



Int.J.Adv.Stud.Res.Africa. 2021, 10 (1): 44-51
ISSN: 1920-860X (online/Électronique)
ISSN: 1920-8693 (print/Papier)
©AfricaScienceNetwork, MMXXI



Check for updates

CASE REPORT / ÉTUDE DE CAS

ACCES AUX SOINS EN ZONE URBAINE: L'EXEMPLE DES EGLISES PENTECOTISTES DANS L'AGGLOMERATION DE LIBREVILLE (GABON)

MAKITA-IKOUAYA EULOGÉ

Centre d'Études et de Recherche en Géosciences Politiques et Prospective (CERGP), Libreville (Gabon)

Reçu/Received on: 05-January-2021; Évalué/Revised on: 01-February-2021; Accepté/Accepted on: 13-April-2021;
Publié/Published on: 30-June-2021

Corresponding author: Email: eulogemakitaikouaya@gmail.com

RESUME

Cette étude qui traite de la prise en charge des malades dans les églises pentecôtistes et de leurs accès aux soins dans l'agglomération de Libreville a suivi une méthodologie suivante : une géolocalisation de 143 des églises pentecôtistes a été faite en vue de l'élaboration d'une carte thématique. Celle-ci a été couplée avec une enquête de terrain menée auprès de 544 membres des églises pentecôtistes en 2016. Les résultats obtenus montrent qu'il existe des disparités dans la localisation des églises entre les Communes d'Owendo, Libreville et Akanda. De même, ils renseignent que les églises pentecôtistes se positionnent à la fois dans la prise en charge des maladies de « Dieu » et du « démon ». Les élèves / étudiants représentent la catégorie la plus nombreuse dans la population d'enquête. Cependant, l'accès aux soins dans les églises pentecôtistes n'est pas forcément gratuit malgré leur proximité aux membres.


Mots clés : église pentecôtiste, soins, Libreville.


ABSTRACT

This study which treats assumption of responsibility of the patients in the churches Pentecostals and their accesses to the care in the urban area of Libreville followed a following methodology : a geolocation of 143 of the churches Pentecostals was made for the development of a map set of themes. This one was coupled with an investigation of ground conducted near 544 members of the churches Pentecostals in 2016. The got results show that there exist disparities in the localization of the churches between the Communes of Owendo, Libreville and Akanda. In the same way, they inform that the churches Pentecostals position at the same time in the assumption of responsibility of the diseases of "God" and of the "demon". The student pupils/represent the most category in the population of investigation. However, the access to the care in the churches Pentecostals is not inevitably free in spite of their proximity with the members.

Keywords : Church Pentecostalist, Care, Libreville.

©IJASRA-Canada

Article published by  and available on line from <http://www.africascience.org>
Freedom to research

IJASRA-Canada Article published by  and available on line from <http://www.africasciencenetwork.org>
Freedom to research



[I] INTRODUCTION

L'accès aux soins est l'un des problèmes les plus épineux. Il concerne toutes les couches sociales même si les plus défavorisées sont les plus désavantagées. Il dépend de l'orientation des politiques sanitaires et de l'organisation hospitalière, du cadre financier et juridique, mais aussi du contexte religieux, culturel, traditionnel et spirituel (Sounda, 2018, p.34). D'après la même source, l'accès aux soins est une notion qui s'est développée dans le cadre du constat de la persistance des inégalités face à la santé. Selon que l'on vit dans un pays du Nord ou dans un pays du Sud, l'accès aux soins ne renvoie pas aux mêmes réalités. Les rapports mondiaux de santé révèlent qu'il existe un écart important entre les pays développés et les pays sous développés. Si les pays du Nord connaissent des progrès remarquables dans le domaine de la santé, la situation des pays du Sud est symptomatique de son retard et suscite des réflexions. Plusieurs auteurs ont conceptualisé le concept d'accès, et il n'est pas sans intérêt en introduction de cette étude de faire un rappel rétrospectif de ce concept à multiples facettes. Selon Henri Picheral (1984) le concept d'accès est défini comme une analyse spatiale de l'offre de soins et du recours aux soins, et la géographie des soins repose sur le concept d'accès ou d'accessibilité, même si les deux termes sont différents selon les auteurs. Frend (1992) cité par Richard (2000) affirmait déjà que le concept d'accès contenait plusieurs significations. Il expose quelques une des raisons, renvoyant à la multiplicité des approches qui empêchent toute élaboration d'un cadre conceptuel unifié. Tout d'abord différents termes, notamment d'accessibilité et de disponibilité sont utilisés par certains auteurs comme synonymes d'accès. De plus, l'accès est tantôt considéré comme la propriété des ressources sanitaires, tantôt comme celle des utilisateurs potentiels, et tantôt comme le degré d'ajustement entre les caractéristiques de la population et celles des ressources sanitaires. En définitive, le champ couvert par le concept d'accès reste mal défini, notamment quant à ses limites avec celui de l'utilisateur (Fielder, 1981, pp.129-142), Penchansky et Thomas Willian (1981). Ces derniers prolongent cette réflexion, concevant l'accès comme un degré de concordance entre les patients potentiels et le système de santé, en décomposant ce concept en cinq dimensions : la disponibilité, la commodité, la capacité financière, l'acceptabilité, l'accessibilité. In fine, le concept d'accès est à la frontière de plusieurs disciplines scientifiques, notamment l'économie, la sociologie et la géographie. Après avoir circonscrit le concept d'accès dans toutes ses dimensions, ce travail se focalisera essentiellement

