

Immersion en milieu communautaire à Yaoundé, Cameroun

20 mai - 1^{er} juillet 2012

Violène Porto

Julia Fol

Fedora Tavaglione

Nous tenons à remercier la Doctoresse Loumou Loe, Mme Soppo Mouelle, tous les habitants de Messame Ndongo et plus particulièrement Lisette, notre « maman » camerounaise.

Sommaire :

1. Présentation du Cameroun	3
1.1 Bref aperçu du pays	3
a. Géographie	
b. Démographie	
c. Ethnies	
d. Langues	
e. Economie	
f. Religion	
g. Monnaie	
1.2 Histoire du pays	6
1.3 La capitale : Yaoundé	8
1.4 Les dons	8
2. Système de santé camerounais	10
2.1 Les différents secteurs de santé et leurs interactions	10
a. Les secteurs public et privé	
b. Fragmentation du système de santé publique en niveaux	
c. Les interactions entre le secteur privé non lucratif et le secteur public	
d. Le secteur traditionnel	
2.2 Financement du système de santé	12
2.3 La situation sanitaire actuelle : un bilan négatif	14
a. Quelques chiffres	
b. Cas pratique : exemple d'une consultation non urgente dans un hôpital de niveau central	
i. Le VIH/SIDA	
ii. Le paludisme	
iii. Les maladies diarrhéiques	
iv. Les maladies cardiovasculaires	
v. Les accidents de la route	
2.4 Santé de la mère et de l'enfant	20
a. L'importance de l'éducation	
b. Mortalité maternelle	
c. La santé des enfants de moins de 5 ans	
d. Malnutrition et déficit pondéral chez les enfants de moins de 5 ans	
3. Alternative Santé	25
3.1 Présentation de l'association	25
3.2 L'association sur le plan international	26
3.3 Les projets actuels d'Alternative Santé	27
4. Nos activités lors de notre stage	28
4.1 L'enquête auprès de la population de Messame Ndongo	28
a. Déroulement	
b. Les difficultés rencontrées sur le terrain	
c. Résultats	
4.2 Prise en charge d'une patiente brûlée au 3 ^e degré	33
4.3 Installation, inauguration et travail au sein de la salle de Prévention	37
4.4 Visite d'UNICEF Cameroun et mise en place d'une « causerie éducative »	40
5. Vécu personnel et conclusion	44
Bibliographie	46
Annexe 1 : Le questionnaire	
Annexe 2 : La carte de la zone A de Messame Ndongo	
Annexe 3 : Carnet de vaccination d'un enfant	
Annexe 4 : Dessins d'enfants lors du concours	
Annexe 5 : Affiches de prévention d'UNICEF	

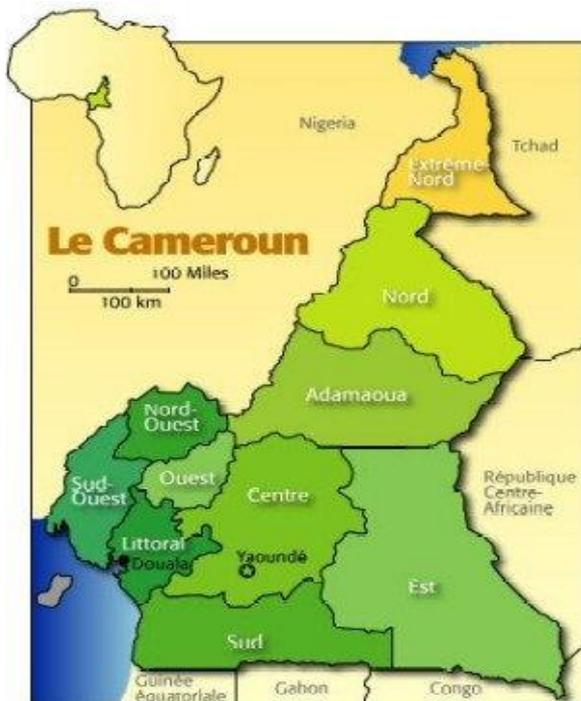
1. Présentation du Cameroun:

1.1 Bref aperçu du pays:

Le Cameroun entre dans l'histoire occidentale avec l'apparition des premiers explorateurs. En 1472, le navigateur portugais Fernando Poo découvre ce pays, frappé par l'abondance de crevettes dans les eaux du fleuve, il le baptise Rio dos Camaroes, "rivière des crevettes" en portugais, ce qui donnera, après quelques déformations, le nom de Cameroun.

La devise du pays étant : "Paix, Travail, Patrie"

a. Géographie



La République du Cameroun est un pays de l'Afrique centrale. Il possède une superficie d'environ 475 500km², ce qui équivaut, environ, à la taille de l'Espagne. Il est situé entre le Nigéria, le Tchad, la République Centrafricaine, le Congo, le Gabon et la Guinée Equatoriale et est constitué d'une multitude de paysages plus variés et magnifiques les uns que les autres, ce qui lui vaut le surnom d' "Afrique en miniature".

Le Cameroun est divisé en 10 provinces, dont 8 sont francophones et 2 anglophones: l'Extrême-Nord, le Nord, Adamaoua, le Nord-Ouest, le Sud-Ouest, l'ouest, le Littoral (comprenant Douala), le Centre (comprenant Yaoundé), l'Est et le Sud. Chacune de ces provinces est placée sous l'autorité d'un gouverneur et d'un conseil régional. Elles sont divisées en départements, administrés par un préfet, eux même subdivisés en arrondissements. Certains arrondissements étant même organisés en districts,

ceux-ci étant placés sous l'autorité d'un chef de district. Parallèlement à cette organisation administrative, le chef traditionnel occupe encore une place primordiale dans la vie de nombreuses ethnies. Il est à la fois le garant de l'autorité coutumière, le gardien des valeurs religieuses et culturelles, de même qu'un auxiliaire de l'administration.

DEMOGRAPHICS

Total population (000)	19,599	(2010)
Total under-five population (000)	3,055	(2010)
Births (000)	710	(2010)
Birth registration (%)	70	(2006)
Total under-five deaths (000)	93	(2010)
Neonatal deaths: % of all under-5 deaths	26	(2010)
Neonatal mortality rate (per 1000 live births)	34	(2010)
Infant mortality rate (per 1000 live births)	84	(2010)
Stillbirth rate (per 1000 total births)	26	(2009)
Total maternal deaths	4,900	(2010)
Lifetime risk of maternal death (1 in N)	31	(2010)
Total fertility rate (per woman)	4.5	(2010)
Adolescent birth rate (per 1000 women)	141	(2002)

Report 2012 Maternal, Newborn & Child Survival

b. Démographie (Source UNICEF)

La population était de 19'599'000 habitants en 2010 dont 58% vivant en zone urbaine. La densité moyenne est de 42 habitant/km². 52% des Camerounais ont moins de 20 ans et 63% des personnes sont âgées de moins de 25 ans. Les enfants de moins de 5 ans représentent eux 15%. On peut donc dire que la population camerounaise est en majorité très jeune, ce qui pose de nombreux défis en termes d'adéquation de l'offre des services de base (éducation, santé et bien d'autres) par rapport aux besoins. L'espérance de vie, quant à elle, est de 51 ans (alors qu'elle était de 53 ans en 1990) avec un taux de mortalité infantile de 93/1000. Il est également intéressant de remarquer que la population du Cameroun double tous les 30 ans (avec un taux d'accroissement annuel, entre 1990 et 2010, de 2,4%), contre 350 ans pour l'Europe, ce qui crée une pression en terme d'accroissement des besoins pour tout ce qui touche les infrastructures de base, entraînant le pays dans une paupérisation de plus en plus évidente.

c. Ethnies :

Si le Cameroun présente une grande diversité de paysages, c'est également une riche mosaïque de peuples, avec près de 250 ethnies différentes. Chacune, ou presque, possède sa langue, ses coutumes et ses rites. Ces différentes ethnies peuvent être classées en 3 grands groupes : les Bantous, les semi-Bantous, comprenant les Bamouns et les Bamilékés, et les Soudanais, comprenant entre autres les Massas.

