

Santé

par Fred ÉBOKO

Les indicateurs de santé, qui avaient progressé depuis l'indépendance et surtout depuis le boom pétrolier, ont connu un net fléchissement dès le début des années 1990. Cette décennie a vu tous les indicateurs de santé de base se dégrader, de l'espérance de vie à la naissance aux taux de mortalité infantile et maternelle. La détérioration de l'encadrement sanitaire, lié à la crise du système de santé durant la période de récession du pays, est une des causes de cette situation, due aussi aux effets sociaux des Programmes d'ajustement structurel. Le gouvernement camerounais et ses partenaires internationaux tentent d'y remédier, notamment pour les soins de santé primaire, la prévention et le contrôle des trois principales pathologies : le paludisme, le sida et la tuberculose.

Le sida

À la fin de l'année 2004, l'Enquête démographique et de santé (EDS III 2004) évaluait à 5,5 % (au lieu de 12 %) le taux de séroprévalence au VIH/sida dans la population sexuellement active (15-49 ans). Toutefois, ces taux recouvrent une diversité géographique (de 1,7 % à 8,7 %) et sociodémographique importante. Le ratio femmes/hommes confirme la vulnérabilité des premières et une spécificité subsaharienne : la féminisation de l'épidémie ; à 100 hommes infectés correspondent 170 femmes. En revanche, la dynamique du « rajeunissement » de la maladie semble s'inverser. La séroprévalence au VIH/sida augmente avec l'âge, pour les hommes et surtout les femmes. Les hommes et les femmes les plus instruits sont parmi les plus touchés. La subordination de la femme à l'homme, toutes catégories sociales confondues, précisément dans le domaine de la sexualité, fait que les femmes mariées s'infectent dans le lit conjugal, alors que les professionnelles du sexe ont recours au préservatif. Les transfusions sanguines et, surtout, la transmission du VIH de la mère à l'enfant restent préoccupantes.

Si la prévention a été le centre de la politique de lutte contre le sida jusqu'à la fin des années 1990, l'accès aux antirétroviraux (ARV) constitue un tournant majeur de la réponse internationale des années 2000. Après l'entrée en lice des médicaments génériques et des accords signés en 2001 avec un groupe de grands laboratoires pharmaceutiques, le coût de la trithérapie a chuté de manière spectaculaire (de 1 200 dollars, par mois et par personne, à 10 dollars). Pour la promotion du dépistage, une soixantaine d'Unités de prise en charge (UPEC) placées sous la tutelle de 24 Centres de traitement agréés (CTA) a pour objectif de décentraliser l'accès au traitement. Ces actions se répartissent de manière inégale sur le territoire. Deux régions sont pénalisées par la répartition géographique aléatoire de l'action internationale : l'Est et le Sud.

La tuberculose

Par ailleurs, la pandémie du sida a contribué à la recrudescence de la tuberculose. La majorité des porteurs du bacille de Koch (BK), responsable de la maladie, sont des porteurs sains. La co-infection BK-VIH est de 30 à 40 %. Les autorités sanitaires indiquent un taux de mortalité de 6 % en 2005. Il existe pourtant un vaccin contre la tuberculose, ce qui pose la question de la médecine préventive. Celle-ci a payé un lourd tribut à la crise socio-économique du pays. La recrudescence de la tuberculose et les cas sporadiques de choléra montrent la résurgence de problèmes qui intéressent autant l'hygiène de

base que la couverture vaccinale ; celle-ci a atteint un de ses niveaux les plus bas entre 1985 et 1997. Ceci vaut aussi pour les maladies à transmission vectorielle. En dépit des campagnes de vaccination dès les années 1950, et du contrôle des carnets de vaccination aux frontières, des cas de fièvre jaune sont régulièrement diagnostiqués dans le nord du pays. Les données entomologiques et sérologiques récentes soulignent en outre que d'autres arboviroses (la fièvre dengue ou celle à virus chikungunya) menacent d'exploser au Cameroun, comme dans d'autres zones intertropicales. Ces phénomènes sont la conséquence de la globalisation des échanges et des changements environnementaux au niveau mondial.