sur le concept d'accessibilité en termes d'accès financier et géographique aux soins.

S'agissant du système de soins gabonais, plusieurs acteurs interviennent, notamment ceux de la médecine moderne ou occidentale et de la médecine dite « traditionnelle ». Mais un autre acteur non moins important a connu un essor considérable ces dernières années, les acteurs des églises pentecôtistes. Ces dernières connaissent un engouement considérable à Libreville au sortir de la conférence nationale en 1990, qui a eu entre autres effets, l'application effective par les autorités étatiques de la loi n°35/62 du 10 décembre 1962 relative aux associations. Les pasteurs des églises pentecôtistes vont désormais enrichir officiellement le champ médical gabonais en prodiguant des soins aux malades. Ce phénomène de dispensation de soins dans les églises est renforcé également par les contre-performances du système national de santé reconnues par les pouvoirs publics, à travers le Plan National de Développement Sanitaire (MSP, 1998).

En général, pour ce qui est des contre-performances des systèmes de santé en Afrique subsaharienne, selon Jaffré et Olivier de Sardan (2003), les structures publiques de soins se caractérisent très souvent par leur mauvais fonctionnement et le mauvais traitement des patients et par des personnels de santé confrontés à des conditions de vie et de travail difficiles (Jewkes, 1998). Cette situation les pousse plus à compléter leur revenu qu'à dispenser des soins (Ferrinho, 2000). D'ailleurs à ce sujet M.E Gruénais (1996) se demande pourquoi les patients se rendent encore dans ces établissements publics de soins. Face à ces constats sévères, qui attestent finalement du peu de considérations des personnels de santé à l'égard des patients dans les structures publiques, les réflexions se multiplient sur les stratégies à adopter pour améliorer la qualité des soins (Haran, 1993). Dans ce contexte, les églises pentecôtistes ou de Réveil font volontiers figures d'alternative dans les sociétés africaines subsahariennes, où la maladie représente non seulement un événement personnel, mais également social, impliquant la famille et parfois l'entourage dans son étiologie et sa prise en charge. Ainsi, entre l'église et la guérison se crée un lien qu'Augé (1984) qualifie d'organique se développant notamment en Afrique dans le cadre des églises prophétiques, des mouvements de Réveil et autres mouvements charismatiques. La maladie et sa guérison sont souvent des motifs de la conversion. Pour les pasteurs des Eglises pentecôtistes, la maladie apparaît aussi comme une expérience ontologique et religieuse fondamentale. Ces derniers vont prodiguer des soins aux croyants et leurs familles. Parmi ces soins, on peut noter



la délivrance des malades des mauvais esprits ou le désenvoûtement des corps frappés du chômage, du célibat ou autres formes d'infortune des membres de l'église.

