. Les pouvoirs publics participent aussi à cette prise de conscience en interdisant la circulation automobile sur certaines avenues le dimanche (comme l'avenue de la Corniche à Brazzaville), afin d'encourager l'activité physique.

2.4. Des disparités intra-urbaines de la transition sanitaire

Si les villes sont plus avancées dans la transition sanitaire que les zones rurales pour les raisons qui ont été évoquées, ces espaces urbains forment-ils un tout homogène ? Les travaux portant sur les disparités intra-urbaines de la transition sanitaire sont encore peu nombreuses.

A Brazzaville, c'est l'enquête de 2004 (Kimbally-Kaky, 2004) qui a fourni les premières données sur les disparités intra-urbaines de la prévalence de l'Hypertension artérielle. De la carte 3 il ressort que les arrondissements centraux (Poto-Poto, Moungali, Ouenzé) ont une prévalence de l'hypertension artérielle plus élevée que les arrondissements périphériques.



Carte 3 : Prévalence de l'hypertension artérielle par arrondissement à Brazzaville
Source : G. Kimbally-Kaky et al., 2004

La même structuration spatiale a été observée à Ouagadougou auprès des personnes de plus de 35 ans concernant la surcharge pondérale et l'hypertension artérielle. La prévalence de la surcharge pondérale (surpoids et de l'obésité) et de l'hypertension artérielle y était plus élevée dans les secteurs centraux de la ville que dans les secteurs périphériques, quels que soient l'âge et le sexe (IRD, 2006). A Bobodioulasso, Kassie (2015) a aussi rapporté une prévalence plus élevée du surpoids et de l'obésité à Tounouma (46%), un quartier en position centrale, qu'à Yéguéré (27%), un quartier situé en périphérie.

Ces disparités intra-urbaines sont bien évidemment liées à des facteurs multiples et complexes. Toutefois, il ressort de quelques travaux disponibles que la prévalence de l'hypertension artérielle, du surpoids et de l'obésité augmente, entre autres, avec le niveau d'équipement des quartiers, le niveau d'insertion et la durée de résidence en ville, et l'exercice d'une activité rémunérée... Les disparités intra-urbaines de la transition sanitaire ne sont donc que l'expression de l'hétérogénéité socio-spatiale de la ville.

Conclusion

Il ressort de cette étude que si la morbidité et la mortalité générales restent encore dominées par les pathologies transmissibles, les maladies non transmissibles sont en nette augmentation, notamment chez les adultes et en milieu urbain. Cela montre que le Congo a entamé sa transition sanitaire. Cette transition sanitaire est donc déjà aujourd'hui et plus encore pour les années qui viennent une source de nouveaux défis sanitaires que les politiques publiques de santé devront prendre en compte. Très souvent focalisés sur les maladies transmissibles, les pouvoirs publics gagneraient en efficacité à intégrer les maladies chroniques et non transmissibles dans les politiques publiques de santé dans un contexte socio-démographique marqué par l'urbanisation, qui transforme les modes de vie, et par l'allongement de la durée de vie qui accroît l'exposition aux maladies chroniques. Les défis se déclinent aussi bien en termes de prévention que de prise en charge de ces pathologies. Ce qui implique de réorganiser un système de soins traditionnellement orienté vers les maladies transmissibles. Le défi c'est aussi d'articuler les politiques publiques de santé en fonction des contextes sociogéographiques. Il s'agit notamment de tenir compte des spécificités épidémiologiques des contextes urbains qui sont encore souvent méconnues comme si l'espace est neutre du point de vue de la santé.

Remerciements : Nos remerciements à l'Institut Géographique National (IGN) pour la mise à disposition gratuite des bases de données cartographiques.

Conflit d'intérêts : Les auteurs n'ont signalé aucun conflit d'intérêts.

Disponibilité des données : Toutes les données sont incluses dans le contenu de l'article.

Déclaration de financement : Les auteurs n'ont obtenu aucun financement pour cette recherche.