Le paludisme

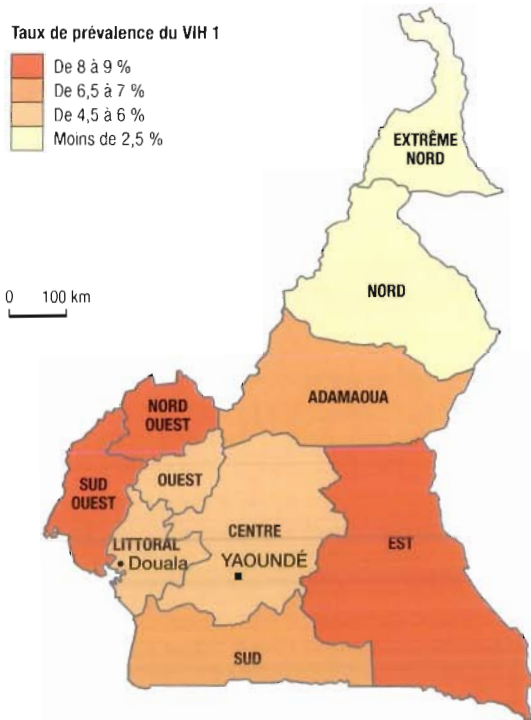
Pour sa part, le paludisme cumule des déterminants des pathologies évoquées ci-dessus et des spécificités géoclimatiques. Le pays se situe dans la zone d'adéquation maximale pour la transmission du plasmodium. Le Cameroun compte trois faciès. Le faciès soudano-sahélien dans l'extrême Nord connaît une transmission saisonnière de 3 mois par an, interrompue pendant la longue saison sèche. Les prévalences parasitaires issues des piqûres sont relativement faibles : de 10 à 20 %. Le faciès tropical, qui concerne les plateaux de l'Adamaoua, subit une transmission saisonnière de 6 à 9 mois par an. Les prévalences parasitaires chez les enfants de moins de 10 ans sont supérieures à 50 %. Dans le reste du pays, dominé par le faciès équatorial, la transmission est dite « pérenne » : 12 mois sur 12. Dans cette zone forestière, l'immunité augmente avec l'âge du fait de l'exposition permanente aux piqûres d'anophèles.

Le poids socio-économique du paludisme est sans pareil. Il représente 40 % du total des décès dans les formations sanitaires ; 50 % de morbidité chez les enfants de moins de 5 ans ; 30 % des hospitalisations ; 26 % des arrêts maladie et 40 % des dépenses des ménages pour la santé. La prophylaxie contre le paludisme est confrontée à une résistance. Apparue en 1985 à Limbé, cette résistance s'est étendue inégalement à l'ensemble du pays, entraînant des taux d'échec thérapeutique variant de 2 à 66 %, selon un gradient nord-sud. Depuis peu, une bithérapie est mise sur pied. Son coût de 4 500 F CFA n'est pour l'instant compensé par aucune subvention. Reste le recours aux moustiquaires imprégnées dont l'efficacité est prouvée. Leur diffusion massive est en cours.

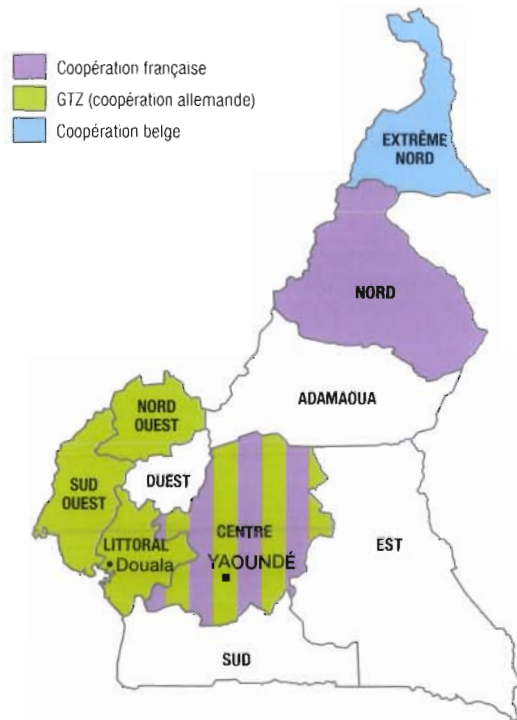
La comparaison avec l'action internationale contre le sida fait du paludisme un parent pauvre de la santé publique. Le gouvernement a donc élaboré un Programme national de lutte contre le paludisme (PNLP, 1995), tout en adhérant à l'initiative internationale « Faire reculer le paludisme » (2000). Mais, comme pour le sida, cette « adhésion passive » aux normes internationales montre la faiblesse du pays à formuler ses besoins et imposer son expertise, faute d'autonomie financière et de constance dans ses mobilisations.