Les séances de délivrance sont souvent accompagnées des prières avec ou sans support : eau, sel, bain, huile, bougie, encens etc. Ainsi, le champ thérapeutique gabonais s'élargit par l'arrivée de ces nouveaux acteurs dont les méthodes et les techniques de soins sont très éloignées des pratiques de la médecine moderne ou occidentale. Cette posture de l'église pentecôtiste n'est pas singulière au Gabon en matière de santé. Même au cœur de l'Occident contemporain, les religions revendiquent exactement le même pouvoir de guérison, c'est-à-dire de calmer aussi bien la douleur que la souffrance (Melchior, 2012). Le présent travail s'inscrit donc dans un contexte d'analyse de l'accès aux soins dans les églises pentecôtistes ainsi que la prise en charge des malades dans l'agglomération de Libreville, reconnue pour sa pluralité de l'offre de soins modernes et traditionnels.

[II] MÉTHODOLOGIE

La méthodologie adoptée pour ce travail a consisté d'abord à faire une géolocalisation des églises pentecôtistes ou de Réveil à Libreville au mois de janvier 2016. A l'aide d'un GPS Garmin, nous avons relevé les coordonnées géographiques de chaque église pentecôtiste dans l'agglomération de Libreville. Au total, 143 églises pentecôtistes ont été géolocalisées en plus de l'observation structurelle de celles-ci. Ensuite, nous avons réalisé des travaux de cartographie à l'aide du logiciel Map-info 8.5. Cette démarche cartographique a été couplée avec l'enquête de terrain que nous avons menée auprès des membres des églises. Ainsi, à l'aide d'un questionnaire, nous avons interrogé tous les membres des églises pentecôtistes ayant consenti à l'enquête au cours du mois de janvier 2016. Sur 143 églises pentecôtistes géolocalisées, l'enquête par questionnaire a été menée auprès de 30 églises tirées au sort à raison de 3 églises par arrondissement dans les Communes de Libreville, Owendo, et Akanda. Ce choix a été motivé pour des raisons financières. Dans chaque église, nous avons interrogé 20 personnes choisies au hasard. Au total, 600 questionnaires ont été soumis aux différents membres des églises ayant accepté de participer à l'enquête dont 56 questionnaires ont été inexploitable. Au total 544 questionnaires ont été analysés. Les variables retenues dans le questionnaire sont : l'identification de la personne interrogée, les pathologies déclarées être traitées, les soins dispensés.

[III] RÉSULTATS

La démarche cartographique décrite précédemment a permis de réaliser la carte de localisation des églises pentecôtistes dans la ville (figure 2).

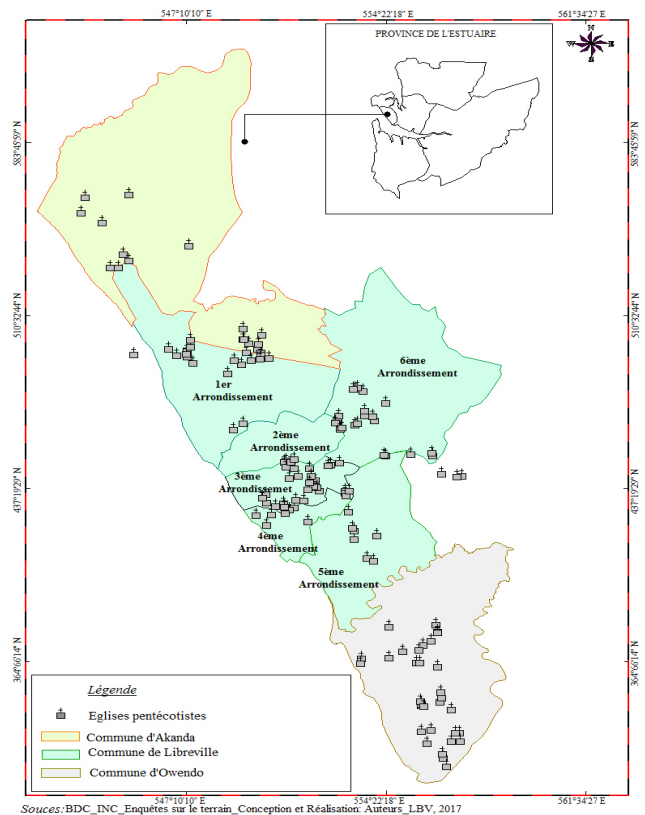


Figure 2 : Localisation des églises pentecôtistes dans l'agglomération de Libreville