References:

1. Alliance des Ligues Francophones Africaines et Méditerranéennes Contre le Cancer, (2017). *Les cancers en Afrique francophone*, Paris, 135 p.
2. Amat-Roze, J.M. (2015). « La santé en Afrique : dynamiques et défis socio-territoriaux », *Bulletin de la Société de Pathologie Exotique*, n°108, p.4-9
3. Ataboho Ebenguela, E., Pambou, B., et Kalina Menga, P. R. (2020). « Aspects épidémiologiques de l'obésité en milieu professionnel à Pointe-Noire, Congo Brazzaville », *MALI MEDICAL*, Tome XXXV, n° 3, p. 28-34
4. Ben Ali, R. A., Harraqui, K., et Hannoun, Z. (2020). « Transition nutritionnelle, prévalence de la double charge de la malnutrition et facteurs de risque cardiovasculaires chez les adultes de l'île comorienne d'Anjouan », *Pan African Medical Journal*, n° 35, p.2-10
5. Berton-Ofoueme, Y., et Paka E. (2018). « Se nourrir dans les villes des pays du Sud : Pratiques et offres alimentaires », In Oladokoun Wonou, *Espaces, sociétés et développement, Mélanges offerts en hommage au Professeur Antoine Koffi Akibode*, Presses Universitaires de Lomé, p.625-642
6. Bolenga Liboko, A. F., Litingui, M., et Zerbo, N. (2022). « Aspects Épidémiologiques, Diagnostiques et Thérapeutiques des Cancers Colorectaux au CHU de Brazzaville », *Health Sciences & Disease*, Vol. 23, n°4, p 52-56
7. Boubou Djourdebbe, F. (2019). « Santé Environnementale dans les Villes en Afrique Subsaharienne : Problèmes Conceptuels et Méthodologiques », *European Scientific Journal*, vol.15, n° 9, p. 192-213
8. Caselli, G., Meslé, F., et Vallin, J. (2001). « Les entorses au schéma de la transition épidémiologique », Communication au Congrès international de la population (Salvador, Brésil), 42 p.
9. Centre National de la Statistique et des Études Économiques. Rapports généraux des recensements généraux de la population et de l'habitat, 1974, 1984, 2007.
10. Centre National de la Statistique et des Études Économiques, (2006). *Enquête Démographique et de Santé (EDSC-I) 2005*, Brazzaville, 346 p.
11. Centre National de la Statistique et des Études Économiques, (2012). *Enquête Démographique et de Santé (EDSC-II) 2011-2012*, Brazzaville, 426 p.
12. Comlan, P. (2009). *Enquête sur les facteurs de risque des maladies non transmissibles à Libreville et Owendo*, 60 p.

13. Correia, J., Pataky, Z., et Golay A. (2014). « Comprendre l'obésité en Afrique : poids du développement et des représentations », *Revue Médicale Suisse*, n°10, p. 712-716
14. De Saint Pol, T. (2013). « Obésité, normes et inégalités sociales », *Le Journal des psychologues*, n°311, p. 19-22
15. Dimossi Batouanga, R. (2016). « La consommation de la viande dans le quartier périphérique de Mfilou-Ngamaba à Brazzaville », *Bulletin Villes, Transports, Développement Local*, p.55-65
16. Douloukou, B. (2014). *Hypertension artérielle dans la population adulte du Burkina Faso : Prévalence, Détection, Traitement et Contrôle*, Thèse de Santé Publique, Université de Montréal, 198 p.
17. Ellenga Mbolla, B. F., Gombet, T. R. A., Monabeka, H. G., Ossou-Nguet, P. M., Mongo-Ngamami, S. F., Kouala Landa, C. M., Kimbally-Kaky, S. G., et Longo-Mbenza, B. (2014). « Hypertension, diabetes mellitus, overweight and obesity in employees under health transition at the railways company in Congo-Brazzaville », *World Journal of Cardiovascular Diseases*, vol 4, n°2, p. 45-49
18. Frenk, J., Bobadilla, J. L., Stern, C., Frejka, T., et Lozano, R. (1991). « Elements for a theory of the health transition », *Health Transition Review*. vol. 1, n°1, p. 21–38
19. Gaimard, M. (2008). « Santé, morbidité et mortalité des populations en développement », *Mondes en développement*, n°142, p. 23-38
20. Gombe Mbalawa, C. (2015). *Registre des cancers de Brazzaville, Rapport annuel 2014*, Brazzaville, 20 p.
21. Gombet, T.H., Kimbally-Kaky, S.G., Ikama, M.S., et Ellenga Mbolla, B.F. (2007). « Hypertension artérielle et autres facteurs de risque cardiovasculaires en milieu professionnel brazzavillois », *Médecine d'Afrique noire*, Vol, n°11, p.545-548
22. Gruenais, M. E., et Pourtier, R. (2000). « La santé pour tous en Afrique : un leurre ? », *Afrique contemporaine*, n° 195, p. 3-12
23. Kassie, D. (2015). *Segmentations urbaines et disparités de santé dans une ville moyenne Africaine : du paludosme aux états nutritionnels à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso)*, Thèse de géographie, Université Paris-Ouest Nanterre la Défense, 459 p.
24. Kimbally Kaky, S. G. (2004). *Hypertension artérielle et les autres facteurs de risques cardio-vasculaires à Brazzaville*, Rapport d'enquête, OMS/Ministère de la santé, 21 p.
25. Institut National de la Statistique, (2015). *Enquête par grappes à indicateurs multiples du Congo (MICS5 Congo 2014-2015)*, Brazzaville, 490 p.