Le Président camerounais, Paul Biya a lui-même reconnu dans son essai politique: *Pour le libéralisme communautaire*, que le Cameroun se révèle comme : « une terre de la multiplicité et de la division socio-historique, le lieu de rendez-vous d'une variété insoupçonnable de forces centrifuges et antagonistes (...), campant face à face en une sorte de veillée d'armes permanente, où le sens des particularismes est par trop frappante ».

d. Langues :

Les langues officielles du Cameroun sont le Français et l'Anglais, les deux étant enseignées à l'école dès la plus tendre enfance. Elles se mêlent aux multiples langues locales dont le nombre s'élève à plus de deux cents dont l'Ewondo, le Peul, le Boulou,... Aucune de celles-ci n'étant dominante, les Camerounais sont donc obligés, pour communiquer entre eux, de recourir au Français ou à l'Anglais. Cette multiplicité rend les échanges difficiles à travers le pays. Néanmoins les Camerounais sont très fiers de cette richesse et il est pour eux très offensant de parler de dialectes car ils les considèrent réellement comme des langues à part entière.

L'utilisation du Français comme langue principale par la majorité des Camerounais

s'explique également par des conflits entre les différentes ethnies quant au choix d'une langue nationale. Il est ainsi plus facile d'utiliser le Français, qui est relativement neutre du point de vue ethnique, plutôt que de mettre en avant une des langues locales, privilégiant ainsi une ethnie au détriment des autres.

e. Economie:

Au début des années 1980, le Cameroun comptait parmi les pays africains les plus prospères du point de vue économique. Les années suivantes furent marquées par une forte récession résultat de la chute des cours du café, du cacao et du pétrole. Cependant, l'agriculture peut toujours être considérée comme le pilier de l'économie camerounaise et ceci grâce aux variétés des climats et des sols du pays. Elle assure l'autosuffisance alimentaire du pays à la hauteur de 95%, emploie la majorité de la population et représente encore près de 50% des recettes d'exportations. On peut toutefois noter une orientation de la production de plus en plus massive vers les produits vivriers (comprenant entre autre le manioc, l'igname, les bananes plantains, le macabo,...) aux dépens des cultures de rente ou commerciales (café, cacao, banane, tabac,...) qui alimentent traditionnellement les exportations et les industries de transformation agro-alimentaires. Il ne faut également pas oublier la pêche artisanale maritime, pratiquée sur des pirogues le long des 400 km de côtes.

Petit paradoxe : le Cameroun est l'un des principaux producteurs et exportateurs de cacao au monde, malgré cela, il est obligé d'importer de la poudre de cacao à des conditions financières défavorables, ce qui implique qu'une grande partie de la population ne peut s'en offrir. Il se trouve qu'aujourd'hui, la totalité de la production de cacao peut être exportée (alors qu'avant, une petite partie était conservée obligatoirement pour le pays), ce qui oblige les entreprises camerounaises qui veulent s'en procurer à l'acheter au prix du cours du moment, qui reste très élevé sur le marché local. Elles doivent donc se fournir à l'étranger.

Le secteur secondaire camerounais, quant à lui, est très diversifié. Le Cameroun possède en effet des industries agroalimentaires, représentant environ 50% du chiffre d'affaires du secteur industriel, mais aussi des métallurgiques, chimiques, textiles, forestières, et des pétrolières et également des brasseries. Le pays dispose également de ressources naturelles et énergétiques importantes: du pétrole, du gaz naturel, des minerais de fer, de l'or,... Malgré la création de zones franches industrielles et points francs sur l'ensemble du territoire, la production industrielle est encore très concentrée à Douala, capitale économique qui regroupe plus de 70 % des entreprises.

Le RNB (revenu national brut) par habitant au Cameroun est de 2190 dollars E.-U. alors qu'il est de 70'350 dollars E.-U. en Suisse. Il est intéressant de remarquer également que le taux moyen annuel de croissance du PIB a augmenté de 0,6% au Cameroun entre 1990 et 2010 alors qu'il était de 3,4% entre 1970 et 1990.

f. Religion :

La religion catholique est la plus pratiquée (37%), suivie de la religion protestante (27%), l'islam (19%), l'animisme (5%) et 12% pour les autres.

g. Monnaie:

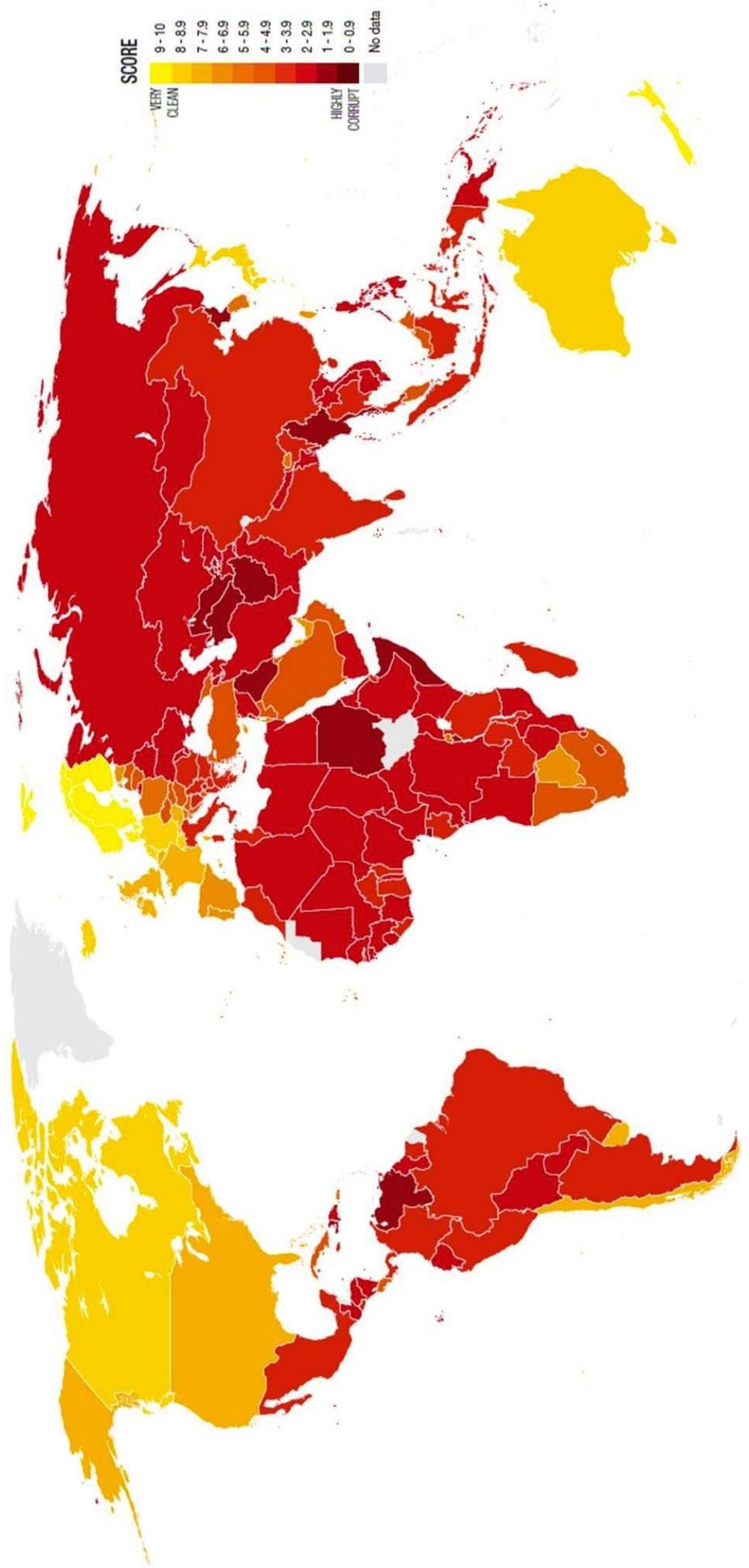
Le franc CFA, ou franc de la Communauté Financière Africaine est la monnaie pour la plupart des pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre. Il existe deux sortes de francs CFA (possédant la même valeur financière), celui de l'Union économique et monétaire ouest africaine (UEMOA) et un de l'Union douanière et économique des Etats d'Afrique centrale, dont le Cameroun fait partie (avec le Congo, le Gabon, la Guinée Equatoriale, le Tchad et la République Centrafricaine).

