Bulletin de l'APAD

21 | 2001

Un système de santé en mutation : le cas du Cameroun

Editorial

Marc-Eric Gruénais

Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/apad/26>

DOI : 10.4000/apad.26

ISSN : 1950-6929

Éditeur

LIT Verlag

Édition imprimée

Date de publication : 1 juin 2001

Référence électronique

Marc-Eric Gruénais, « Editorial », *Bulletin de l'APAD* [En ligne], 21 | 2001, mis en ligne le 25 novembre 2005, consulté le 24 septembre 2020. URL : <http://journals.openedition.org/apad/26> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/apad.26>

Ce document a été généré automatiquement le 24 septembre 2020.

Bulletin de l'APAD

Editorial

Marc-Eric Gruénais

NOTE DE L'ÉDITEUR

Les travaux présentés dans ce numéro sont le fruit d'un programme de recherche intitulé « L'organisation locale des politiques de santé en Afrique centrale » qui a bénéficié d'un soutien de la Mission Recherche (MiRe) de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Paris).

- 1 L'amélioration de l'état de santé des populations a toujours été et continue d'être au cœur du projet global de développement des pays africains. Les initiatives dans le domaine de la santé – comme celles en faveur de la scolarisation – ont souvent structuré les premiers contacts des populations rurales africaines avec les représentants des valeurs de la société coloniale et de la « modernité » d'alors, en particulier au travers de l'action missionnaire chrétienne qui mettait volontiers en avant son œuvre sanitaire comme vecteur de conversion. La mise en valeur des colonies a pu susciter des réflexions et des dispositifs, de la part d'administrateurs coloniaux, de médecins militaires, voire d'entrepreneurs privés, en faveur de l'entretien de la forme physique des travailleurs ; et la constitution de corps d'infirmiers et de médecins africains était volontiers conçue comme filière d'émergence d'une élite africaine. La santé – gratuite – pour tous a figuré parmi les revendications des leaders politiques avant les indépendances et les États indépendants l'ont affichée comme politique avec l'effet désastreux sur les systèmes de santé que l'on connaît aujourd'hui. Depuis la fin des années 1970, les agences multilatérales puis bilatérales réaffirment combien la santé est une des composantes du Développement : des systèmes de santé peu « rationalisés » et des personnes peu ou mal soignées ont un coût social et économique qui obère le développement des pays du Sud. Désormais, la Banque Mondiale est devenue le principal acteur de la « scène sanitaire internationale » et, plus récemment, l'allègement de la dette des pays les plus endettés (dans le cadre notamment de l'« Initiative pour les Pays Pauvres Très Endettés ») est lié à la mise en œuvre de projet

en faveur de l'amélioration de l'offre de soins. C'est dire combien, du début de la colonisation jusqu'à nos jours, l'amélioration de l'offre de soins et la réorganisation des systèmes de santé en Afrique ont été et continuent d'être parcourues par toutes les idéologies (populiste, communautaire, religieuse, libérale, néo-libérale, etc.) et sont soumises à toutes les hésitations et soubresauts des politiques en faveur du Développement. Dès lors, les systèmes de santé en Afrique, à l'instar des autres secteurs d'intervention des projets de développement et des politiques publiques, font l'objet, depuis plusieurs années, de mesures de décentralisation et de redéfinition des relations entre le centre (l'État, ici représenté par les administrations centrales des ministères de la santé) et la périphérie (les structures de soins de première ligne et les acteurs locaux du développement).

