

Bulletin de
L'A.P.A.D

Bulletin de l'APAD

21 | 2001

Un système de santé en mutation : le cas du
Cameroun

L'État à la conquête de son territoire national. L'exemple de la réforme du système de santé dans la province de l'Extrême Nord du Cameroun

Marc-Eric Gruénais



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/apad/40>

ISSN : 1950-6929

Éditeur

LIT Verlag

Édition imprimée

Date de publication : 1 juin 2001

Référence électronique

Marc-Eric Gruénais, « L'État à la conquête de son territoire national. L'exemple de la réforme du système de santé dans la province de l'Extrême Nord du Cameroun », *Bulletin de l'APAD* [En ligne], 21 | 2001, mis en ligne le 06 décembre 2005, consulté le 05 mai 2019. URL : <http://journals.openedition.org/apad/40>

Ce document a été généré automatiquement le 5 mai 2019.

Bulletin de l'APAD

L'État à la conquête de son territoire national. L'exemple de la réforme du système de santé dans la province de l'Extrême Nord du Cameroun

Marc-Eric Gruénais

- 1 Dans le domaine de la santé, comme dans les autres secteurs, face aux dynamiques locales et aux pressions internationales qui encouragent une autonomisation du niveau local, l'État hésite toujours entre décentralisation, déconcentration, délégation, dévolution (Bossert, 1998). Dans ce processus, la négociation de la place de l'État peut s'avérer d'autant plus délicate que les pouvoirs publics ont affaire à de puissantes institutions qui ont acquis au niveau local une forte légitimité, comme c'est le cas notamment des centres de santé confessionnels. Comme je vais tenter de l'illustrer avec l'exemple de la province de l'Extrême Nord du Cameroun, décentralisation peut signifier non pas seulement instauration d'un dialogue avec les communautés et les élites locales autochtones, mais aussi, voire surtout, négociation avec des institutions ayant une logique spécifique loin de pouvoir ou de vouloir toujours s'accorder avec la logique étatique.
- 2 Une innovation importante de la réforme du système de santé au Cameroun est l'intégration des formations sanitaires privées au système de santé national ; plus précisément, l'État camerounais considère que le système de soins national est composé de tous les dispensateurs de soins, qu'ils soient publics, privés, ou même « traditionnels ». Ainsi, dans un texte officiel daté de 1997 émanant du Ministère de la santé publique du Cameroun, il est spécifié que le « service de santé de district coordonne et supervise *toutes les activités de santé de district, y compris celles des tradipraticiens et du secteur privé moderne* » (souligné par moi). Je ne retiendrai ici que la question du lien entre les structures privées et le système de santé national, laissant de côté la question des dispensateurs de soins qualifiés de « traditionnels » ; de plus, étant donné la région du Cameroun dont il sera

question, les structures privées évoquées seront les structures confessionnelles (d'obédience catholique et protestante). De telles structures, entrant dans la catégorie du « privé non lucratif », n'en ont pas moins une gestion privée (devant rémunérer elles-mêmes leur personnel, s'approvisionnant en médicaments auprès du fournisseur de leur choix, etc.) ; et, dans l'organigramme de l'administration de la santé, l'ensemble des structures privées, confessionnelles ou non, relève du même service. Or si le système de soins national est unique, cela signifie également que toutes les structures de soins, privées comme publiques, doivent respecter le même cahier des charges, ont les mêmes droits et les mêmes devoirs. Ainsi, par exemple, une structure privée peut devenir structure de référence du système de santé national, doit respecter les règles édictées en matière de « participation communautaire » et mettre également en œuvre toutes les activités du « paquet minimal », y compris les activités de prévention dans les villages ou de vaccination qui sont peu susceptibles de faire entrer des recettes.

Le contexte historique et sanitaire de la Province de l'Extrême Nord

- 3 Comment une telle réforme est-elle mise en œuvre dans la Province de l'Extrême Nord du Cameroun ? Cette question prend pour cette région une pertinence toute particulière, tant elle semble sous administrée en dehors du principal centre urbain de la région, Maroua. La Province de l'Extrême Nord, région sahélienne, est délimitée à l'ouest par les monts Mandara qui font frontière avec le Nigéria, au nord par le Lac Tchad, et au nord est par une zone à la fois déserte et marécageuse et qui est loin d'être totalement sécurisée¹. Très éloignée des principaux centres de décision du pays (Maroua est à plus de 1000 kilomètres de la capitale, Yaoundé), la Province de l'Extrême Nord est une création administrative du régime Biya faisant suite aux démêlés politiques avec son prédécesseur Ahidjo : en divisant la partie septentrionale du pays en trois provinces (Adamaoua, Nord et Extrême Nord), il s'agissait pour le nouveau régime Biya d'affaiblir le nord du pays plutôt favorable à l'ancien président Ahidjo.
- 4 L'enquête que nous avons effectuée en 1999 concernait, outre la capitale de la Province, Maroua, où se trouve la Délégation provinciale de la santé qui représente l'administration centrale de la santé, la zone ouest de la Province correspondant grossièrement à la région des monts Mandara, encore connue sous l'appellation « pays Kirdi ». Au XIX^e siècle, une partie de cette région, le royaume du Mandara, constituait une zone tampon entre le Kanem Bornou et l'expansion Fulbe (Vincent, 1978). Les montagnes, quant à elle, étaient, et sont encore surtout occupées par une mosaïque de groupes², peu islamisés, et qui ont principalement été touchés par le christianisme (protestantisme et catholicisme) après la seconde guerre mondiale ; ces populations, entre lesquelles l'intercompréhension linguistique est loin d'être totale, ont été regroupées sous l'appellation « Kirdi » (qui désigne les païens pour les Fulbe) et qui prend volontiers valeur d'ethnonyme.
- 5 Terre potentiellement chrétienne dans un nord conquis par les Fulbe, le pays Kirdi, qui aurait résisté au djihad d'Usman dan Fodyo, est défini par un prêtre français comme étant « A l'origine, [une] appellation méprisante donnée aux populations montagnardes de religion traditionnelle, par les occupants foubés. Actuellement, le mot définit l'identité de plusieurs ethnies, identité dont les gens sont fiers » (Aurenche, 1996 : 140). Toujours selon ce même prêtre, les « Kirdi » auraient été l'objet d'un profond mépris qui perdurait, il y a encore peu de temps, et qui a pu se traduire par une volonté délibérée des autorités – notamment musulmanes – de ne pas « développer » la zone, et par une répression des voix qui s'élevaient en faveur de « Kirdi » victimes d'une « vague antichrétienne » (Aurenche, 1987 : 115). Quels que soient les termes employés pour qualifier les relations

entre le pays « Kirdi » et les pouvoirs centraux (pré-coloniaux, coloniaux et post-coloniaux), cette région est marquée par certaines particularités – notamment religieuses – qui influent sur l'organisation du système de santé local.