Les églises pentecôtistes sont localisées dans l'ensemble de l'agglomération de Libreville, c'est-à-dire les Communes d'Akanda, Libreville et Owendo. Mais ressort que la répartition des églises n'est pas homogène entre les Communes. La Commune de Libreville possède 83 églises pentecôtistes contre respectivement 30 églises pour les communes d'Akanda et d'Owendo. Cette répartition peut s'expliquer par le fait que les Communes d'Akanda et d'Owendo sont des pôles d'installation plus récents pour les populations, même si celle d'Owendo est plus ancienne que celle d'Akanda. Elles constituent de ce fait des territoires à conquérir. En

observant exclusivement les six arrondissements de la commune de Libreville, on observe également des disparités dans l'installation des églises pentecôtistes comme en témoigne le tableau I.

Tableau I : Population par arrondissement / Communes et églises pentecôtistes géolocalisées dans la Commune de Libreville

Arrondissement/ Commune	Populations (Hbts)	Nombre d'églises	Ratio église / population
Arrondissement 1 LBV	119 498	18	1 église pour 6.638 hbts
Arrondissement 2 LBV	107 976	6	1 église pour 17.996 hbts
Arrondissement 3 LBV	123 429	30	1 église pour 4.114 hbts
Arrondissement 4 LBV	39 732	4	1 église pour 9.933 hbts
Arrondissement 5 LBV	165 175	7	1 église pour 23.596 hbts
Arrondissement 6 LBV	148 129	18	1 église pour 8.229 hbts
Total Commune de Libreville	703.939	83	1 église pour 8.481 hbts
Arrondissement 1 Akanda	4407	10	1 église pour 441 hbts
Arrondissement 2 Akanda	30141	20	1 église pour 1.507 hbts
Total Commune d'Akanda	34.548	30	1 église pour 1.151 hbts
Arrondissement 1 Owendo	73406	18	1 église pour 4.078 hbts
Arrondissement 2 Owendo	5894	12	1 église pour 491 hbts
Total Commune d'Owendo	79300	30	1 église pour 2643 hbts

Il se dégage du tableau I que, si le nombre absolu d'églises est le plus élevé dans la commune de Libreville (n=86) suivi de façon similaire par les deux autres communes (n=30), le ratio est en faveur de la commune d'Akanda (1/1115) suivi de la commune d'Owendo (1/2643) puis celle de Libreville (1/8486). A l'échelle de l'arrondissement, il y a une très forte hétérogénéité d'une église pour 441 habitants à une église pour 23.596 habitants et là encore cette hétérogénéité est plus forte dans la commune de Libreville avec des chiffres absolus de 4 à 30 et des ratios de 4114 à 1/ 23.596 habitants selon les arrondissements. On remarque une forte concentration de celles-ci dans le troisième arrondissement de la Commune de Libreville (30 églises et ratio 1/4114 hbts), l'arrondissement 2 dans la Commune d'Akanda (20 églises et ratio de 1/1507 hbts) et l'arrondissement 1 dans la Commune d'Owendo (18 églises et ratio 1/4078

hbts). De plus à l'échelle du quartier nous avons constaté que, les quartiers de Bel Air /Ambowé (19 églises), de Nzeng Ayong (16 églises) et les PK (10 églises) sont plus représentés que les autres quartiers de l'agglomération de Libreville.

Les membres des églises

Concernant l'enquête par questionnaire menée auprès des membres des églises a sur 560 questionnaires, 16 se sont révélés inexploitable et n'avons finalement exploité que 544 questionnaires. Sur 544 personnes interrogées, il y avait 284 femmes (52%) et 260 hommes (48%) et la différence est significative avec p inférieur à 0,05 entre les hommes et les femmes. La tranche d'âge la plus représentée est celle comprise entre 15 et 25 ans aussi bien chez les femmes que les hommes. S'agissant de la profession, sur 544 enquêtés, on note 46% d'élèves / étudiants, 19% d'agents du secteur privé, 13% des sans-emplois, 10% des agents du secteur public, 9% travaillant pour leur compte, et enfin, 3% des commerçants. Au sujet du délai de fréquentation des églises pentecôtistes respectives, 62% fréquentent les églises depuis moins de 5 mois contre 38% qui fréquentent les églises depuis 25 à 35 mois.