1.2 Histoire du pays :

Le 19^e siècle marque la mise en place de la colonisation allemande, qui se développe à partir de la côte où les premiers commerçants allemands débarquent à Douala. En 1884, l'Empire allemand décide de développer ses colonies et profite de ses bonnes relations avec les Doualas pour assurer un protectorat sur le Cameroun, le pacte germano-douala. Ils établissent, en premier lieu, leur capitale à Buéa (ville située au pied du Mont Cameroun, un volcan en activité situé dans la région Sud-Ouest du pays) puis, suite à diverses coulées de lave, ils se résignent à l'abandonner au profit de Yaoundé. Cette situation durera jusqu'à la fin de la première guerre mondiale, où l'Empire colonial allemand fut démantelé et partagé en deux, les 4/5^e du pays étant légué à la France et le dernier 1/5^e à l'Angleterre. Le développement économique du Cameroun se poursuit avec la construction d'infrastructures et la mise en place de grandes plantations, notamment de café et de cacao. Cependant, dès la fin de la seconde guerre mondiale, les premiers mouvements indépendantistes s'organisent. Ils se manifestent d'abord par une lutte sociale et syndicale, sur fond de grève. En 1948, l'Union des Populations du Cameroun (l'UPC), un mouvement nationaliste et indépendantiste, est fondé par Ruben Um Nyobé. Ce mouvement sèmera, dans les années qui suivront, des troubles de plus en plus importants. A la suite d'affrontements dans la semaine du 22 au 25 mai 1955 à Douala, l'UPC est dissoute par le gouvernement français et Um Nyobé doit prendre la fuite, la lutte continuera sous forme d'une guérilla révolutionnaire. Il est assassiné en 1958, mais les mentalités ont trop changé pour qu'un retour en arrière soit possible. Tous les Camerounais rêvent alors de démocratisation. L'indépendance est proclamée le 1^{er} janvier 1960 et entérinée en 1961. Le 5 mai 1960, Ahmadou Ahibjo est proclamé premier président de la république du Cameroun. Cependant il reste quelques détails à résoudre, comme la réunification du Cameroun anglophone et francophone, chose faite en 1961.

Paul Biya, actuel président du Cameroun, a succédé à Amadou Ahibjo en 1982. P.Biya a permis au pays d'accéder à une certaine stabilité économique et politique, mais cela ne fut pas sans heurts, le coup d'Etat manqué d'avril 1984 ou encore des violentes manifestations dans tout le pays en attestent. Cependant on peut émettre certains doutes quant à une réelle démocratie dans ce pays. En effet, P.Biya, a 78 ans, a été réélu en octobre 2011 pour son 6^{ème} mandat de 7 ans.

De plus, il est intéressant de relever, (voir carte ci-contre de l'ONG cpi transparency) que le pays aurait un niveau élevé de corruption et serait classé 48^e sur 182 pays avec un index de corruption perçu en 2011 de 2,5/10 (sur une échelle allant de 0, pays très corrompu, à 10, pays sans corruption) alors que l'index de la Suisse est de 8,8 et elle serait classée 174^e sur 182.



Index de corruption perçu en 2011

Source: *cpi transparency*

1.3 La capitale : Yaoundé

Le nom de la ville vient de « owondo », qui signifie arachide. Ce nom fut transformé par les Allemands en Yewondo, puis au cours du temps, en Yaoundé. Un autre surnom de Yaoundé est Ongola, ce qui veut dire chez les Ewondos « clôture » ou encore « enceinte », ce qui se réfère à l'enceinte militaire où étaient installés les colons allemands à la fin du 19^e siècle.

Yaoundé, ville de la région du centre faisant partie du département du Mfoundi, est la capitale politique du pays depuis 1909, alors que Douala en est la capitale économique. Yaoundé est surnommée la « *ville aux sept collines* » car celle-ci est implantée sur un réseau de collines, cependant, nous avons pu constater qu'il en existait bien plus 7. Peuplée d'un peu plus de 2 millions d'habitants (en 2011), elle est, après Douala, la seconde ville du pays. La population réside dans les différents quartiers de la capitale, lesquels sont disséminés de manière anarchique et laissent une place importante à la végétation dans les bas fonds. Toutes les ethnies du pays sont représentées dans la capitale.

D'un point de vue économique, Yaoundé est avant tout une ville relevant du domaine tertiaire (banque, tourisme,...). On recense cependant quelques industries : brasseries, scieries, menuiseries, tabac, papeteries, mécanique et matériaux de construction. Ce qu'il y a de frappant dans cette ville et qui lui donne également un certain charme, c'est que deux "mondes" se côtoient: d'un côté le développement sur le monde "occidental" avec ses nombreuses banques, ses hôtels de luxes, ses centres commerciaux... De l'autre, une vie économique et sociale basée sur le respect des traditions, avec entre autre ses marchés, les plus grands et connus étant le marché Mokolo, le marché du Mfoundi, le marché central, sans oublier ses vendeurs ambulants...

1.4 Les dons:

Dès le début de cette aventure, nous avons toutes les trois très envie de faire tout notre possible pour amener un maximum de matériel médical sur place. Nous avons donc envoyé plusieurs lettres à la recherche de donateurs. Nous avons ainsi pour réunir une certaine somme d'argent avec laquelle nous avons pu acheter du matériel médical aux HUG. Nous avons décidé de prendre principalement du matériel de base tel que des gants, des antiseptiques pour la désinfection des mains (de l'hopirub), des compresses, des seringues,... Nous avons également acheté quelques médicaments tel que du paracétamol à différents dosages. L'entreprise pharmaceutique Abbott nous a également fourni des antibiotiques. Après de nombreux emballages et réorganisations de nos bagages, nous avons chacune une valise de 23kg remplie et nous étions fin prêtes à partir. Nous n'avons alors pas encore décidé de la distribution de tous ce matériel. En effet, les HUG nous avaient fourni, en plus, un peu de matériel plus technique tel des sets de pose de voie veineuse centrale que nous ne pensions pas laisser au cabinet médical Bethel, ce genre dispositif n'étant pas utilisé au centre. Malheureusement, nous avons dû défaire l'ensemble de nos valises sous le regard de la comptable du centre, puis en faire l'inventaire. Il fut ensuite placé dans le bureau du

médecin et mis sous clé. À ce moment, nous nous sommes senties un peu piégées et déroutées car nous pensions que nous pourrions nous servir de ce matériel, mais nous nous sommes vite rendues compte que cela ne serait pas le cas. Notre crainte était que le matériel provenant de donateurs soit revendu aux patients du centre, ce qui n'était, bien entendu, pas notre souhait. Nous avons donc eu une discussion avec le personnel soignant durant lequel ils nous ont assuré que ce ne serait pas le cas. Nous avons également eu l'impression que la majorité du matériel que nous avons amener ne sera pas utilisé.

Toutefois nous tenons grandement remercier l'entreprise pharmaceutique Abott, la maison OPTIONS et l'architecte Catherine Minel pour leur soutien.



2. Système de santé camerounais:

2.1 Les différents secteurs de santé et leurs interactions

a. Les secteurs public et privé

Le système de santé camerounais se divise en secteur public, secteur privé et secteur traditionnel.

Le secteur public regroupe différents types de structures sanitaires, rattachées au ministère de la Santé. La hiérarchisation et le détail de l'organisation de ce secteur sera traitée plus bas.