26. Institut de Recherche pour le Développement, (2006). *Environnement urbain et transition sanitaire en Afrique de l'ouest : le cas de Ouagadougou au Burkina Faso*, Ouagadougou, 82 p.
27. Lofandjola Masumbuku, J., Kiswaya Sumailic, E., et Petermans, J. (2017). « Fardeau des maladies chroniques en Afrique subsaharienne : plaidoyer pour une mise en place des soins palliatifs et d'accompagnement en fin de vie en République démocratique du Congo », *Ethics, Medicine and Public Health*, n° 3, 374-380
28. Mahoungou Guimbi, K., Ellenga Mbolla, B., Otiobanda, G. F., Ossou-Nguiet P. M., Ndamba Banzouzi, B. Y., et Moyen, G. (2011). « Motifs d'admission et mortalité du sujet âgé de 60 ans et plus en réanimation polyvalente du CHU de Brazzaville », *Annales Africaine de Médecine*, Vol. 5, N° 1, p.957-963
29. Maire, B., Lioret, S., Gartner, A., et Delpeuch F. (2002). « Transition nutritionnelle et maladies chroniques non transmissibles liées à l'alimentation dans les pays en développement », *Cahiers Santé*, n°12, p. 45-55
30. Maire, B., et Delpeuch, F. (2004). « La transition nutritionnelle, l'alimentation et les villes dans les pays en développement », *Cahiers Agricultures*, n° 13, p. 23-30
31. Masquelier, B., et Soura, A. (2016). « Santé et mortalité en Afrique sub-saharienne francophone », *African Population Studies*, vol. 30, n°1, p. 2114-2121
32. Meslé, F., et Vallin, J. (2003). « La transition sanitaire. Progrès et résistances en Afrique », In Hertrich, V., et Keïta, S. (eds), *Questions de population au Mali, Bamako*, Le Figuier / Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), p. 83-106.
33. Meslé, F., et Vallin, J. (2007). « De la transition épidémiologique à la transition sanitaire », *Médecine Tropicale*, n° 67, p.545-551
34. Ministère de la Santé et de la Population, (2013). *Annuaire des statistiques sanitaires 2012*, Brazzaville, 74 p
35. Ministère de la Santé et de la Population, (2023). *Annuaire des statistiques sanitaires 2019-2020*, Brazzaville, 162 p
36. Moutoula Boula, E. F., Mananga, V., et Elenga, M. (2016). « Etudes des habitudes alimentaires des ménages de Brazzaville en vue de lutte contre la carence en vitamine A », *Journal of applied Biosciences*, n°97, p. 9174-9186
37. Niang-Diene, A., et Salem, G. (2015). « Dynamiques spatio-temporelles de la morbidité au Sénégal : transition épidémiologique ou transition sanitaire ? », *Bull. Soc. Pathol. Exot.*, n° 108, p. 201-207