S'agissant des raisons pour lesquelles les personnes interrogées fréquentent les églises pentecôtistes, les sondés estiment à 44% que la doctrine y est pour beaucoup dans leur choix, 24% fréquentent les églises pentecôtistes par affinité avec les membres, 14% fréquentent les églises à cause de la confiance faite aux pasteurs, 18% des sondés fréquentent les églises pentecôtistes à cause de leur proximité géographique (moins de 5 kilomètres). Concernant le lieu de soins en cas de maladie d'un membre de la famille, sur 544 personnes interrogées, les structures de santé sont les plus sollicitées avec un pourcentage de 65% contre 30% pour les églises pentecôtistes et 5% l'automédication. Pour ce qui est des pathologies le plus souvent traitées dans les églises pentecôtistes, 60% déclarent que les maladies mystiques sont les plus traitées suivies des fièvres (38%). Les diarrhées et la folie ne représentent respectivement que 1%.

Les malades

Au sujet de l'état de santé des personnes interrogées dans les églises pentecôtistes les 3 derniers mois précédant l'enquête, les résultats obtenus montrent que, 53% ont déclaré avoir été malades (288/544) contre 48% qui ne l'ont pas été (256/544). Pour ce qui est du sexe des malades, sur un total de 288 personnes interrogées,

il y a 150 femmes (52%) contre 138 hommes (48%), et les femmes sont plus nombreuses que les hommes (p inférieur à 0,05). S'agissant de la tranche d'âge, celle comprise entre 15 et 25 ans est la plus représentée aussi bien chez les femmes que les hommes. En ce qui concerne le statut socio-professionnel des malades, les élèves / étudiants représentent 40% de l'échantillon ; 21% représentent les agents du secteur privé ; 17% sont des agents du secteur public ; 15% sont des sans-emploi et 7% sont des commerçants.

Quant aux maladies dont ont souffert les membres des églises interrogées, on constate que la fièvre est la maladie la plus rencontrée suivie des maladies dites « mystiques » comme le témoigne le tableau II.

Tableau II : Répartition des personnes interrogées sur les maladies rencontrées (N=288)

Si oui pour quelle maladie?	Effectifs	%
Fièvre / Paludisme	178	61,80
Grippe	20	6,94
Maux de tête	25	8,68
Maladies mystiques	65	22,56
Total	288	100

Concernant l'origine évoquée de ces maladies, 48% estiment que l'origine de leur maladie vient de Dieu contre 52% qui estiment que celle-ci vient du démon. S'agissant du lieu de soins des malades, 173 sur 288 sondés soit 60% d'entre eux vont se soigner concomitamment à l'église et à l'hôpital contre 115 sur 288 soit 40% des malades qui se soignent uniquement à l'église pentecôtiste. Concernant la typologie des soins pratiqués à l'église, la prière avec supports (bougie, eau, encens, etc.) est la plus représentée avec un pourcentage de 71,4% contre 28,6% de malades qui sont soignés à l'aide de la prière sans support comme en témoigne le tableau III.

Tableau III : Typologie de soins pratiqués à l'église (N=105)

Soins pratiqués	Effectifs	%
Prière avec supports	75	71,42

Prière sans support	30	28,57
Total	105	100

Source : enquête de terrain (2016)

S'agissant de la gratuité des soins dans les églises pentecôtistes, il ressort du tableau IV que, 82% déclarent que les soins sont gratuits.

Tableau IV : Avis des sondés sur la gratuité des soins à l'église (N=288)

Soins pratiqués sont-ils?	Effectifs	%
Gratuit	237	82
Payant	54	18
Total	288	100

Le tableau V indique le montant des sommes payées pour des raisons non gratuites.

Tableau V : Coût des soins pratiqués dans les églises pentecôtistes (N= 54)

Coût de soins	Effectifs	%
Moins de 30. 000 F	17	32
Entre 30 000 - 40 000 F	24	44
Supérieur à 40 000 F	13	24
Total	54	100

Sur les 54 sondés ayant déclaré que les soins thérapeutiques sont payants à l'église, 74% estiment que les soins sont chers.

[IV] COMMENTAIRES

Sur le plan cartographique, la géographie des églises pentecôtistes dans l'agglomération de Libreville présente des disparités spatiales dans leur localisation entre les Communes d'Akanda (30 églises), d'Owendo (30 églises) et de Libreville (83 églises). Ces résultats peuvent s'expliquer par le fait que, la Commune de Libreville est la première en terme d'installation des



populations et des infrastructures, alors que les Communes d'Owendo et d'Akanda sont d'apparition assez récente et les églises pentecôtistes semblent s'installer plus facilement en parallèle avec la population.