- 6 Les plus anciennement implantés dans la région semble être les protestants. Cependant cette appellation unitaire recouvre en fait toute une diversité d'Églises aux missions autonomes. La Province de l'Extrême Nord est le théâtre de l'action d'au moins quatre Églises de confessions protestantes, chacune ayant son « œuvre de santé » : les Évangélistes, les Baptistes, les Adventistes, ainsi qu'une mission « non dénominationnelle » qui s'apparente aux Églises indépendantes américaines. Selon les informations dont je dispose, les plus anciennement implantés sont les Évangélistes dont la présence dans la région précède la seconde guerre mondiale et dont l'action évangélicatrice puis sanitaire a pris de l'ampleur à partir de la fin des années 1940. Baptistes et Évangélistes de l'Extrême Nord restent très liés à des paroisses suisses ; rappelons, que la Mission de Bâle, à la suite de la London Missionary Society, avait joué un rôle très important dans l'entreprise d'évangélisation de l'Afrique centrale, et en particulier au Cameroun. À chacune de ces Églises sont liés dispensaires et/ou hôpitaux qui bénéficient de l'appui technique (présence d'expatriés) et souvent financier d'Églises du Nord.
- 7 L'implantation des catholiques dans la région semble être un peu plus tardive. Les premiers missionnaires catholiques sont arrivés en 1947, et les premiers centres de santé catholiques se sont développés à partir de 1960. Le « mythe » de fondation de l'action catholique chez les « Kirdi » est l'œuvre d'un des premiers prêtres camerounais, originaire du Sud, et qui, parvenant dans la région en 1959, découvre que « ici, Dieu a parlé ! » (Aurenche, 1987)³, signifiant par-là combien les « Kirdi », maltraités par les musulmans, disposaient d'une religion « traditionnelle » qui était l'expression d'une nature profondément religieuse. C'est dans le prolongement de l'action de ce prêtre camerounais que, notamment sous l'impulsion d'un prêtre français, Christian Aurenche, se développa le centre de Tokombéré qui, outre un hôpital, comprend un collège et un centre de développement agricole ; le diocèse de la région qui nous préoccupe⁴ contrôle également neuf centres de santé. Ces structures de soins font partie intégrante du très centralisé et très puissant service catholique de la santé qui contrôle 182 formations sanitaires sur le territoire national, dispose de sa propre école de formation des personnels de santé et de sa propre centrale d'achat ; ces formations sanitaires sont réparties dans les 22 diocèses que compte l'Église catholique au Cameroun, chaque diocèse ayant son service de santé et son coordinateur nommé par l'évêque.
- 8 Au Cameroun en général, le secteur confessionnel occupe une place très importante dans le système de santé national ; ainsi le Plan national de développement sanitaire du Cameroun situe le financement du secteur confessionnel de la santé à près de 10 milliards de francs CFA par an, tandis que les aides extérieures, toutes sources confondues, sont passées de 3 milliards en 1990/1991 à une moyenne de 6 milliards par an depuis 10 ans. Toute la Province de l'Extrême Nord dispose d'un maillage important de centres de santé confessionnels, catholiques et protestants, de différents niveaux (dispensaires et hôpitaux).
- 9 À titre d'illustration, présentons très schématiquement les deux districts sanitaires de la région auxquels nous nous sommes particulièrement intéressés, les districts de Tokombéré et de Mokolo. Le district de santé de Tokombéré regroupe 90.000 habitants ; il est composé de 7 aires de santé dont 2 ne sont pas desservies par un centre de santé ; il

est donc doté de 5 structures de soins, dont 4 publiques et une catholique ; cependant les structures publiques ne sont guère « fonctionnelles », alors que le centre catholique est en fait un hôpital de 140 lits, avec trois médecins, une quinzaine d'infirmiers, disposant de plusieurs services (médecine, pédiatrie, chirurgie et phthisiologie). À cet hôpital sont également liées des activités de prévention en « stratégie avancée » (vaccination, PMI, consultations prénatales, éducation nutritionnelle, etc.), si bien que le centre de santé catholique semble drainer en fait, au minimum, l'ensemble de la population du district sanitaire de Tokombere. Le district de Mokolo, pour sa part, regroupe 210.000 habitants et est divisée en 10 aires de santé : cinq aires de santé sont desservies par des structures confessionnelles (dont trois centres catholiques et deux centres protestants), quatre, par des structures publiques ; en outre, le district dispose d'une structure de référence publique, l'hôpital de district. Cependant, dans une région très montagneuse et où les déplacements sont difficiles, les patients qui relèvent d'une aire de santé « publique » semblent préférer s'arrêter dans les centres confessionnels plutôt que de poursuivre vers l'hôpital de référence public, et les centres confessionnels préfèrent référer leurs patients aux hôpitaux confessionnels privés d'autres districts sanitaires ; sans compter qu'un des centres confessionnels de ce district est équipé d'une des rares cliniques ophtalmologiques du pays et a de ce fait un recrutement national, voire international (certains patients viennent du Nigeria et du Tchad voisins).