Les services de soins privés quant à eux peuvent être lucratifs ou non lucratifs, comme mentionné plus haut. La part de structures de santé à but lucratif est relativement faible (de l'ordre de 5% du total des établissements privés en 2002) en comparaison avec la forte présence de structures sanitaires à but non lucratif effectuant environ 40% des actes médicaux, une part importante sachant que le privé est un secteur quantitativement inférieur au public (en terme d'établissements et de personnel). Les structures religieuses sont les représentants majoritaires du domaine privé non lucratif : la congrégation catholique possède environ 180 établissements de soins, dont 9 hôpitaux et les congrégations protestantes 140, dont 31 hôpitaux sur les 539 établissements privés reconnus par le ministère de la Santé. De plus, beaucoup de Camerounais préfèrent se rendre dans des établissements appartenant au secteur privé confessionnel. Plusieurs facteurs permettent d'expliquer la popularité des structures religieuses auprès de la population : tout d'abord, le prix des prestations est souvent inférieur à ceux des établissements publics et dérisoire par rapport aux tarifs pratiqués dans les cliniques privées. L'accueil plus agréable, moins bureaucraté et plus humain est également un paramètre à prendre en compte, tout comme la présence d'un personnel soignant plus honnête et, la plupart du temps, motivé par un réel désir de « guérir le malade ».

b. Fragmentation du système de santé public en niveau

Le système de santé camerounais, depuis les années 1990, a été réorganisé en niveaux: on parle des niveaux central, intermédiaire et périphérique. La restructuration du domaine sanitaire sous cette forme a permis une plus nette distinction entre les différents acteurs du système de santé ainsi qu'une hiérarchisation des structures de soins avec pour chaque niveau des formations sanitaires différentes.

Le niveau central est représenté par le ministère de la Santé et est chargé d'élaborer des stratégies sanitaires sur le plan national, de proposer au gouvernement des textes réglementaires et de coordonner et transmettre les informations aux niveaux intermédiaire et périphérique. Il est formé par les hôpitaux généraux et universitaires de Yaoundé et Douala et servent donc de centres de référence aux hôpitaux provinciaux appartenant au niveau intermédiaire.

Le niveau intermédiaire, comprenant ces hôpitaux de province, a pour rôle la traduction en programmes et la mise en pratique des stratégies élaborées au niveau central.

Le niveau périphérique, quant à lui, est composé de plusieurs structures de soins: les districts de santé (hôpitaux de districts), les centres médicaux d'arrondissement et les centres de santé. Le Cameroun est divisé en 135 districts de santé, eux-mêmes subdivisés en aires de santé: ces aires, constituées d'un ou plusieurs villages, comprennent entre 5000 et 10 000 habitants et sont prises en charge par un centre de santé chargé d'assurer les soins, la vaccination de base ainsi que la promotion de la santé et d'autres activités liées à celle-ci comme l'assainissement de l'eau, la sécurité alimentaire des ménages ou l'alphabétisation.

Le pays dispose donc, tous niveaux confondus, d'un hôpital pour 45 000 habitants et d'un centre de santé pour 12 000 habitants. Si, aux structures sanitaires mentionnées dans les paragraphes précédents, on ajoute tous les établissements de santé privés, il existe un lit d'hospitalisation pour 400 habitants, un chiffre légèrement plus haut que pour l'Afrique subsaharienne (1 lit / 700 habitants) mais qui nettement inférieur aux pays occidentaux comme la suisse, avec 1 lit d'hôpital pour 188 habitants en moyenne en 2008, selon les statistiques de la banque mondiale.

Tableau 1 : La pyramide sanitaire du Cameroun

Niveaux	Structures administratives	Compétences	Structures de soins
Central	Services centraux	Direction politique, élaboration de la politique et des stratégies	Hôpitaux généraux de référence, centre hospitalier et universitaire
Intermédiaire	Délégations provinciales	Appui technique aux districts et programmes	Hôpitaux provinciaux
Périphérique	Districts de santé / aires de santé	Mise en œuvre des programmes	Hôpitaux de districts, centres médicaux d'arrondissement centres de santé

c. Les interactions entre le secteur privé non lucratif et le secteur public

Dans les années 1970, alors que le Cameroun est un état devenu indépendant, la présence d'établissements sanitaires religieux prime sur le territoire camerounais. Avec le temps, la hiérarchisation du système de santé publique en niveaux et les réformes allant vers une décentralisation des ressources sanitaires ont permis au secteur public d'être aujourd'hui le secteur quantitativement dominant : il emploie le plus de personnel et possède les structures les plus développées et les mieux équipées.

Lors de ces mutations du système de santé publique, une contractualisation public-privé est devenue de plus en plus évidente. Après l'adoption en 1993 de la Politique de Réorientation des Soins de Santé Primaires et la création de districts de santé, certaines structures confessionnelles se sont vues attribuées le rôle d'hôpital de district dans les zones où des établissements publics faisaient défaut. Ce nouveau statut accordé aux confessionnels est d'abord purement officieux et ne bénéficie d'aucune base légale. Ce n'est qu'à partir des années 2000 que les premiers contrats officiels entre le ministère de la Santé et des établissements privés non lucratif voient le jour, notamment grâce à l'arrivée du projet C2D (contrat de Désendettement et de Développement).

d. Le secteur traditionnel

La médecine traditionnelle est définie par l'OMS comme étant l'ensemble des connaissances et des pratiques, explicables ou non, utilisées pour diagnostiquer, prévenir ou éliminer des maladies physiques, mentales ou sociales. Au Cameroun, ce secteur est très largement exploité puisque presque 80% des Camerounais y ont régulièrement recours. Il est tout à fait commun de voir des guérisseurs vanter les bienfaits de plantes telles que l'aloé vera au détour d'une rue, assurant être capable de traiter la chute de cheveux, la cryptorchidie, le paludisme et le manque de désir sexuel au moyen d'un unique flacon.

Médecine peu couteuse par rapport à la médecine moderne, elle est très populaire dans les couches défavorisées de la population. Souvent, les malades font d'abord appel à un guérisseur et ne vont frapper à la porte d'un médecin « moderne » que si les remèdes traditionnels ne se sont pas montrés efficaces. C'est également une médecine de dernier recours, quasiment autant chez les personnes aisées que chez les pauvres, et il n'est pas rare que les familles, dont un membre est atteint d'une maladie que la médecine moderne n'a pas réussi à guérir, se tournent vers des guérisseurs traditionnels.

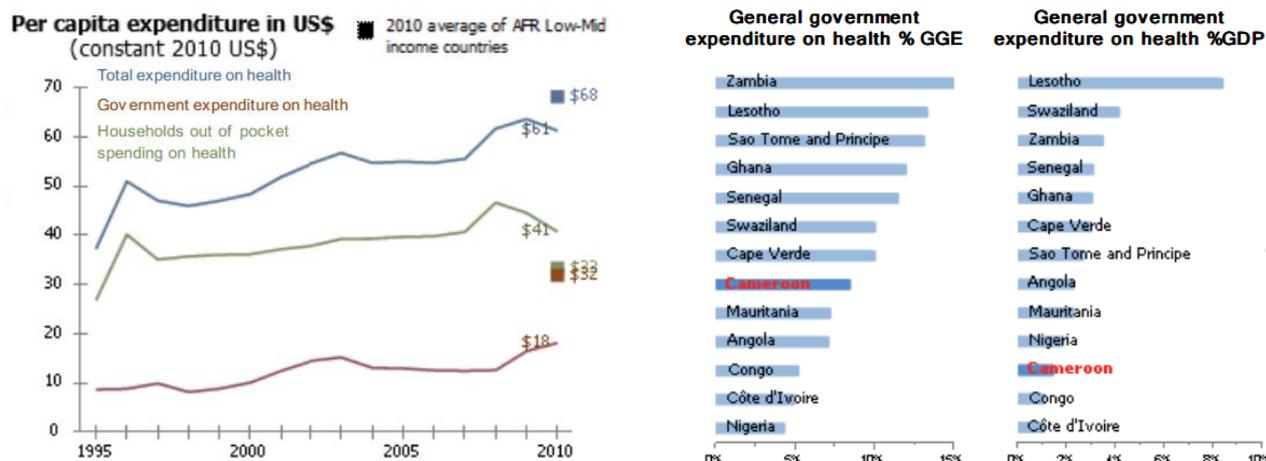
C'est donc un secteur de la santé qu'il est important de ne pas négliger mais qu'il est essentiel de réglementer car le manque de réel cadre légal rend difficile la distinction claire entre tous ceux revendiquant le statut de médecin traditionnel. Les Camerounais sont donc confrontés à un grand nombre de « guérisseurs » parmi lesquels on peut trouver des naturopathes, des psycho naturopathes, des médecins traditionnels à proprement parler, pratiquant par exemple la médecine chinoise, des phytothérapeutes et bien sûr des charlatans. L'état camerounais, appuyé par l'OMS, tente depuis le début des années 2000 d'assainir ce secteur et d'établir une meilleure collaboration entre la médecine moderne et la médecine traditionnelle : les tradi-praticiens devront par exemple être titulaires d'un certificat délivré par le ministère de la Santé publique et adapter leur pharmacopée aux normes élémentaires de la médecine moderne, la plupart des médicaments n'ayant pas été validés par des recherches scientifiques.