- 2 En 1978, l'Assemblée Mondiale de l'Organisation Mondiale de la Santé adopte la stratégie des soins de santé primaires qui officialise la prégnance du « local » et l'importance de l'engagement des « communautés » en vue de l'amélioration de l'état de santé des populations. Ainsi à un modèle initial d'un État censé être providentiel assurant sa fonction de protection de sa population notamment en offrant des soins gratuits, ont répondu en premier lieu la politique de soins de santé primaires mettant l'accent sur la prévention et la participation communautaire. En dépit de quelques expériences heureuses et d'une impulsion incontestablement salutaire quant à un renouvellement de la réflexion de santé publique, le « tout local » des soins de santé primaires dans leur version initiale n'a guère donné les résultats escomptés : la prévention coûte cher et n'est pas susceptible de produire des recettes (contrairement à la vente de médicaments ou aux consultations), les « communautés » ne s'engagent pas spontanément pour la promotion de la santé en tant que bien commun, bien souvent les relais communautaires entre la population et les structures de soins (agents de santé villageois, pharmacies villageoises, notamment) se sont révélés inopérants, difficilement contrôlables, lorsqu'ils n'étaient pas dangereux (ainsi de ces agents de santé villageois qui dispensaient des actes médicaux pour lesquels ils n'étaient pas formés). Aussi, la faible performance du modèle populiste des soins de santé primaires n'a pas permis de pallier la faillite de systèmes de santé d'États qui étaient d'autant moins capables d'assurer cette fonction protectrice qu'ils entraient dans une zone de turbulence économique et politique qui s'amplifiait à partir des années 1980.
- 3 Les premières mesures d'ajustement structurel, qui ont conditionné toute poursuite de l'aide au développement à une réduction des déficits publics, ont par la suite touché en priorité les secteurs de la santé et de l'éducation et se sont entre autres traduites par un arrêt du recrutement dans la fonction publique et un gel, voire une réduction, des salaires des fonctionnaires. Finalement, elles ont accéléré le dysfonctionnement des systèmes de santé : dégradation des plateaux techniques, absence de produits de première nécessité et de médicaments dans les structures de soins, démotivation des personnels de santé qui cherchaient à compenser la baisse de leur niveau de vie par des stratégies de « débrouillardise » (*coping strategies*) allant de l'absentéisme, pour s'adonner à une autre activité (commerce, agriculture, etc.) pour compenser la perte de revenu, au racket des usagers et au détournement. Le constat du peu d'efficacité de systèmes de santé qui continuaient d'être dominés par le modèle curatif et hospitalier a conduit à une importante évolution des conceptions relatives à l'organisation des systèmes de santé nationaux.

- 4 L'Initiative de Bamako (1987), qui préconise le recouvrement des coûts, et les résolutions de la Conférence de Harare (1987), qui constituent le district sanitaire en clef de voûte des systèmes de santé, sont devenues les textes princeps pour une rationalisation des systèmes de santé en Afrique. Désormais, le poids relatif accordé à la prévention en vue de l'amélioration de l'état de santé des populations se réduit au profit de la délivrance de soins de santé de qualité, curatifs, dans des structures de première ligne, les centres de santé, qui doivent être capables de référer les patients, en cas de nécessité, à une structure de soins mieux équipée, l'hôpital de district, qui peut poser des actes techniquement plus complexes. L'enjeu des réformes est donc de mettre en place, sur l'ensemble du territoire national, des systèmes de santé locaux autonomes et dispensant des soins de qualité, organisant notamment la référence entre des structures de soins situées à différents niveaux de la pyramide sanitaire, et qui gèrent eux-mêmes les recettes provenant des consultations, des examens et de la vente des médicaments génériques. Ce modèle se développe dans un contexte général où l'offre de soins a été largement libéralisée, et les recommandations des agences de coopération vont dans le sens d'une réflexion globale sur le système de soins qui doit intégrer tous les dispensateurs de soins, publics et privés. Les efforts déployés en faveur du recouvrement des coûts dans les structures de soins publiques, ainsi que les projets plus récents de mutualisation des frais de santé et qui confèrent une autonomie certaine aux structures sanitaires, tendent d'ailleurs à introduire des règles de gestion privées dans des structures étatiques.
- 5 Peu ou prou, tous les États africains, à partir de fin des années 1990, sous la pression des agences de coopération multilatérales et bilatérales, et face à la dégradation de leur système de santé, se sont engagés à mettre en œuvre ce nouveau modèle dans le cadre de réformes spécifiques qui précisent alors les modalités de leur application en tenant compte des particularités nationales. Décentralisation, autonomies financière et de gestion, participation communautaire, sont devenus les maîtres mots des nouveaux systèmes de santé à développer. Or, la mise en œuvre effective de ces nouvelles politiques de santé requiert une redéfinition des rôles et des relations entre différents types d'acteurs : administration centrale de la santé, bailleurs de fonds, secteur privé et en particulier secteur privé non lucratif (représenté par les ONG et les associations, mais surtout par un secteur confessionnel particulièrement influant dans le domaine de la santé en Afrique centrale), représentants des administrations régionales, notables locaux, « communautés », représentants des recours populaires de proximité (tradipraticiens, accoucheuses traditionnelles, cabinets d'infirmiers privés, notamment). Le nouveau modèle vient *a priori* contrarier un contexte politique qui, en Afrique, a été dominé par une centralisation extrême contrôlée par un appareil d'État dirigé par un parti unique autoritaire. Comment, concrètement, à l'échelle locale, l'ensemble des composantes constitutives des districts sanitaires, désormais l'unité privilégiée des systèmes de santé, se positionnent-elles ?
- 6 Pour éclairer les dynamiques (ou parfois les absences de dynamiques) à la fois centrifuges et centripètes qui parcourent la mise en œuvre des réformes des systèmes de santé nationaux, le Cameroun semble fournir un exemple particulièrement éclairant. Un des principaux promoteurs du modèle du district sanitaire en Afrique, le professeur G. Monekosso, lorsqu'il fut directeur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la région Afrique, a été par la suite ministre de la santé du Cameroun ; tout « naturellement », en tant que ministre de la santé, il s'est tout particulièrement