- 10 L'État s'il est présent dans le système de soins de la Province de l'Extrême Nord, principalement dans la ville de Maroua, n'occupe pas une position dominante dans le système de santé. Ainsi, dans le rapport annuel 1998 de la Délégation de l'Extrême-Nord, de manière assez significative, le Ministère de la Santé Publique n'apparaît guère dans le « Répertoire des intervenants dans le secteur de la santé », qui identifie 25 intervenants, où il figure uniquement comme partenaire du FNUAP. En revanche, le secteur confessionnel occupe dans cette région une position particulièrement importante puisque les Églises catholiques et protestantes contrôlent 36 aires de santé dans les 22 districts sanitaires que compte cette Province de l'Extrême Nord⁵. Comment, dans ces conditions, les principes édictés par la puissance publique (sectorisation, recouvrement des coûts, participation de la communauté à la gestion des centres de santé, référence) sont-ils interprétés dans un contexte local dominé par les structures confessionnelles ? J'évoquerai tour à tour la position des protestants, des catholiques, et les réactions des représentants de l'administration centrale.

Les centres protestants

- 11 Face au projet de nouvelle carte sanitaire et de sectorisation, de recouvrement des coûts et de participation communautaire, c'est un certain pragmatisme qui semble caractériser l'activité sanitaire des Églises protestantes présentes dans la région. La délimitation des aires de santé, qui devait lier une population spécifique à un centre de santé, a eu peu d'incidence sur l'activité des centres protestants. Parfois ce redécoupage a été considéré comme salutaire : des centres protestants se sentaient obligés de s'occuper de villages parfois très éloignés, très difficiles d'accès et donc pour lesquels il n'était guère facile de délivrer des prestations satisfaisantes ; grâce au nouveau découpage, des centres n'avaient plus obligation de s'occuper de tels villages qui étaient désormais « attribués » à d'autres centres. Dans d'autres cas qui pouvaient s'annoncer quelque peu conflictuels, lorsque des habitants d'un village ne voulaient pas être liés au nouveau centre de santé public de l'aire de santé nouvellement créée, et désireux de maintenir le lien privilégié qui les unissait au centre protestant, les responsables protestants ont pu « demander à la

population de choisir » à quel centre elle voulait être rattachée. Mais dans l'activité quotidienne les centres font peu de cas de l'origine géographique des consultants ; et lorsque les habitants d'un village ne peuvent plus se rendre dans « leur » centre de santé en raison de la détérioration des voies de communication en saison des pluies, par exemple, les responsables des centres protestants, pour autant que le village reste accessible à partir de leur centre, n'hésitent pas à se déplacer pour mener des activités préventives dans ce village qui ne leur est pas lié administrativement.

- 12 D'une manière générale, l'activité des centres protestants semble surtout orientée vers les activités curatives dans les centres eux-mêmes. Les centres protestants disposent souvent du service d'un(e) ou plusieurs infirmier(e)s expatrié(e)s. Ils développent peu les activités de « stratégie avancée » (sensibilisation, activité de PMI dans les villages) en dehors du centre, et restent favorables à la présence d'agents de santé disposant d'une pharmacie rudimentaire dans les villages, bien qu'il s'agisse là d'une initiative abandonnée à l'échelle des politiques nationales et internationales tant ces agents de santé villageois, qui s'attribuent parfois les compétences d'un « docteur », ont pu provoquer des accidents. Mais là aussi, le pragmatisme vient justifier le maintien de cette option : pour les villages éloignés, bénéficier des services d'un agent capable de distribuer des antipaludiques ou du paracétamol, par exemple, peut soulager grandement les villageois et éviter des déplacements inutiles. En matière de référence, ils privilégient volontiers les hôpitaux privés (confessionnels), estimant qu'ils ne sont pas beaucoup plus chers que les hôpitaux publics tout en offrant des services de bien meilleure qualité.
- 13 Tout ce qui ressortit à la « participation communautaire » semble également peu concerner les activités des centres protestants. Comme je l'ai déjà signalé, faisant peu de cas du lieu d'habitation des consultants, l'application d'un tarif différentiel selon le lieu de résidence comme le demande théoriquement la réforme en cours n'est pas appliquée. Les actes sont payants mais le recouvrement des coûts n'est en aucune manière une priorité : les expatriés sont rémunérés par leur Église, ils reçoivent des subventions d'organisations caritatives du Nord pour le fonctionnement des centres, et en cas de difficulté à verser les salaires de personnels censés être rémunérés à partir des recettes du centre, il existe un système de compensation entre centres bénéficiaires et centres déficitaires. Quant à l'organisation des comités de gestion et de comité de santé, les personnels des centres protestants considèrent volontiers que c'est à l'État et aux agences de coopération qui appuient la réforme du système de santé de s'en occuper.
- 14 Les relations avec les représentants de l'administration régionale de la santé, qu'il s'agisse du District ou de la Province, sont unanimement qualifiées de bonnes. Les centres fournissent régulièrement des rapports d'activités à ces administrations en prenant soin de distinguer dans la présentation entre les services délivrés aux populations de l'aire de santé desservis officiellement par le centre et ceux délivrés aux populations « hors secteur », comme il est recommandé, même si cela « complique un peu la tâche ». Parfois les centres font l'objet de supervisions qui se traduisent par quelques critiques en matière d'hygiène et/ou d'équipements ; les responsables des centres prennent acte de ces critiques tout en précisant à leurs interlocuteurs officiels qu'en tant que centres privés ils ont davantage de contraintes que les structures publiques – en particulier, rémunérer leur personnel – ce qui peut expliquer « qu'ils ne peuvent pas tout faire en même temps » ; mais en général, nous a-t-on précisé, la supervision se déroulait beaucoup mieux lorsque l'équipe de supervision ne se limitait pas à des responsables locaux mais comprenait aussi des responsables de l'administration provinciale.

- 15 Les responsables des centres protestants rencontrés, qui furent en majorité des expatriés, prennent en général acte de la politique nationale, soulignent souvent ses avantages, notamment du fait qu'elle fut pour eux une invitation à une plus grande rigueur budgétaire, mais sans en faire grand cas. Entretien de bonnes relations avec les autorités régionales, et soigner à leur manière sachant que la population choisira la qualité (les prestations des structures privées étant meilleures que celles des structures publiques), et aussi, pourquoi pas, dans cette région, l'Évangile⁶.