2.2 Financement du système de santé

Le système de santé au Cameroun est financé par trois sources principales : les patients et autres clients ayant recours au système de santé, l'état et des financements extérieurs (dons, ONG, organismes de coopération internationaux...). Il est important de souligner que la gratuité des soins n'existe pas. L'absence de système d'assurances maladie implique donc que l'argent avancé par le patient lorsqu'il a recours à des soins ou des prestations sanitaires n'est pas remboursé, sauf dans de rares cas où les employés de sociétés privées voient leurs frais médicaux être pris en charge par les sociétés en question.

Avant de détailler la participation de chacune des trois sources au secteur sanitaire, il est important de connaître les dépenses globales du Cameroun pour la santé : selon un rapport de l'OMS en 2009, elles s'élèvent à 60 \$ per capita (*dépenses per capita* : somme des dépenses privées et publiques pour la santé divisée par le nombre d'habitants) et ce sans compter les dépenses liées à l'approvisionnement en eau et aux installations sanitaires. C'est un chiffre plus élevé que ceux d'autres pays d'Afrique tels que le Togo (41 \$) ou le Mali (33 \$), mais c'est dérisoire par rapport à d'autres pays comme la Suisse

ou les Etats-Unis où les dépenses dans le secteur sanitaire sont supérieures à 7000 \$ per capita.



Sources: WHO

Le graphique ci-dessus (gauche, tiré d'un rapport de l'OMS, renseigne sur la participation des différents acteurs du financement du secteur sanitaire. On remarque que les ménages sont les principaux financeurs du système de santé, avec une participation entre 50 à 60% aux dépenses associées à la santé, un pourcentage supérieur à celui d'autres pays africains à revenus faibles et modérés.

L'état, quant à lui, ne consacre qu'une faible partie de son budget annuel au secteur de la santé : ce domaine ne constitue en effet que 9% des dépenses globales du gouvernement et bénéficie de seulement 2,8% du PIB, ce qui est nettement inférieur aux autres pays africains dans une situation semblable (voir graphique ci-dessus – droite)

Les différentes organisations de coopération, les ONG et autres financeurs extérieurs participent au financement du système de santé camerounais au moyen de dons ou de prêts. Le secteur privé non lucratif, en particulier les établissements confessionnels, reçoivent une part importante de fonds extérieurs et on estime à 10 milliards de francs CFA les financements destinés à ce secteur, toutes structures confondues.

Le secteur public bénéficie également d'aides extérieures dont le montant varie en fonction des années : il avait atteint les 9 milliards en 1992 et s'élève entre 4 et 6 milliards de francs CFA ces dernières années, toutes organisations et coopératives confondues (soit en moyenne 20 % du budget annuel alloué au ministère de la santé).

2.3 La situation sanitaire actuelle : un bilan négatif

a. Quelques chiffres

Alors que la population camerounaise ne cesse d'augmenter (elle a quasiment doublé depuis 30 ans, passant de 7 millions en 1975 à 15 millions dans les années 2000) les principaux indicateurs de la santé se dégradent depuis la fin des années 1990 (cf. tableau ci après) et le gouvernement camerounais aura beaucoup de mal à atteindre les chiffres imposés par la communauté internationale pour 2015 dans le cadre des objectifs du millénaire pour le développement.

INDICATEURS	1991 (EDS1)	1998 (EDS2)	2000 (MICS)	2004 (EDS3)	2006 (Count down to 2015)	2015 (Cible nationale)	2015 (Cible OMD)
Taux de mortalité néonatale (p. 1000)	31,1	37,2	40			10,4	10,4
Taux de mortalité infantile (p. 1000)	65	77		74	87	25	22
Taux de mortalité juvénile (p. 1000)	65,6	79,9				21,9	21,9
Taux de mortalité infanto-juvénile (p. 1000)	126,3	150,7		144	149	50	42,10
Taux de malnutrition (12-23 mois) (%)	32	44		19		16	16
Taux de mortalité maternelle (p. 100.000 naissances vivantes)	430	430		669	1000	250	107,5

Sources : EDS 1991, 1998 et 2004; Documents Sommet du millénaire; MICS 2000 et 2006; Count down to 2015

La question qui subsiste est pourquoi le Cameroun a-t-il autant de mal à construire un système de santé efficace alors que le réseau d'infrastructures et l'encadrement médical, d'un point de vue quantitatif, est satisfaisant par rapport à d'autres pays africains aux indicateurs de santé égaux ou supérieurs. D'après plusieurs sources, la réponse à cette question réside dans « le comportement dysfonctionnel du personnel sanitaire, médical et paramédical, considéré comme étant la source de la crise du système de santé » (*un système de santé en mutation: le cas du Cameroun*). Le secteur de la santé souffre en effet des conséquences combinées de la corruption, du bureaucratisme et de l'accaparement des ressources par le personnel. Les salaires insuffisants, la dévaluation des employés, une mauvaise gestion de l'administration et des conditions de travail difficiles accentuent ces types de comportements et étouffent ceux qui tentent en vain d'inverser la tendance, créant une brèche de plus en plus importante dans le système de santé publique.

De nombreux articles font état d'un mauvais entretien des structures médicales, avec seulement 20 à 25% des équipements médicaux opérationnels et un taux de fréquentation des hôpitaux ne s'élevant qu'à 30% (ces chiffres sont cependant à manipuler avec précaution car tirés d'articles et non de sources officielles).

b. Cas pratique : exemple d'une consultation non urgente dans un hôpital de niveau central

Madame X, 22 ans se plaint de douleurs dans le bas ventre depuis maintenant 4 jours. Selon elle les douleurs ont empiré ces deux derniers jours et bien qu'elle soit réticente à aller à l'hôpital, ses proches l'encouragent à consulter un médecin. Ils partent donc en taxi jusqu'à l'hôpital le plus proche.

Dès leur arrivée dans l'enceinte de l'hôpital, ils sont abordés par des démarcheurs employés par des médecins afin de leur apporter de la clientèle. L'un d'eux oriente Madame X et son mari vers la caisse pour acheter un billet qui leur permettra de bénéficier de services médicaux, tout en vantant les mérites du médecin qu'il représente. Il leur demande alors de l'argent pour les avoir dirigés jusqu'aux caisses. Ces derniers refusent. Le démarcheur insiste puis les laisse aller acheter le billet de cession d'une valeur de 1.800 francs CFA. Grâce à ce billet, Madame X va pouvoir s'entretenir avec une infirmière qui interroge la patiente en vue d'un pré-diagnostic puis demande une commission pour l'accès au médecin d'environ 3000 francs CFA. La jeune patiente remet cette somme à l'infirmière et peut alors aller voir le médecin, qui établit l'hypothèse d'un problème gynécologique sur la base des questions posées par l'infirmière et d'un bref entretien avec la patiente d'environ 5 minutes. Durant ce court laps de temps, il explique brièvement à la patiente qu'elle devra subir un examen gynécologique pour établir un diagnostic définitif et rédige une ordonnance avec la liste du matériel nécessaire à la réalisation de l'examen : gants pour l'infirmière, vaseline... C'est son mari qui se rend à la pharmacie pour acheter le matériel nécessaire et pour payer le prix de l'examen qui est pratiqué sur madame X deux heures plus tard.