attaché à affirmer le nouveau modèle dans son pays. Le Cameroun a par ailleurs bénéficié d'un important soutien, notamment de la Banque Mondiale, pour réformer son système de santé et manifeste sans doute une volonté politique plus clairement affichée qu'ailleurs de mettre en place les districts sanitaires.

- 7 Ce pays a par ailleurs fait l'objet de redécoupages de son territoire liés notamment au changement de régime (le passage du régime Ahidjo au régime Biya a été entre autres marqué par une modification importante de la carte administrative), alors que nombre de notables (les « élites », pour reprendre le terme consacré au Cameroun), diversement liés à l'appareil du parti dominant, qui fondent leur pouvoir sur leur position politique et/ou sur leur réussite économique, restent souvent des acteurs essentiels du développement local avec une légitimité peut-être plus développée qu'ailleurs : ainsi, par exemple, les messages officiels invitent les élites originaires de telle ou telle zone à se mobiliser pour un projet régional. Rappelons également que le Cameroun a établi deux records dans les années récentes : il occupa pendant plusieurs années la tête de la liste des pays les plus corrompus et figura comme le pays africain à s'être le plus appauvri pendant la période 1985 et 1993 (le salaire des fonctionnaires a notamment été divisé par deux et, à titre d'exemple, le montant du salaire actuel d'un médecin ou d'un infirmier en milieu de carrière est souvent inférieur à celui de la bourse dont il bénéficiait lorsqu'il faisait ses études). Le Cameroun constitue alors sans doute un bon exemple pour appréhender les tensions entre le niveau central et le niveau local dans le contexte d'une réorganisation des systèmes de santé.
- 8 A l'analyse, il n'est pas aisé d'apprécier aujourd'hui quel type d'option a été choisi au Cameroun entre une véritable décentralisation, dotant les structures locales d'une réelle autonomie de gestion et de décision, une délégation de pouvoir de gestion des affaires courantes au niveau local mais sans véritable autonomie avec des secteurs importants qui continuent de relever de l'autorité centrale (J.-F. Médard), ou une simple installation d'un relais local supplémentaire permettant de réaffirmer la présence de l'État dans des zones sous-administrées mais sans pouvoir réel de décision. Aussi, il est loin d'être sûr que la dynamique engagée contribue à redéfinir réellement les relations entre le centre et la périphérie. Ainsi, les affectations des personnels et l'attribution de quelques rares crédits de fonctionnement aux structures de soins restent gérées par le niveau central. Toutes sortes de tractations, où l'on voit apparaître des intermédiaires officieux, des luttes d'influence ou des mouvements de fonds incontrôlés, se développent pour que le niveau local agisse dans le sens souhaité par le niveau central. Par ailleurs, la survalorisation (qu'il s'agisse du prestige ou de l'importance des financements) des programmes de lutte contre des pathologies spécifiques, comme le sida (F. Eboko), permet de maintenir les dynamiques centripètes de programmes verticaux sur lesquels les plus hautes autorités des administrations centrales gardent la mainmise. Enfin, l'autonomisation des structures périphériques peut également être instrumentalisée par les pouvoirs centraux pour se désintéresser de ce qui se déroule à la périphérie. Dès lors, on peut se demander si parfois les politiques de décentralisation ne contribuent pas à renforcer de fait les structures centrales : tout ce qui relève de la « communauté », des consultations préventives classiques, du fonctionnement et du financement ordinaire des activités et structures de soins, n'entre plus du tout dans le champ des fonctions de régulation de l'État qui, désormais débarrassé des préoccupations relatives à la routine des niveaux périphériques, peut pleinement s'occuper de gérer les projets importants, du haut en bas de la pyramide sanitaire, sans que les niveaux intermédiaires et périphériques ne

soient nullement concernés par ces projets ; dès lors, le niveau central se réaffirme en tant qu'interlocuteur incontournable et exclusif, voire en tant que stratège, sur l'ensemble du territoire national, de la mise en œuvre des réformes importantes.