A l'échelle du quartier, nos observations de terrain tendent à montrer que les églises pentecôtistes sont plus visibles dans les quartiers dits « populaires » alors que le phénomène est assez rare dans les quartiers huppés de l'agglomération de Libreville. Ainsi, les quartiers de Bel Air (premier arrondissement), Ambowe (premier arrondissement), Nzeng Ayong (arrondissement 6) et les points kilométriques (sixième arrondissement) de la commune de Libreville sont les plus dotés en églises pentecôtistes contrairement à la Sablière, l'un des quartiers huppés de Libreville où l'on n'observe aucune église pentecôtiste.

S'agissant des caractéristiques des membres églises pentecôtistes, notamment le sexe et l'âge, les résultats obtenus tendent à démontrer que celles-ci sont plus fréquentées par les femmes que les hommes et la tranche d'âge se situant entre 15 et 25 ans est la plus représentée aussi bien chez les hommes que les femmes. Ces résultats tendent à valider l'idée tant répandue au Gabon que les femmes seraient beaucoup plus enclines à fréquenter les églises pentecôtistes que les hommes.

Concernant le statut socio-professionnel des membres des églises, les élèves / étudiants restent la couche sociale la plus représentée dans les églises pentecôtistes. A la lumière de ces résultats, on constate qu'en dépit de leur niveau d'instruction, les élèves / étudiants sont attirés par les églises pentecôtistes. Ces résultats contredisent l'idée selon laquelle les églises pentecôtistes seraient fréquentées par une population généralement sans instruction scolaire. Ils infirment également l'hypothèse selon laquelle les sans-emplois ou déshérités seraient plus attirés que d'autres couches sociales par les églises pentecôtistes.

Les membres des églises interrogés sont majoritairement de nouveaux adhérents et ils semblent être attirés par les églises pentecôtistes à cause de la doctrine développée par ces dernières et de la proximité avec les membres.

S'agissant du lieu de soins en cas de maladie d'un membre de la famille des adhérents de l'église, le recours aux structures de santé moderne reste majoritaire. Ce qui suppose que le recours à la médecine moderne ou occidentale n'est pas un obstacle pour les parents des membres des églises. Le recours à l'église vient en deuxième position suivi de l'automédication. Cette pluralité de recours témoigne le fait que l'appartenance à une église pentecôtiste d'un membre de

l'église pentecôtiste semble n'avoir aucune influence sur le recours aux soins des membres de la famille.

Au sujet des pathologies couramment traitées dans les églises pentecôtistes, les résultats obtenus montrent que les églises pentecôtistes traitent entre autres les maladies qualifiées de « mystiques » dans 22,5% de cas. Elles viennent en second lieu après la fièvre. En effet, l'une des raisons fondamentales qui poussent la conversion des membres est la guérison divine. L'église pentecôtiste soigne tous les maux liés à l'infortune, au chômage, au célibat et à toute sorte de maladie comme en témoignent les travaux de J.Tonda (2002). La fièvre représente la première pathologie couramment traitée dans les églises pentecôtistes, en accord avec les données statistiques au niveau national où la fièvre / paludisme reste la première cause de consultation hospitalière et de morbidité tout âge confondu d'après la Politique Nationale de Santé (MSP, 2010).

S'agissant de l'état de santé des membres de l'église pendant les 3 derniers mois précédant l'enquête, les résultats obtenus montrent que, plus de la moitié des personnes interrogées ont été malades. C'est ce qui pourrait justifier leur adhésion dans ces églises réputées pour leur capacité à prendre en charge toute sorte de maux (J. Tonda, 2002).