L'histoire de Madame X met en évidence la complexité de l'accès aux soins dans des établissements publics et souligne à quel point il est important de disposer de ressources financières importantes pour bénéficier de l'attention du personnel médical. Lors de notre séjour dans la banlieue de Yaoundé, nous avons eu l'occasion de discuter avec bon nombre de personnes qui ont confirmé que si une personne se rend à l'hôpital sans avoir la capacité de payer d'avance les prestations dont elle a besoin, il n'y a quasiment aucune chance qu'elle soit correctement prise en charge, sauf en cas d'urgence, comme stipulé sur le site de l'hôpital central de Yaoundé.

Un autre problème est soulevé si l'on étudie le cas de Madame X : celui de la corruption et de la constante demande d'argent de la part du personnel médical. Bien sur, toutes les personnes travaillant dans un hôpital ne prélèvent pas leur part auprès des patients mais c'est un cas de figure assez répandu pour que les dirigeants de grands hôpitaux prennent des mesures. La lutte contre ce type d'abus se fait au moyens de pancartes et de messages d'information destinés aux patients et aux personnes fréquentant l'hôpital comme le montrent les exemples ci-dessous, encore une fois tirés du site de l'hôpital central de Yaoundé. Malgré les efforts mis en œuvre par les différents hôpitaux, la majorité des patients continuent de distribuer de l'argent à un personnel médical toujours très demandeur, faute d'information, d'instruction ou simplement par habitude.



EN AUCUN CAS, L'USAGER NE DOIT REMETTRE DE L'ARGENT AU PERSONNEL EN DEHORS DE LA CAISSE. C'EST VOTRE CONSTRUCTION INDIVIDUELLE A LUTTER CONTRE LA CORRUPTION.

En cas de nécessité, l'administration et la cellule de lutte contre la corruption sont à votre disposition. contacts: 75 45 28 97 ; 22 71 38 84 ; 22 23 20 89

c. Problèmes de santé majeurs au Cameroun

Top ten causes of death, all ages Cameroon, 2002			
Causes	Deaths		Years of Life Lost
	(000)	(%)	(%)
All causes	235	100	100
HIV/AIDS	49	21	24
Lower respiratory infections	32	14	17
Malaria	19	8	11
Diarrhoeal diseases	14	6	8
Perinatal conditions	11	5	7
Cerebrovascular disease	10	4	2
Ischaemic heart disease	9	4	1
Road traffic accidents	5	2	3
Tuberculosis	3	2	2
Whooping cough	3	2	2

Source: [Death and DALY estimates by cause, 2002](#)

<http://www.who.int/entity/healthinfo/statistics/bodgbddeathdalyestimates.xls>

i. Le VIH/SIDA



Prévalence du VIH/SIDA chez les personnes entre 15 et 49 ans (%)
Source: ONUSIDA

ESTIMATIONS VIH ET SIDA (2009)

Nombre de personnes vivant avec le VIH

610,000 [540,000 - 670,000]

Taux de prévalence chez les adultes de 15 à 49 ans
5.3% [4.9% - 5.8%]

Adultes âgés de 15 ans et plus vivant avec le VIH
550,000 [500,000 - 610,000]

Femmes âgées de 15 ans et plus vivant avec le VIH
320,000 [290,000 - 370,000]

Enfants âgés de 0 à 14 ans vivant avec le VIH
54,000 [29,000 - 78,000]

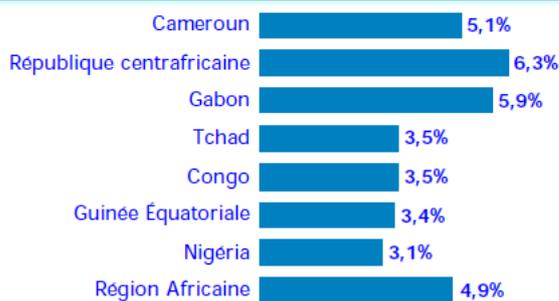
Décès dus au sida
37,000 [29,000 - 46,000]

Enfants rendus orphelins par le sida âgés de 0 à 17 ans
330,000 [270,000 - 420,000]

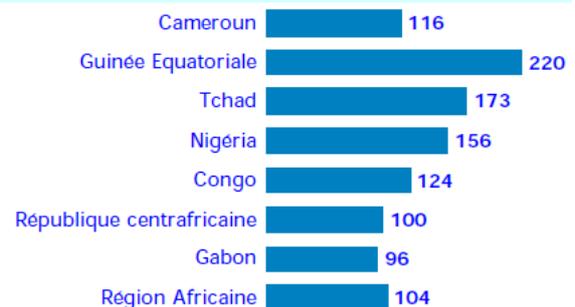
Selon les statistiques établies par ONUSIDA en 2009, 610,000 personnes vivent avec le VIH au Cameroun, soit environ 5% de la population. Ce pourcentage varie en fonction des régions et n'inclue pas toutes les personnes malades non dépistées: quasiment la moitié des personnes atteintes vivent dans la région du Centre alors que la région de l'Est ne compte que pour 15% des séropositifs. Les femmes enceintes sont plus touchées par la maladie et on observe une transmission du virus de la mère à l'enfant dans 6% des naissances.

Des unités mobiles de dépistage et des tests réalisables dans la majorité des centres de santé permettent au Cameroun d'être cité comme l'un des premiers pays africain dans la lutte contre le VIH/SIDA. De plus, près de 1 500 ONG et associations œuvrent contre la transmission de la maladie et pour la réduction du nombre de personnes atteintes notamment en mettant sur pieds des campagnes de dépistage et des distributions de préservatifs. Malgré les efforts réalisés, la courbe ci-dessus (cf. *Prévalence du VIH/SIDA chez les personnes entre 15 et 49 ans (%)*) nous indique que la prévalence du VIH/SIDA stagne depuis ces dernières années. De ce fait, le Cameroun reste l'un des pays d'Afrique centrale le plus touché par l'épidémie (cf. *graphique ci-dessous: pourcentage des personnes de 15 à 49 ans vivant avec le VIH, 2007*).

Pourcentage des personnes âgées de 15-49 ans vivant avec le VIH (2007) *



Taux de mortalité due au paludisme pour 100.000 habitants (2006) *



Sources: AFR WHO

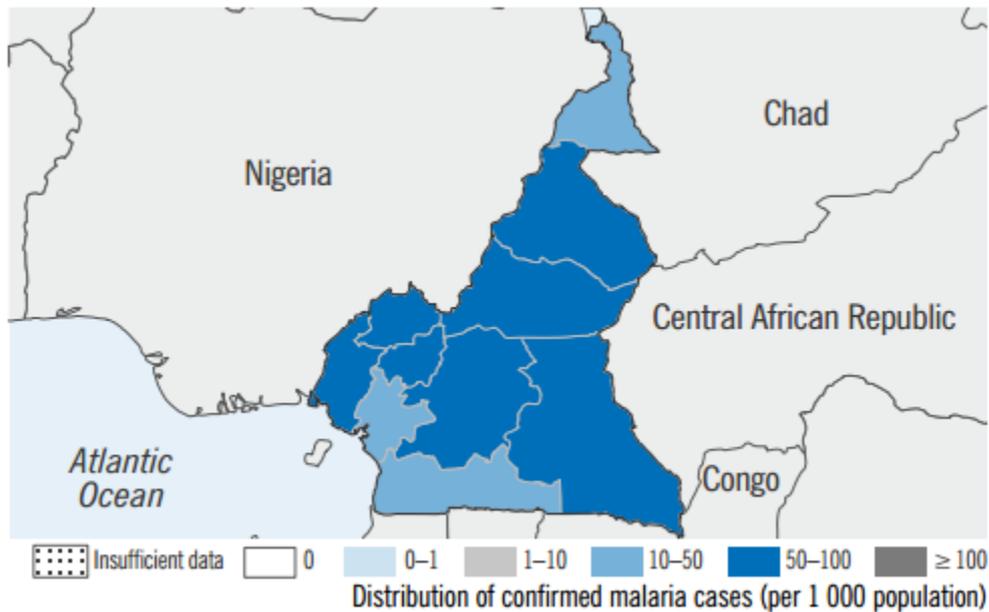
ii. Le paludisme

Le paludisme est un problème de santé majeur au Cameroun. Cette maladie est transmise principalement par *P. falciparum* et compte parmi les premières causes de mortalité et de morbidité dans le pays.