Les centres catholiques

- 16 L'action du service catholique de la santé se situe, pour sa part, dans un projet global, avec des réalisations qui évidemment peuvent être particulières. Rappelons, s'il était nécessaire, que contrairement aux Églises protestantes, l'organisation de toute entreprise catholique se révèle toujours très centralisée, hiérarchisée et unitaire, ce qui favorise évidemment l'appropriation d'un projet global par l'ensemble des éléments constitutifs de l'entreprise catholique – ici concernant la santé –, mais aussi l'établissement de rapports de force avec l'administration nationale.
- 17 En matière de santé, le projet est affiché comme étant clairement distinct de celui de l'État. Par exemple, l'appellation de « planning familial » est bannie du lexique catholique alors même qu'il s'agit là, selon les recommandations internationales et nationales, d'un des éléments du « paquet minimum d'activités » des centres de santé. Alors que l'État camerounais, dans une entreprise qui associait notamment le Ministère de la santé et le Ministère de l'Éducation, a élaboré un programme intitulé « Éducation à la vie familiale », reprenant des thèmes tels que la « parenté responsable », présentant également les méthodes contraceptives, l'épiscopat camerounais n'a pas repris à son compte ce programme et propose, dans ses écoles et ces centres de santé une « Éducation à la vie et à l'amour » dont évidemment la morale catholique n'est pas absente.
- 18 La différenciation entre le projet catholique et le projet étatique s'exprime dans les détails les plus techniques, ainsi, par exemple, dans le domaine du recouvrement des coûts. Rappelons que le recouvrement des coûts concerne aujourd'hui de fait dans les structures de santé la vente des médicaments dont une partie des recettes revient à la structure, entre autres, pour renouveler le stock de médicaments ; la mise en place de cette initiative requiert une tarification à l'acte : chaque fois qu'un patient consulte et se voit établir une ordonnance, il doit s'acquitter du coût de la prestation. Or, le responsable du service catholique de la santé dans la Province de l'Extrême Nord ne partage pas cette conception :

« Le recouvrement des coûts est basé sur les médicaments. C'est bien ! Mais, au niveau éthique, on doit voir aussi comment cela se passe... avec une tarification par épisode de maladie, le comportement de l'infirmier est tout à fait autre que celui de l'infirmier qui va faire entrer de l'argent pour le fonctionnement grâce aux médicaments ; celui-là va faire des prescriptions, et la tarification devra couvrir le prix du fonctionnement du centre. C'est un point très délicat dans les réunions de concertation avec la Délégation provinciale de la santé. Le représentant du ministère de la santé voulait que nous aussi nous prenions comme base le médicament, mais nous avons dit que cela n'allait pas avec notre conception, ni avec notre philosophie de la solidarité. C'est toute l'approche communautaire qui est en jeu ; on ne peut pas dire que le recouvrement des coûts c'est seulement le médicament ! ».

- 19 La tarification à l'épisode, c'est-à-dire le paiement par le consultant, une fois pour toute, pour l'ensemble du traitement et des consultations prévus pour résorber la maladie, est

moins susceptible de dérives qui pourraient se manifester par une activité excessive en matière de prescription, et cadre mieux avec la conception catholique de la santé. Et de l'aveu même de la responsable citée, ce sont donc bien deux conceptions qui s'affrontent – celles de l'État et celle du service catholique – lors des discussions avec les représentants du Ministère de la santé sur des aspects aussi techniques que la tarification. Le projet sanitaire catholique semble cependant plus en prise sur les directives nationales que les activités des centres protestants, mais à sa manière.

- 20 Précisons tout d'abord que le seul expatrié rencontré dans une structure de soins se trouvait dans un hôpital tout à fait particulier⁷ – l'hôpital de Tokombéré dont il sera plus longuement question ci-dessous –, mais toutes les structures de santé de base étaient dirigées par des agents de santé camerounais. Il est vrai que les catholiques, contrairement aux protestants, disposent de leurs propres formations aux professions de santé, et seuls les agents formés par leurs soins exercent dans leurs structures. Il est vrai aussi que cela peut conduire à refuser que certaines structures de base mettent effectivement en œuvre l'ensemble des activités du « paquet minimum d'activités » parce qu'ils ne disposent pas encore dans tel ou tel centre du personnel qualifié. C'est le cas, par exemple, pour les accouchements : parce que tel centre ne dispose pas encore des services d'un infirmier accoucheur, aucun accouchement n'est censé être pratiqué dans ce centre⁸ ; néanmoins, le centre procédera à des activités de PMI, à des consultations prénatales, et des « matrones » ou « accoucheuses traditionnelles » de l'aire de santé desservie par le centre en question seront éventuellement formées.
- 21 La rencontre des directives nationales et catholiques⁹ est identifiable dans les préoccupations relatives au recouvrement des coûts, comme je viens de le préciser, mais aussi à la participation communautaire, à la sectorisation, à la réalisation d'activités préventives « en stratégie avancée ». La participation communautaire s'exprime principalement par la mise en place de comités de santé villageois, dont les membres viennent aider les personnels des centres de santé lorsqu'ils se déplacent dans les villages pour des activités de PMI (sensibilisation des populations, signalement de cas de malnutrition ou de choléra, aide pour la pesée des enfants, etc.) ; mais il ne s'agit guère de gestion des activités du centre de santé avec la « communauté » comme le précise le texte officiel. Les structures catholiques disposent « d'agents itinérants » – appellation inexistante dans le lexique officiel – se déplaçant pour des missions de veille, de conseil, et de sensibilisation des populations. Si les structures catholiques font partie du système de soins national et à ce titre doivent couvrir une aire de santé particulière, il arrive parfois que les structures en question soient liées à une aire « officieuse », dessinée par le service catholique, qui amène les agents itinérants à desservir des villages qui officiellement n'entrent pas dans le territoire de compétence de la structure de ces agents.
- 22 Néanmoins, les structures catholiques, qui desservent donc chacune une aire de santé spécifique, s'attachent à rendre effectif, dans la tarification des actes, la distinction entre les patients « hors secteur » et les patients de l'aire de santé. Cependant, cette distinction est loin d'être toujours établie à partir du lieu de résidence des consultants. J'évoquais ci-dessus l'existence d'un véritable projet de santé de l'Église catholique. Très schématiquement, il consiste entre autres à faire en sorte que la population prenne conscience de l'importance de la santé. Aussi, un certain nombre de règles sont édictées, et on attend des consultants des comportements appropriés : par exemple, respecter les séances de vaccination pour les enfants, le nombre de consultations prénatales, etc. Or

ceux qui ne respectent pas ces règles, quand bien même ils sont ressortissants de l'aire de santé desservie par la structure, seront considérés comme étant « hors secteur » et devront alors acquitter, la prochaine fois qu'ils seront en contact avec la structure, une somme un peu plus élevée que ceux qui auront respecté les règles.