38. Nsondé Malanda, J., Nkoua Mbon, J. B., Tozoula, A. (2013). « Douze années de fonctionnement du registre des cancers de Brazzaville », *Bulletin du Cancer*, Vol. 100, n°2, p. 135-139
39. Omran, A. (1971). « The Epidemiologic Transition : A Theory of the Epidemiology of Population, Change », *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, vol. 49, n°4, p. 509-538.
40. Ondze-Kafata, L. I., Passi-Louamba, C. J., et Bouenizabila, E. (2013). « Caractéristiques et contrôle tensionnel de 147 patients hypertendus consultant au Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville », *Annales de l'Université Marien NGOUABI, Sciences de la Santé*, vol 14, n°5, p. 42-48
41. Organisation Mondiale de la Santé, (2016). *Profils des pays, République du Congo, Mortalité proportionnelle (% des décès totaux, tous âges confondus)*, 1p.
42. Organisation Mondiale de la Santé, (2018). *Etat de la santé dans la région africaine de l'OMS. Analyse de la situation sanitaire, des services et des systèmes de santé dans le contexte des objectifs de développement durable*, Brazzaville, 168 p.
43. Organisation Mondiale de la Santé, (2022). *Suivi des progrès dans la lutte contre les maladies non transmissibles 2022*, 225 p.
44. Paka, E. (2022). « Observations sur la population consultante dans les centres de santé du district sanitaire de Bacongo, Brazzaville, République du Congo », *Baluki*, n°12, p. 47-61
45. Paka, E. (2024). « Essai sur la transition démographique en République du Congo », *International Journal of Advanced Studies and Research in Africa*, vol. 13, n°2, p.36-45
46. Perspective Monde, Banque mondiale, (2020). <https://perspective.usherbrooke.ca/bilan/servlet/BMTendanceStatPays?codePays=COG&codeStat=NY.GDP.MKTP.CD&codeTheme=2>
47. Phillips, D. (1989). « An epidemiological transition from Third to First World ? », In Salem, G., et Jeannee, E. (eds), *Urbanisation et santé dans le Tiers Monde. Transition épidémiologique, changement social et soins de santé primaires*, Paris, éd. ORSTOM, Collection Colloques et Séminaires, p. 15-38
48. Picheral, H. (1989). « Géographie de la transition épidémiologique », *Annales de Géographie*, n° 546, p. 129-151
49. Popki, B. M. (1993). « Nutritional Patterns and Transitions », *Population and Development Review*, Vol. 19, n°1, p. 138-157
50. Rabarijaona, L. M. P. H., Rakotomalala, D. P., Rakotonirina, J., Rakotoarimanana, S., et Randrianasolo, O. (2009). « Prévalence et sévérité de l'hypertension artérielle de l'adulte en milieu urbain à

- Antananarivo », *Revue d'Anesthésie-Réanimation et de Médecine d'Urgence*, Vol. 1, n°4, p. 24-27.
51. Regaieg, S., Charfi, N., et Elleuch, M. (2015). « Obésité, activité physique et temps de sédentarité chez des adolescents scolarisés, âgés de 15 à 18 ans de la ville de Sfax (Tunisie) », *Pan African Medical Journal*, n°22, p. 2-10
 52. Salem, G., et Fournet, F. (2020). *Atlas mondial de la santé. Etat des lieux et défis*, Paris, Autrement/Flammarion, 95 p.
 53. Siddikatou, D., Djomou, N., et Kafack, F. (2024). « L'hypertension artérielle au Cameroun : Prévalence en milieu communautaire et facteurs associés », *Health Sciences & Disease*, Vol. 25, p.100-105
 54. Union Africaine, (2022). *Rapport d'étape sur le paludisme 2022*, 12 p.
 55. Zeba, A. N. (2012). *Transition nutritionnelle et double fardeau de la malnutrition chez des adultes de Ouagadougou au Burkina Faso (Afrique de l'Ouest)*, Thèse de Médecine, Université de Montréal, 232 p