Le climat camerounais, favorable au développement de vecteurs transmettant la malaria, les moustiques anophèles, est donc un pays où le paludisme est considéré comme endémique avec quelques zones hyperendémiques, spécialement dans les régions tropicales du pays. Il est cependant loin d'être l'un des pays d'Afrique les plus sévèrement touchés, avec un taux de mortalité moitié moins important qu'en Guinée équatoriale et inférieur à ceux du Tchad, du Nigeria et du Congo (cf. *graphique ci-dessus: Taux de mortalité due au paludisme pour 100.000 habitants, 2006*).

Une enquête réalisée par le Programme National de lutte contre le Paludisme en 2004 a permis de mettre en évidence une morbidité 40% dans la population générale avec un pourcentage variant en fonction des régions (voir carte ci après pour avoir un aperçu de la répartition des cas de paludisme en fonction de la région); 2% de mortalité dans la population générale et 42% chez les enfants de moins de 5 ans.

Le nombre de personnes atteintes du paludisme au Cameroun est difficile à estimer avec précision: environ 2 millions de cas sont notifiés chaque année par les structures sanitaires mais il existe un nombre important de personnes n'allant pas consulter lorsqu'ils sont atteints et les personnes infectées ont souvent plusieurs crises au cours de leur vie. Il est donc très difficile d'effectuer un recensement efficace des cas de malaria dans le pays.



Source: WHO

Le gouvernement camerounais et le ministère de la Santé tentent d'enrayer la maladie en luttant contre la propagation des vecteurs et contre les vecteurs eux-mêmes. Des distributions de moustiquaires imprégnées se font dans tout le pays, des campagnes d'informations sont réalisées de façon régulière et la distribution de traitements anti malarique se veut gratuite pour les groupes de personnes à risques, soit les femmes enceintes et les jeunes enfants.

iii. Les maladies diarrhéiques

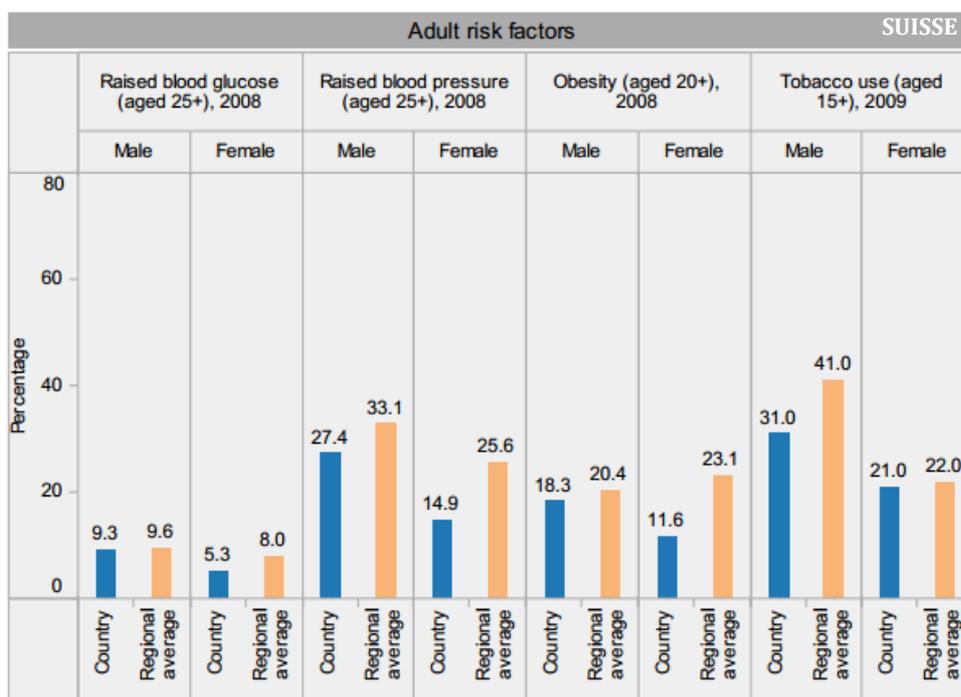
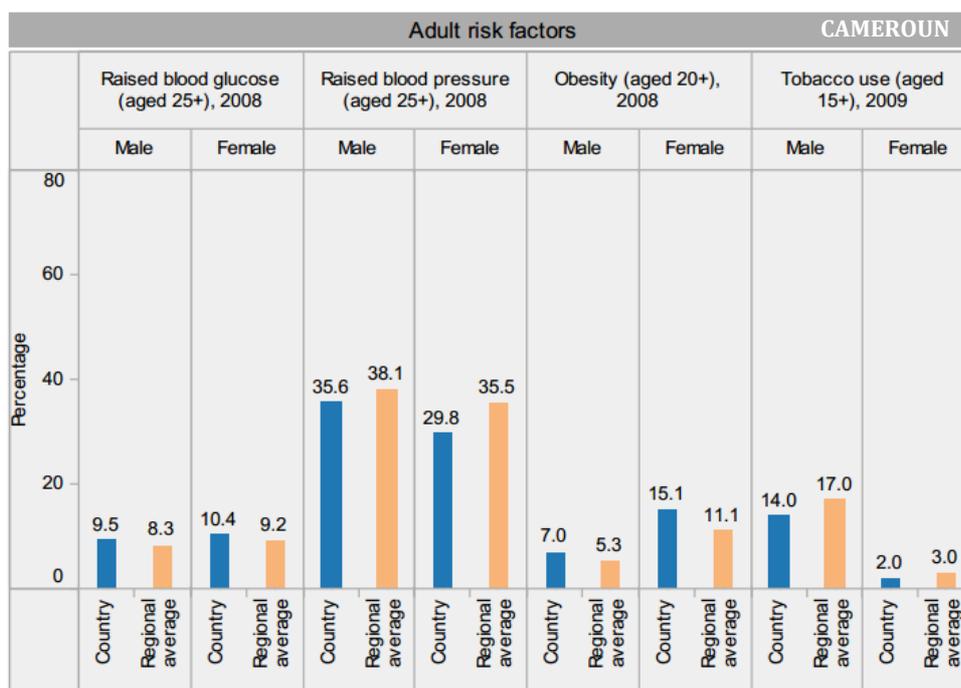
Les maladies diarrhéiques sont l'une des principales causes de mortalité des enfants en bas âge. Leur facilité de transmission et les conditions de vie, souvent précaires, d'une grande partie de la population au Cameroun rendent toutefois ces maladies dangereuses, parfois même mortelles, pour la population générale. Responsables de sévère déshydratation, elles peuvent être très meurtrières lorsqu'elles prennent des proportions épidémiques comme dans le cas du choléra qui, en octobre 2010, a touché l'Afrique centrale avec 41 000 cas recensés et presque 2000 morts au Cameroun, Tchad, Niger et Nigeria.

iv. Les maladies cardiovasculaires

Les maladies cardiovasculaires sont des maladies souvent considérées comme atteignant surtout les populations des pays développés. Néanmoins, depuis quelques dizaines d'années, leur incidence augmente très rapidement dans les pays en voie de développement, le Cameroun n'échappant pas à la règle. La présence de facteurs de risques dans la population pourrait être l'une des raisons expliquant la présence des pathologies cardiovasculaires dans la liste des 10 premières causes de mortalité. Le tableau ci après rappelle que 9-10% des Camerounais souffrent de glycémie trop élevée, 6% sont atteints de diabète, 30-35% d'hypertension et 15% des femmes sont obèses

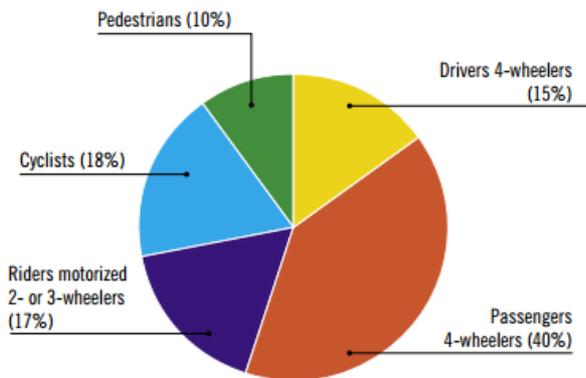
(7% uniquement chez les hommes). Si l'on compare ces chiffres à ceux d'un pays développé comme la Suisse par exemple, on s'aperçoit que les Camerounais sont plus touchés par le diabète et l'hypertension que les Suisses, plus enclins par contre à la consommation de tabac, assez rare au Cameroun.