- 23 D'une manière générale, le service catholique de la santé affiche de manière beaucoup plus volontariste et claire son engagement dans la réforme des systèmes de santé au niveau local que les protestants, il revendique le développement de soins de santé primaires dans le cadre du district de santé, en définissant lui-même des règles parfois ouvertement en désaccord avec les modalités d'application proposées par le ministère de la santé ; on peut alors concevoir aisément l'existence de frictions entre les représentants des deux instances.

L'administration locale face aux confessionnels

- 24 Comment la non-application de la politique nationale est-elle ressentie par l'administration de la santé ? Il faut en fait ici distinguer selon le niveau auquel se situe les interlocuteurs administratifs des confessionnels.
- 25 Le premier niveau de contact entre les responsables des structures sanitaires et l'administration de la santé est le district, et l'interlocuteur est ici le médecin chef de district. Précisons d'une manière générale que cette fonction de médecin chef de district est relativement nouvelle dans l'organigramme de l'administration de la santé et difficile à définir : face à une pratique médicale dominée par des soins curatifs délivrés dans des structures de soins, un médecin qui ne soigne pas mais s'occupe pour l'essentiel de coordination, de prévention et d'administration de la santé est une fonction encore peu valorisée à tout point de vue ; un tel médecin est moins susceptible de se trouver impliquer dans des circuits d'échanges monétaires et matériels que des médecins opérant dans des structures de soins et qui ont à acheter médicaments, matériel médical, etc. Disposant alors de peu de moyens, n'étant guère un interlocuteur dans des négociations commerciales, et ayant un statut peu valorisé, les médecins chefs de district ne sont guère en mesure d'exercer quelque pression que ce soit du fait de leur seul statut.
- 26 Dès lors, face à la légitimité historique et religieuse des structures confessionnelles, qui par ailleurs bénéficient du concours de personnels de santé expatriés et de subventions du Nord non négligeables, le représentant local d'un État peu crédible auprès de la population – la qualité des soins étant meilleurs dans les structures confessionnelles que dans les structures étatiques –, qui plus est ayant un statut peu valorisé auprès de ses pairs, ne peut que se résoudre à un constat d'impuissance. Certes, les médecins s'adonnent parfois à quelques tâches de supervision des structures de soins, mais la plupart du temps ils doivent demander le concours matériel des confessionnels pour effectuer leur tournée ; par ailleurs, comme je l'ai déjà mentionné, les critiques qu'ils peuvent alors émettre sur le fonctionnement d'une structure confessionnelle sont rejetées avec plus ou moins d'arrogance, l'interlocuteur confessionnel n'hésitant pas parfois à opposer la très mauvaise qualité des prestations des structures du service public avec l'importance des services rendus par les structures confessionnelles. Alors, une des activités principales du médecin chef de district est de recevoir les rapports d'activités des structures de soins, et de les transmettre à la Délégation provinciale de la santé, étant entendu qu'en l'absence de dénombrement rigoureux des populations desservies par les aires de santé et des conceptions différentes quant à la nature des prestations à comptabiliser selon les centres, les informations chiffrées alors transmises sont très approximatives¹⁰. L'autre activité importante des médecins chef de district qui nous est

apparue est la réception des vaccins du programme national de vaccination à l'occasion des journées nationales de vaccination, les responsables des structures de soins du district étant censés venir chercher les vaccins auprès du district. Mais il semble que l'acheminement des vaccins ne se fasse pas toujours très bien jusqu'aux districts. Le rôle des médecins chefs de district, en temps normal, semble donc particulièrement réduit.

- 27 Au niveau supérieur se trouve la Délégation provinciale de la santé, qui a pour rôle de coordonner, au nom du Ministère de la Santé Publique du Cameroun, l'ensemble des activités de santé de la Province, et de veiller entre autres à la mise en place de la réforme du système de santé ; elle joue aussi un rôle de relais entre les différentes structures de soins de la province, les districts, et le niveau central représenté par le ministère de la santé à Yaoundé, notamment pour la collecte et la transmission des informations sanitaires de la région. Pour la mise en œuvre de la réforme du système de santé (réhabilitation de certaines structures, formation des personnels, notamment), la Délégation provinciale bénéficie de l'appui direct d'agences de coopération, ce qui lui donne incontestablement un certain poids. Alors, il n'est guère étonnant de constater que le véritable interlocuteur des confessionnels est le délégué provincial de la santé et non le médecin chef de district.
- 28 Cependant, lui aussi n'est « qu'un » représentant de l'État face à la toute puissance des Églises, et sa marge de manœuvre reste réduite. Voici comment le Délégué provincial de la santé rencontré en 1999 conçoit son rôle, notamment face aux pratiques des confessionnels :

« Il y a une politique globale unique, il peut cependant y avoir des différences sur des points précis. Par exemple, à propos du recouvrement des coûts, il y a plusieurs méthodes : assurance, pré-financement, paiement à l'acte, à l'épisode. Peu importe ; harmoniser ce n'est pas uniformiser. Une des stratégies est de rendre les médicaments génériques disponibles, maintenant, à moi de voir comment je vais faire... Quant aux tarifs, le ministère n'impose pas les prix des médicaments. L'essentiel est que les médicaments ne soient pas gratuits et soient accessibles. Mon problème, en tant que Délégué, est que les objectifs nationaux soient atteints. Le Ministre veut des résultats, peu importe le chemin que j'emprunte. Ce n'est pas une route, c'est une ligne, c'est une route sur laquelle je peux zigzaguer, la route est assez large ! ».