- 9 Cependant, la mise en œuvre d'une politique établie au niveau national peut venir se heurter aux logiques de puissants acteurs institutionnels intervenant au niveau local. Ainsi, aujourd'hui, toute initiative dans une région particulière requiert un financement spécifique dont le complément, voire la majorité des financements, est recherché auprès de bailleurs de fonds internationaux parmi lesquels la Banque Mondiale a pris une place prééminente dans le financement de la santé. Or les agences d'aide au développement ont leur propre rythme administratif et de contrôle qui ne s'accorde pas toujours avec celui du pays ; elles choisissent des zones d'intervention pilote selon des critères souvent difficiles à évaluer, ce qui imprime une dynamique de balkanisation du pays selon les projets et les bailleurs de fonds ; elles peuvent également vouloir infléchir certaines directives ou certaines dynamiques nationales (cf. les contributions de R. Okalla et A. Le Vigouroux). Eventuellement, comme c'est le cas au Cameroun, le secteur confessionnel, très puissant dans le domaine de la santé, qui est souvent l'intervenant principal dans les zones les plus reculées, peut venir s'opposer aux décisions des administrations nationales (M.-E. Gruénais). En d'autres termes, l'application d'une politique nationale, potentiellement valable sur l'ensemble du territoire, est très difficile à mettre en œuvre étant donné les options et les dynamiques spécifiques des différents partenaires de l'État camerounais (les coopérations multilatérales et bilatérales, les œuvres médicales confessionnelles, les associations locales, les « représentants de la communauté », etc.), d'autant plus difficile que le territoire est parfois largement sous-administré dans certaines régions et que l'État s'y montre alors en position de faiblesse face aux intervenants du Nord. C'est alors bien souvent un « service minimum » de l'État que l'on observe dans certaines régions.
- 10 Une autre difficulté rencontrée pour la mise en œuvre de districts sanitaires autonomes ressortit aux confrontations entre une rationalité technique – voire technocratique – de santé publique essentiellement préoccupée de la viabilisation des districts et des dynamiques politiques et administratives locales. Ainsi, les normes techniques reconnues comme devant être réalisées pour un fonctionnement efficient d'une structure de soins (critères démographique et géographique pour définir le bassin de desserte d'une structure périphérique, par exemple) ne sont pas nécessairement réalisables localement eu égard aux spécificités géographiques d'une région, aux conflits entre autorités locales, au découpage électoral, etc. Un des instruments essentiels de ces nouvelles politiques de santé est l'établissement d'une carte sanitaire au sein de laquelle on identifie des aires de santé devant être desservies par des centres de santé dits « intégrés », regroupées au sein d'un district de santé dont la structure de référence est l'hôpital de district. La mise en place de cette carte sanitaire doit alors composer avec l'inégalité d'équipement selon les régions : parfois aires de santé, voire même districts de santé identifiés ne bénéficieront pas des prestations des structures de santé souhaitées, dans d'autres cas, notamment en milieu urbain, aires et districts de santé apparaîtront suréquipés en structures de soins rendant difficile une organisation satisfaisante de la référence. Mais, au-delà de cette question d'équipement, il faut aussi compter avec les élites locales déjà évoquées, soit ces notables qui doivent souvent leur entree à leur proximité vis-à-vis des plus hautes instances de l'État et qui peuvent très aisément contrarier de ce fait toute initiative prise pour des raisons techniques :

leur accès direct aux plus hauts responsables leur permet de court-circuiter les différents niveaux de la hiérarchie sanitaire, par exemple pour modifier la composition de telle ou telle instance, ou pour parvenir à obtenir un équipement spécifique contre toute prévision arrêtée par les responsables locaux de la santé, au risque de déséquilibrer totalement la dynamique enclenchée. Soulignons aussi que la rationalité technique qui préside au découpage des districts sanitaires conduit parfois au développement d'unités territoriales sanitaires qui ne coïncident pas avec les unités administratives existantes. Ainsi, par exemple, à Yaoundé, un des districts sanitaires est réparti sur deux arrondissements, ce qui ne laisse pas de compliquer les relations des autorités sanitaires vis-à-vis des autorités administratives, contraintes par exemple de procéder deux fois à la même démarche pour se concilier les autorités administratives des deux arrondissements (R. Okalla et E. Gauvrit).