Nos résultats montrent que l'origine attribuée des maladies est à moitié Dieu et le démon. D'après M. Mebiame Zomo (2016), les pentecôtistes distinguent deux types de maladies : les maladies de Dieu et les maladies du démon. Les maladies de Dieu trouvent leur origine dans le non-respect des principes régissant une vie sainte. Dieu punit alors l'individu ou le groupe coupables. Ces maladies peuvent se traduire par l'accident, l'épidémie, le sida, etc. Le deuxième type de maladies a pour origine les mauvais esprits, généralement envoyés par des personnes qui travaillent avec le diable. Ces esprits sont variés : esprit d'adultère, esprit de vol, esprit de masturbation, esprit de délinquance, etc. La sanction divine côtoie ainsi la sorcellerie qui, toutes, puisent leur pertinence dans le système global des croyances et des représentations (J. Tonda, 2002). Cette classification dichotomique de l'origine des maladies rappelle ainsi que les églises pentecôtistes se positionnent à la fois sur la prise en charge des maladies de Dieu et du démon.

Concernant les soins pratiqués dans les églises pentecôtistes, il s'agit essentiellement des prières avec support c'est-à-dire couplés avec des massages à l'huile, de l'eau, l'encens, etc. Les prières sans support sont aussi pratiquées comme modalité de soins à l'église pentecôtiste. Des séances de délivrance en vue de « chasser » les mauvais esprits accompagnent le plus



souvent les prières de guérison et l'église pentecôtiste propose la transe comme remède. Toutes ces actions participent à la guérison du malade. A ce propos, J. Tonda (2002) distingue trois dimensions dans lesquelles il inscrit la guérison du malade.

Primo, la guérison est présente à travers l'image que véhicule le personnage de Jésus, la Bible et la foi. Il s'agit pour lui de montrer que le symbolisme de Jésus, de la Bible et de la foi permettent de guérir tous les maux auxquels les populations gabonaises sont confrontées sans considération d'âge, de sexe, de classes sociales et de niveaux d'instruction. Les populations sont censées trouver dans les lieux chrétiens de guérison, un pouvoir thérapeutique ou des conjurations plus fortes qu'ailleurs pour faire face aux situations liées au chômage, à la maladie, à la stérilité, aux échecs scolaires et conjugaux, à la politique et à l'économique. Secundo, la guérison est rattachée à une pseudo « puissance » des Églises et des pasteurs. La présence de ces deux forces, selon l'auteur, décèle toutes les maladies. Ce qui amène la plupart des individus à rechercher dans la religion la délivrance et la protection. Et enfin, la troisième dimension de la guérison est inscrite dans la vulgarisation de l'Évangile et des chants de louange et adoration qui sont des sources de réussite et de richesse. C'est à cette dimension que plusieurs registres de guérison sont observés, dont la guérison divine.

Les résultats d'enquête soulignent que 18% des 288 malades ont eu des soins payants (tableau IV). Au regard de sa vocation sociale, les soins dans les églises ne devraient normalement pas être payants. Ainsi, certains pasteurs dans l'agglomération de Libreville font payer leur consultation et les soins prodigués aux malades comme dans le système de soins modernes. Ce paiement prend le plus souvent la forme d'offrande offerte au pasteur après la dispensation du soin.

Concernant le coût des soins pratiqués dans les églises pentecôtistes, les chiffres renseignés sont à titre indicatif. En réalité il est difficile de déterminer le coût réel d'un soin à l'église pentecôtiste en dehors d'une étude économique spécifique, puisqu'à chaque séance de prière de soin, le patient doit faire une offrande au pasteur. Le coût des soins à l'église pentecôtistes est jugé cher par 74% des sondés ayant payé leurs soins.

[V] CONCLUSION

On observe à travers cette étude que la géographie des églises pentecôtistes dans l'agglomération de Libreville présente des disparités spatiales dans leur localisation entre les Communes de Libreville, d'Akanda et d'Owendo. Au sujet des maux dont souffrent les membres des églises pentecôtistes, la fièvre et les maladies dites « mystiques » occupent une place prépondérante. Ces maladies « de l'église » comme le suggère J. Tonda (1990) ont pour origine Dieu et le démon et se situent en toute logique du côté de la « sickness », c'est-à-dire l'expression socio-culturelle de la maladie. Cette étude montre également que les soins dans les églises pentecôtistes ne sont pas forcément gratuits. Les offrandes après des séances de prières thérapeutiques constituent un poste de dépense de soin auquel le patient devra faire face au quotidien. Ce qui pourrait limiter l'accès aux soins dans les églises pentecôtistes étant donné que la majorité des adhérents sont des élèves et étudiants n'ayant pas de prise en charge par l'assurance maladie. Une étude économique à ce sujet pourrait mieux éclairer la problématique de coûts des soins dans les églises pentecôtistes.