- 29 Cependant, le pouvoir central, en l'occurrence le Ministère de la santé à Yaoundé, est loin de vouloir laisser tous les pouvoirs au Délégué provincial. Une décision émanant du Ministère de la santé datée du mois d'avril 1999 précise que les associations et ONG oeuvrant dans le domaine sanitaire doivent contracter directement avec le Ministère de la santé, le Délégué provincial n'ayant guère qu'un rôle consultatif à propos du projet de l'association contractante, le Ministère de la santé étant souverain¹¹. Selon certains de nos interlocuteurs une telle disposition qui autorise un lien direct entre les associations de développement local et le Ministère de la Santé, outre le fait qu'elle peut entrer en contradiction avec l'organigramme du Ministère et en particulier passer outre les fonctions de coordination régionale du Délégué provincial et qu'elle n'établit pas de distinction entre ONG internationales et associations villageoises, est la porte ouverte au clientélisme : ce que l'on appelle au Cameroun les « élites », à savoir les riches notables originaires d'un village – mais qui en général ne résident pas dans le village – et qui veulent initier des opérations de « développement sanitaire » (construire un dispensaire, faire don d'un stock de médicaments, etc.) peuvent obtenir directement l'aval du Ministère de la santé que leur action s'accorde ou non avec la politique nationale de santé que le Délégué provincial a à coordonner. En d'autres termes, avec un tel texte, alors que

toute la politique de santé avalisée par les agences de coopération concourt à une décentralisation, l'État se donne la possibilité d'intervenir directement au niveau le plus localisé.

- 30 En fait, c'est en situation de crise, impliquant les plus hautes instances de l'État, sur fond de rivalité ethnique et religieuse, que les différents niveaux administratifs définis dans le cadre de mesures de décentralisation en viennent à jouer un rôle.

Les chrétiens contre l'État

- 31 Le Délégué provincial de la santé, rencontré en juin 1999, et fort apprécié des différents intervenants régionaux de la santé, résumait « l'histoire sanitaire » récente de la province de l'Extrême Nord de la manière suivante :

« Dans la région, les chrétiens ont été persécutés par l'ancien régime [du Président Ahidjo]. Derrière les formations sanitaires confessionnelles, on craignait toujours un peu de prosélytisme. Il y avait une rivalité entre public et confessionnel. Puis, il y a eu un changement à la tête du pays, avec un Président chrétien originaire du sud, ce fut un souffle nouveau pour les confessionnels, et nous en sommes venus à effacer les barrières entre le public et le privé. Mon prédécesseur était un musulman intégriste qui a voulu fermer les structures confessionnelles. Il a quitté son poste en 1994... Quant à moi, mon père était pasteur ; j'avais contribué à l'évaluation des activités de santé des églises baptistes, et j'assiste à la commission des évêques pour la santé. Je suis moi-même baptiste. Le fait qu'il y ait aujourd'hui un délégué provincial de la santé chrétien a changé beaucoup de choses... Dans la région du Logone Chari [région limitrophe du Tchad], il y a 99 % de musulmans, et les populations sont allergiques aux chrétiens. Il n'y a pas de centres de santé dans cette région. Mais les services chrétiens de la santé ont une bonne réputation. J'ai demandé à l'évêque d'implanter des centres de santé dans cette région. J'avais donné des autorisations provisoires pour l'implantation de centres de santé, et le Ministre a suivi mes recommandations ».

- 32 J'ai donné au début de cet article quelques précisions sur la spécificité historique d'une partie de cette province de l'Extrême Nord, composée de « Kirdi » non islamisés et du Mandara, tampon entre le Bornu et les Fulbe. Sous le régime du précédent président Ahidjo, musulman de Garoua qui faisait la part belle aux dignitaires islamisés du Nord, cette région du pays – rappelons que le terme « Kirdi » signifie « païens » – était délaissée, voire méprisée et marginalisée. Pour les chrétiens, et en particulier pour les missionnaires catholiques, il s'agissait alors de redonner la place que ces « Kirdi » non musulmans méritaient dans l'espace national :

« ... pourquoi en 30 ans de vie nationale un Arrondissement comme le nôtre, de 60.000 habitants, il est vrai peuplé exclusivement de 'kirdis', est-il privé de lieu d'éducation secondaire ? Pourquoi nos jeunes montagnards ne peuvent-ils pas, faute de Collège, prétendre à des postes de responsabilité nationaux, incapables de franchir des obstacles matériels que personne ne les aide à franchir »¹².

- 33 Pour les catholiques, il s'agissait alors, dans le cadre d'un projet il est vrai tout à fait particulier et que ses initiateurs eux-mêmes rappellent qu'il n'est pas reproductible, de créer les conditions sanitaires, éducatives et agricoles nécessaires à la promotion des Kirdi, « peuple » dévalorisé sur le plan national¹³. C'est dans ce contexte que l'hôpital catholique de Tokombere s'est développé¹⁴.

- 34 La Délégation provinciale de la santé ne cache pas les frictions qu'il y a pu avoir entre la volonté de mettre en place une politique nationale de santé et les spécificités de l'action sanitaire des confessionnels :

« C'est dans ce contexte [d'absence de véritable politique de santé nationale jusque dans les années 1995] que l'Église s'est frayé une place dans le vaste champ de la santé. Les besoins étaient si importants qu'un intervenant pouvait s'implanter n'importe où sans risquer d'être de trop. Les Églises s'orientaient surtout vers des zones défavorisées, enclavées et pauvres. L'une des stratégies d'intervention des Églises, perçues comme défaillance, était le fait que l'existence d'une communauté chrétienne de sa confession passait comme critère prioritaire du choix du site. C'est ainsi que l'Église était, pendant plusieurs années, accusée de prosélytisme religieux. Cette situation a entraîné un double emploi en plusieurs endroits du pays, à savoir que dans une même localité se trouvaient, en concurrence, des formations sanitaires créées par différents intervenants, pour répondre aux besoins d'une partie de la population. Pour se soigner, des malades se déplaçaient sur de longues distances à la recherche d'une formation sanitaire de leur confession religieuse. Sur le plan préventif, le personnel sélectionnait les villages pouvant bénéficier de leurs interventions, ceci en rapport avec la coloration religieuse. C'est ainsi que les équipes des dispensaires privés confessionnels traversaient plusieurs villages pourtant nécessaires, pour aller donner des soins là où le catéchiste a réussi à réunir quelques fidèles »¹⁵.