- 11 Le niveau local, c'est aussi ce qu'il est convenu d'appeler « la communauté » (telle qu'elle peut s'exprimer à partir des associations de quartier), et d'autre part les différents spécialistes populaires (accoucheuses traditionnelles, guérisseurs traditionnels, mais aussi infirmiers de quartier, spécialistes de médecines alternatives). Théoriquement, la gestion des structures périphériques, et en particulier des centres de santé, doit se faire sous l'œil vigilant de représentants de la communauté. Ces représentants de la communauté n'ont guère été dotés d'un véritable statut, ni bénéficié de formations ; or, en raison de la défiance des professionnels de santé exerçant dans les structures de soins à l'égard de ces « profanes », c'est-à-dire les membres des comités de santé et comités de gestion locaux, censés participer au fonctionnement des centres de santé, ces représentants de la communauté ont bien du mal à trouver leur place. Une situation récurrente est le détournement des fonds provenant des recettes de la structure gérée par ces représentants de la communauté et leur remplacement autoritaire par les personnels du centre de santé. On a pu fonder quelque espoir pour une amélioration de la prise en charge des patients grâce à la solidarité observable dans les associations de quartier, d'originaires, etc. Cependant, à Yaoundé notamment, ces associations sont beaucoup plus préoccupées par les enjeux financiers qui pourraient permettre à un de ses membres de monter un petit commerce, par exemple, ou par les manifestations de solidarité face au décès d'un de leur membre ou d'un parent de leur membre, que par une mutualisation des dépenses de santé (S. C. Abega et N. S. Ngo Yebga).
- 12 Enfin, les dispositifs envisagés depuis Alma Ata se sont montrés plutôt favorables à l'actualisation de liens avec des spécialistes de la communauté dont on pense qu'ils peuvent rendre des services ; parmi ceux-ci, on trouve en premier lieu les tradipraticiens et les accoucheuses traditionnelles. Cependant, dans les faits, il semble que tant en milieu rural qu'en milieu urbain, les spécialistes de la communauté qui se réclament le plus d'une légitimité traditionnelle aient de moins en moins d'audience, tant ils incarnent le passé. En revanche, surtout en milieu urbain, les tradipraticiens se réclamant d'une « véritable tradition africaine », ayant pignon sur rue, inscrits dans des associations, ayant été éventuellement formés au Ghana ou au Nigéria, et empruntant largement aux symboles de la pratique médicale (conditionnement des remèdes dans des flacons, prescription, utilisation d'une blouse, etc.) rencontrent un certain succès. Dans ce domaine des soins « populaires », l'offre est pour le moins très diversifiée : infirmiers, auxiliaires de santé, aides-soignants dont on ignore parfois tout de la formation, exerçant à titre privé dans des cabinets de soins qui n'ont aucune reconnaissance légale et qui posent toute sorte d'actes pour lesquels ils ne sont pas

nécessairement formés ; médecines alternatives (aromathérapie, naturothérapie, etc.), médecine asiatique et en particulier médecine chinoise rencontrent temporairement un réel succès. Nombre de ces cabinets exercent illégalement et les infirmiers qui dispensent des soins de proximité le font bien davantage comme un pis-aller, pour survivre, grâce à une clientèle rare, tant la concurrence est rude (P. Béat Songue, E. M. Akoto, S. Lamlenn, J. Pokam Wadja Kemajou, M.-E. Gruénais).

- 13 L'application du modèle du district sanitaire dans le cadre d'une dynamique générale souhaitée – par les bailleurs de fonds et les États – de décentralisation se heurte, au bout du compte, au minimum à trois grands obstacles. Une force centripète imprimée par une « tradition politique » étatique autoritaire et centralisatrice et qui perdure en dépit de la dégradation des services des administrations centrales. Des forces centrifuges exercées par l'intervention de différents intervenants extérieurs engagés, avec leur logique propre, dans l'aide au développement dans le domaine de la santé. Enfin, une dissémination peu contrôlée des offres de soins de toute nature, officielles ou non, au niveau local dans un milieu où les « communautés » sont parfois peu soucieuses de « participer ». La mise en place des districts sanitaires, qui suppose le développement d'une véritable organisation, au sens fort du terme, souffre souvent d'une sous-administration des systèmes de santé, en particulier, et surtout, en général, du territoire national. L'adaptation aux réalités nationales des mesures et normes techniques qui constituent le référent des réformes ne peut devenir effective en l'absence du développement d'une administration de la santé, surtout au niveau périphérique. Cependant, à l'heure actuelle, il semble bien que les États en Afrique ne sont pas, ne sont plus, ou ne veulent plus être suffisamment forts, face aux principaux acteurs et bailleurs de l'aide publique au développement. Ces États, ou plus exactement certains de leurs représentants, souvent incapables de prendre la mesure des enjeux et conflits locaux pour la mise en œuvre de réforme, sont loin de toujours manifester la volonté politique nécessaire pour le développement d'une politique de santé centrée sur les districts sanitaires.

AUTEUR

MARC-ERIC GRUÉNAIS

IRD/Shadyc, Centre de la Vieille Charité, 13002 Marseille