Entre le système public dont les dysfonctionnements sont profonds, le privé confessionnel efficace, qui manque de moyens, et le privé laïque qui combine le meilleur et le pire, c'est toute l'architecture sanitaire du Cameroun qui réclame une profonde mutation. La sortie de crise du système de santé passerait par une revalorisation des carrières des personnels de santé, sans laquelle l'on peut difficilement faire appel à leur responsabilité déontologique.

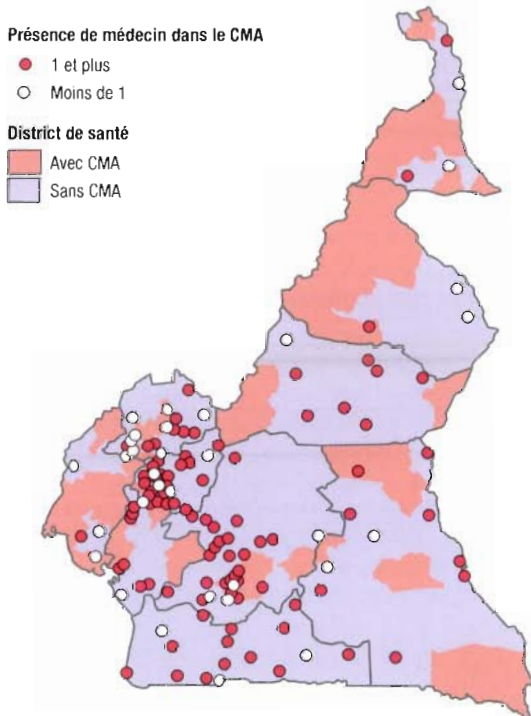
Prévalence du VIH 1 dans la population active en 2005 par province



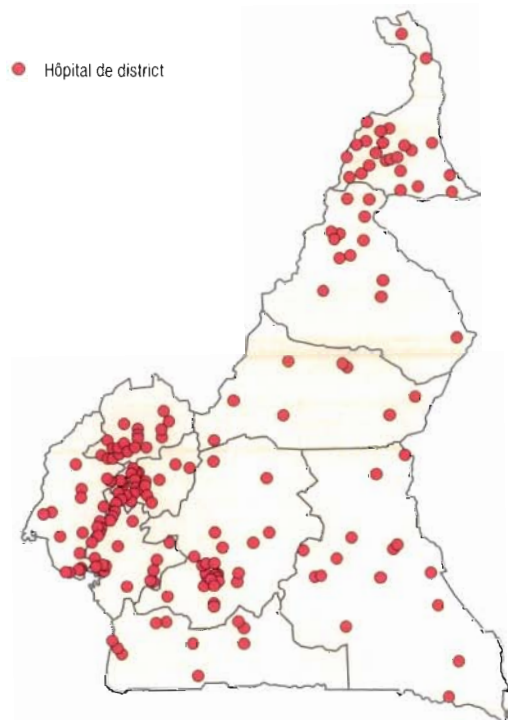
Provinces couvertes par un partenariat bilatéral en 2006



Distriets sans CMA et présence de médecin dans les CMA (Centre médical d'arrondissement)



Localisation des hôpitaux, cliniques et assimilés



Eboko Fred. (2005).

Santé.

In : Ben Yahmed D. (dir.), Houstin N. (dir.), Seignobos Christian (dir.). Atlas du Cameroun.

Paris : Jeune Afrique, p. 104-105.

(Atlas de l'Afrique). ISBN 978-2-86950-376-2.