- 35 Les relations sont désormais beaucoup moins conflictuelles entre le service catholique de la santé et la Délégation provinciale de la santé de la Province de l'Extrême Nord : un Président de la République, catholique originaire du sud du pays (Paul Biya), et un délégué provincial de la santé baptiste ont, de l'avis de tous, permis de définir un contexte plus favorable au dialogue. Mais, il y a peu, tous les échelons de la hiérarchie politico-administrative étaient encore mobilisés contre le projet catholique du district de Tokombere.
- 36 Comme le rappelait le délégué provincial de la santé ci-dessus, son prédécesseur, « musulman intégriste », voulait fermer toutes les structures catholiques. Le médecin chef de district dont dépend administrativement l'hôpital de Tokombere est entré en conflit ouvert avec le médecin chef de l'hôpital catholique : le premier, arguant de la nouvelle carte sanitaire attribuant une zone et une population particulière à chaque structure de soins a sommé le responsable de l'hôpital catholique de respecter les limites de son aire de santé en évitant d'envoyer ses « agents itinérants » dans toute la région, l'hôpital catholique a refusé de se plier à cette injonction administrative avançant notamment que depuis trente ans une population importante, dépassant les limites de l'aire de santé qui était attribuée aux catholiques, était habituée à l'action sanitaire des catholiques, qu'elles refuseraient d'être desservies par des structures publiques, qui par ailleurs étaient incapables de prendre en charge ses populations, ce qui risquait de se traduire par une catastrophe sanitaire.
- 37 On peut se demander si cette assurance avec laquelle le médecin chef de district et le délégué provincial de la santé ont pu alors affronter les catholiques aurait été possible sans une position assez ferme du deuxième personnage de l'État, le Président de l'Assemblée Nationale, musulman, originaire du village où l'hôpital catholique est implanté, et qui s'est présenté pendant longtemps comme un ferme partisan du développement du service public, accusant les catholiques de vouloir monter les « Kirdi » contre l'État camerounais. Après un conflit apparemment très dur, qui a impliqué les plus hautes personnalités de l'État camerounais et de la hiérarchie catholique, le Président de l'Assemblée Nationale et le médecin chef de l'hôpital catholique de Tokombere se sont réconciliés après que la structure catholique se soit vue accordée une certaine prééminence sur l'administration dans la gestion de la santé au niveau local.

- 38 On retiendra surtout de ce conflit que l'État, se fondant tout naturellement sur les textes réglementaires qui portaient organisation de la nouvelle carte sanitaire, a implanté un hôpital de district public à proximité de l'hôpital catholique. L'hôpital catholique, qui ne cesse de se développer (3 médecins, 130 lits, radiologie et échographie, de nombreux services dont un de chirurgie, etc.), et qui recrute ses patients sur une zone toujours plus étendue, avait jusqu'il y a peu le statut de centre de santé dont l'action devait être limitée théoriquement à une aire de santé. La structure publique, qui avait le statut d'hôpital de district lorsque nous l'avons visitée en 1999, ne disposait pas, en tant que tel, des services d'un médecin, recevait moins de 10 consultants par jour, ne pratiquait aucun accouchement certains mois, et surtout était toujours en cours de rénovation. Selon les personnels de cet hôpital de district, celui-ci ne dispensait en fait des prestations qu'aux quelques fonctionnaires allochtones du gros village de Tokombere, les autochtones s'adressant massivement à l'hôpital catholique à proximité. Depuis peu – et c'est là une des raisons de la résolution du conflit entre l'État et les catholiques – c'est l'hôpital catholique qui est devenu hôpital de district, et l'hôpital de district public qui est devenu centre de santé¹⁶.
- 39 Cet exemple appelle deux réflexions concernant la décentralisation et le rôle de l'État. D'une part, l'administration décentralisée de la santé (district sanitaire, délégation provinciale de la santé), qui en temps normal n'a finalement que peu d'influence face à la légitimité de l'action sanitaire de structures confessionnelles qui ont leur propre conception de la santé publique, parvient à exister seulement lorsque dans un conflit qui n'a rien à voir avec la santé, les plus hautes instances de l'État sont impliquées. La périphérie, qui est censée aujourd'hui être l'objet de toute les attentions dans les politiques de développement qui prônent la décentralisation, n'existerait-elle pas sans enjeu national ? D'autre part, on peut se demander dans quelle mesure la volonté politique de l'État de maintenir à tout prix une structure de santé comme cet hôpital de district vide qui, en langage technocratique est qualifié de « non fonctionnel », ne procède pas en fait de la volonté de l'expression de la puissance publique dans ce qu'elle a de plus formelle : dans une région où l'État était peu présent jusqu'à maintenant, du moins dans un domaine sanitaire largement dominé par les structures confessionnelles, région par ailleurs très éloignée des lieux de décision étatique, parfois peu contrôlée comme en témoigne la permanence des conflits entre Arabes Choa et Kotoko, dresser une structure publique telle que l'hôpital de district de Tokombere, qui a peu de chance d'être équipée et encore moins de recevoir une véritable clientèle, n'est-il pas important en soi comme manifestation de la puissance publique pour « coloniser » une partie de son territoire national qui de fait lui échappe ?

BIBLIOGRAPHIE

AURENCHÉ C., 1987, *Sous l'arbre sacré. Prêtre et médecin au Nord Cameroun*, Paris, Les Éditions du Cerf.

AURENCHE C., 1996, *Tokombéré au pays des Grands prêtres. Religions africaines et Evangile peuvent-ils inventer l'avenir ?*, Paris, Les Éditions de l'Atelier/Éditions Ouvrières.

BOSSERT T., 1998, « Analyzing the decentralization of health systems in developing countries : decision space, innovation and performance », *Social Science and Medicine*, 47 : 1513-1527.

FONTAINE M., 1995, *Santé et culture en Afrique Noire. Une expérience au Nord Cameroun*, Paris, L'Harmattan.