RÉFÉRENCES

- 1- AUGÉ Marc, 1984, *Ordre biologique, ordre social : la maladie, forme élémentaire de l'événement*, in M. Augé et C. Herzlich (éd.), *Le sens du mal*, Paris, Éditions des archives Contemporaines, p. 35-81.
- 2- DONABEDIAN Avedis, 1993, « Quality in health care : whose responsibility is it ? » *American journal of medical quality : the official journal of the american college of Medical quality* 8 (2)
- 3- FIELDER, 1981, « A review of littérature on access and utilization of medical care with special emphasis in rural primary care » *Social Science and Médecine*, n° 3, pp. 129-142
- 4- FERRINHO, VANLERBERGHE, 2000, *Providing Health Care under Adverse Conditions Health Personnel Performance and Individual Coping Strategies*, Anvers, ITG Press.
- 5- GRUENAIIS Marc-Eric, (1996), « À quoi sert l'hôpital africain ? » *Les Annales de la Recherche Urbaine*, n° 73, p. 119-128
- 6- HARAN, IQBAL, DOVIO (1993): *Patients Perceptions of the Quality of Care in Hospital Out-Patient Departments: a Quality Assurance Project in Eastern Region, Ghana*, in J.F.L. Chan (éd.), *Quality and its Applications*, Newcastle, Newcastle University Press.

7- JAFFRE Yannick, OLIVIER DE SARDAN, (2003) : Une médecine inhospitalière, Paris, Karthala.

8- JEWKES Rachel; NAEEMAH Alston; MVO Zodumo: (1998). " Why do Nurses Abuse Patients? Reflections from South African Obstetric Services», Social Sciences and Medicine, vol. 47, n° II, p. 1781-1795.

9- MBONIMPA Melchior, 2012, Guérison et religion en Afrique, Paris, L'Harmattan

10- Ministère de la Santé Publique ; (2010) : Politique Nationale de Santé.

11- MEBIAME ZOMO Maixant, 2016, Le pentecôtisme à la conquête du Gabon Politiques d'évangélisation et de conversion, L'Harmattan, Paris, 345p.

12- Ministère de la Santé Publique, 1998, Plan National de Développement Sanitaire (PNDS).

13-PICHERAL Henri, 1984, La géographie de la santé, in Les concepts de la géographie humaine (dir. A. Bailly), Paris, Masson.

14-PENCHANSKY Roy ; THOMAS Jean William, 1981, « The concept of access : definition and relationship to consumer satisfaction » Medical care, pp. 127-141

15-RICHARD Jean-Luc, 2000, Accès et recours aux soins de santé dans la sous-préfecture de Ouessè, Thèse de doctorat en Géographie, Université de Neuchâtel, 1134p.

16- TONDA Joseph, 2002, La guérison divine en Afrique centrale (Congo, Gabon), Paris, Editions Karthala.

17- TONDA Joseph, 1990, « Les églises comme recours thérapeutique Une histoire de maladie au Congo », in Sociétés, Développement et Santé, coordination de Didier Fassin et Yannick Jaffré, Ellipses / Aupelf, pp. 200-209.

18- SOUNDA Love Leaticia, 2018, L'accès aux soins au Gabon : écart entre la stratégie politique et les pratiques de santé, Thèse de Doctorat, Université de Lorraine Ecole Doctorale Fernand-Braudel, soutenue le 29 mai 2018, 379 p.

A PROPOS DES AUTEURS

Euloge MAKITA-IKOUAYA est Titulaire d'un doctorat en géopolitique de la santé. - Enseignant à l'École nationale des eaux et forêts, ENEF, Libreville (Gabon), membre du Groupe d'intervention en santé publique et en épidémiologie et du Centre de recherche en géosciences politiques et prospective au département de géographie de l'Université Omar Bongo, Gabon

[Publish with Africa Science](#)

and every scientist working in your field can read your article.

Your paper will be:

- Available to your entire community
- Of little downloading charge
- Fairly and quickly peer reviewed

<http://www.africascience.org>

**In collaboration with the Laboratory of Sustainable Development
and Territorial Dynamics of the University of Montréal - Canada**

[Editor-In-Chief: H. Blaise Nguendo Yongsi](#)