VINCENT J.F., 1978, « Sur les traces du major Denham : le Nord-Cameroun il y a cent cinquante ans. Mandara, 'Kirdi' et Peul », *Cahiers d'Etudes Africaines*, 72, XVIII (4) : 575-606.

NOTES

1. Les rivalités entre les Arabes Choa et les Kotoko sont toujours d'actualité, à tel point que la Banque Mondiale, à laquelle est « revenu » le développement sanitaire de cette partie de la Province, hésitait encore en 1999 à lancer des activités de réhabilitation de structures de soins, surtout après l'assassinat dans la région d'une femme médecin américaine.
2. Une "vingtaine d'ethnies", selon J.F. Vincent (« Main gauche, main de l'homme », in *Systèmes de signes*, Paris, Hermann, 1978 : 485-509).
3. Les commentaires hagiographies sur l'action de ce prêtre ne manquent pas, outre les ouvrages déjà cités de C. Aurenche, nous renvoyons le lecteur notamment à l'ouvrage de J.B. Baskouda, *Baba Simon, père des Kirdis*, Paris, Édition du Cerf, 1998, 176 p.
4. Qui n'est qu'un des deux diocèses de la Province de l'Extrême Nord.
5. Le nombre de 36 aires de santé contrôlé par les confessionnels est un chiffre maximal établi en additionnant le nombre de centres précisé dans un document présentant le service catholique de la santé et le nombre de centres protestants ; cependant, dans un document de la Délégation provinciale de la santé de l'Extrême Nord datant de 1998, on peut dénombrer 28 aires de santé « confessionnelles », alors que dans une communication datant de janvier 1999, le Délégué provincial de la santé de cette région fait état de 20 aires de santé couvertes par les confessionnels sur un total de 189 que compterait la région. Il faut sans doute voir là moins une volonté de minimiser pour les uns, ou de maximiser, pour les autres, le nombre de structures contrôlées par les confessionnels qu'un problème lié au recueil de l'information sanitaire, y compris à ce niveau du décompte des structures de soins. Il faut également préciser que les unités territoriales des Églises ne coïncident pas toujours avec celles de l'administration de la santé.
6. Par exemple, un document présentant « L'œuvre de santé de l'Église Évangélique Luthérienne du Cameroun » (document non daté mais qui fait état de données de l'année 1997) précise comme finalité de cette œuvre de santé : « Évangélisation de la population camerounaise par le biais des soins préventifs et curatifs de qualité à faible coût ».
7. Les expatriés du service catholique de la santé sont plutôt en poste aux niveaux centraux (diocèse, conférence épiscopale, école de formation à Yaoundé).
8. Cette position entraîne d'ailleurs un « conflit lexical » entre l'administration de la santé publique et le service catholique de la santé. Pour l'État, les formations de base sont toutes appelées « centres de santé intégrés » et sont toutes censées pouvoir pratiquer des accouchements, prestation qui entre dans le « paquet minimum d'activités » ; le service catholique, pour sa part, distingue les « centres de santé développés » des « centres de santé élémentaire » selon que la structure pratique ou non des accouchements.

9. En fait, selon un de nos interlocuteurs catholiques, la pratique de la santé par les structures catholiques était en avance sur les directives de soins de santé primaires (SSP) édictées lors de la conférence d'Alma Ata de 1978 – conférence fondatrice des SSP pour l'OMS ; l'OMS se serait alors en partie inspirée d'expériences catholiques pour la formulation des SSP, SSP qui ont été adoptés par la suite par les États, dont le Cameroun.

Doit-on alors en conclure que certains personnels du service catholique de la santé auraient inspiré – indirectement – la politique de santé camerounaise ?

10. Ainsi, il n'est pas rare que les chiffres de couverture vaccinale recueillis par les districts dépassent 100 % en l'absence d'une information sanitaire recueillie rigoureusement. Cependant, un taux supérieur à 100 % étant évidemment inacceptable, il semblerait que des « corrections » peuvent alors être établies par différentes instances de l'administration de la santé afin que les chiffres nationaux publiés soient « conformes ».

11. "La lettre d'accord de collaboration... est un document par lequel le Ministère de la Santé Publique prend acte de l'intention d'une association d'appuyer l'action du Ministère de la Santé Publique dans l'amélioration de la santé des Camerounais. L'association est enregistrée au Ministère de la Santé Publique... Le délégué provincial de la Santé Publique dispose d'un délai de quinze jours pour transmettre le dossier au Ministre chargé de la Santé Publique, assorti de son avis motivé. Le Ministre chargé de la Santé Publique dispose d'un délai de trente jours, à compter de la date de réception du dossier pour se prononcer. Passé ce délai, son silence vaut accord de collaboration" (articles 3 et 5 de la Décision 413 « Fixant le cadre de collaboration entre le Ministère de la Santé Publique, les associations et les organisations non gouvernementales »).

12. « Collège Baba Simon. A Tokombere, un projet de santé engendre un collègue », Plaquette de présentation du Collège catholique de Tokombere avec comme seule indication de date mars 1992.

13. Le néologisme de « kirditude » a pu être utilisé pour qualifier la spécificité de la « culture » de cette région qui, rappelons-le est peuplée d'une mosaïque de populations entre lesquelles il n'existe pas toujours d'intercompréhension.

14. On trouvera toutes les informations sur ce projet Tokombere dans M. Fontaine, *Santé et culture en Afrique Noire. Une expérience au Nord Cameroun*, Paris, L'Harmattan, 1995.

15. J. Inrombe, « L'Église et la politique sanitaire au Cameroun : état des lieux », Séminaire des Évêques du Cameroun, Yagoua, 5-12 janvier 1999.

16. Il n'est pas sûr qu'une telle décision règle les problèmes à terme, puisqu'elle implique que c'est une structure privée confessionnelle qui pourrait être amenée à intervenir directement dans la gestion publique de la santé, notamment au niveau des aires de santé.

AUTEUR

MARC-ERIC GRUÉNAIS

IRD/Shadyc, Centre de la Vieille Charité, 13002 Marseille, e-mail : gruenais@ehess.cnrs-mrs.fr.