Des mauvaises habitudes alimentaires, une augmentation de la consommation de sel et de graisses animales et de plus en plus d'inactivité physique en milieu urbain expliquent en partie l'apparition progressive de ces facteurs de risques qui rendent la population camerounaise plus sujette aux AVC et aux accidents cardiovasculaires ischémiques.



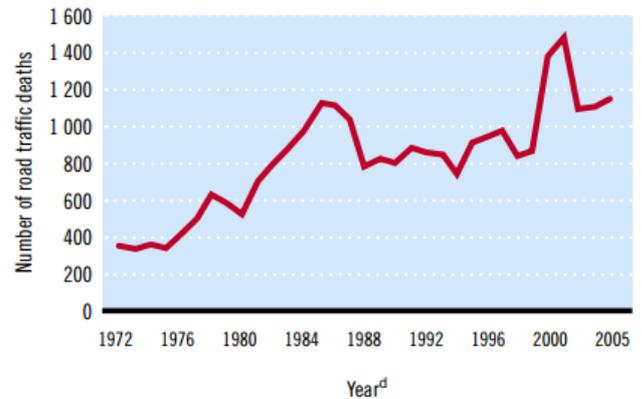
v. Les accidents de la route

DEATHS BY ROAD USER CATEGORY



Source: Consensus group estimate, based on 2001 data

TRENDS IN ROAD TRAFFIC DEATHS



^d Data for 2002 not provided.
Source: Ministry of Transport

Les accidents de la route sont fréquents au Cameroun. Contrairement à ce qu'on aurait pu penser, c'est surtout sur les trajets interurbains que les accidents graves voire fatals ont lieu. Ceux survenant dans des villes sont rarement mortels. En effet le trafic ultra congestionné des grandes villes et les routes mal entretenues rendent difficile la conduite à grande vitesse. Les infractions systématiques au code de la route, indicatif pour la plupart des Camerounais, les voitures en mauvais état et la conduite nocturne sont les principales causes d'accidents. Sur les grands axes par contre, les routes sont souvent en meilleur état et les conducteurs roulent beaucoup plus vite ce qui augmente le nombre de morts lors d'accidents.

2.4 Santé de la mère et de l'enfant

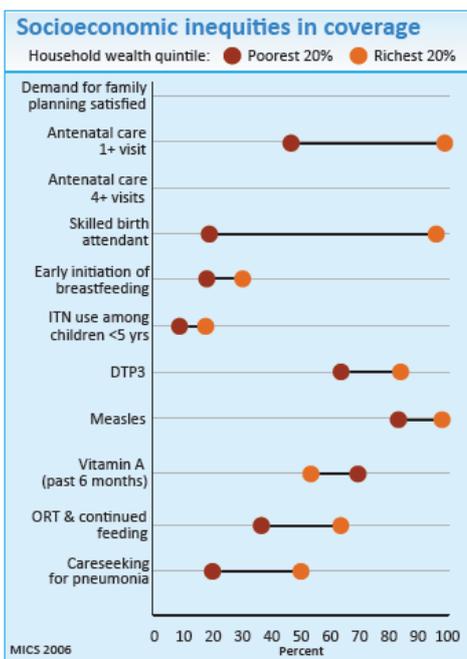
a. L'importance de l'éducation

La thématique de la santé « mère-enfant » implique plus de domaines que celui de la santé uniquement. Elle est basée sur une augmentation de la qualité de vie globale des ménages et du statut des femmes dans la société. Le premier domaine essentiel au développement d'une meilleure santé maternelle et infantile est l'éducation. Au Cameroun, 68% des femmes savent lire et écrire correctement. Selon des études conduites par l'UNESCO en 2010, entre 80 et 90% des jeunes filles sont inscrites à l'école primaire, 38% poursuivent l'enseignement secondaire et uniquement 10% parviennent à un niveau d'études supérieures. De plus, ces chiffres sont le résultat d'études nationales et ne reflètent pas les inégalités de scolarisation entre les villes et les campagnes. Dans ces dernières, le taux d'alphabétisation des femmes est bien inférieur à celui des grandes villes comme Yaoundé et peut ne pas dépasser 30%. Ces lacunes dans l'éducation des femmes et des jeunes filles aboutissent à un manque d'information chez celles-ci. Lorsqu'elles deviennent jeunes mamans, elles peuvent alors rencontrer des difficultés à comprendre les informations qui leur sont transmises par les professionnels de la santé au cours de la grossesse ou durant la période post-natale. S'en suit alors rendez-vous manqués,

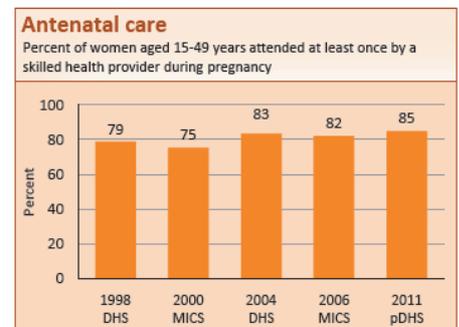
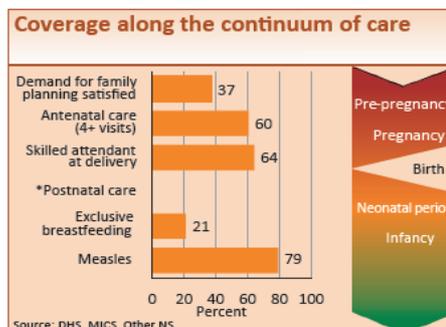
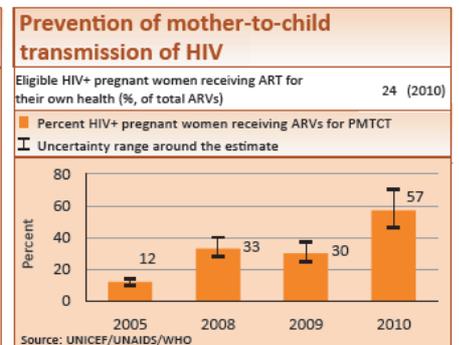
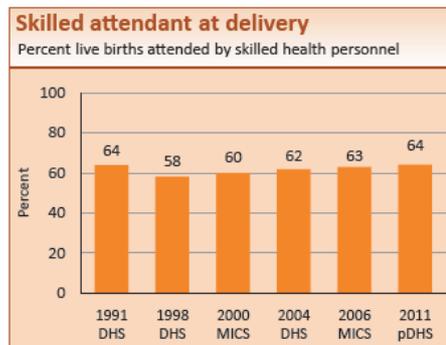
problèmes dans la prise de médicaments, allaitement non exclusif et carnet de vaccination de l'enfant incomplet. Selon les statistiques, une augmentation de l'éducation des jeunes filles conduirait également à une diminution de la prévalence des maladies sexuellement transmissibles y compris du VIH chez les femmes, une diminution des violences conjugales et un âge maternel moyen supérieur à la moyenne actuelle (selon UNICEF, 13.8% des femmes camerounaises ont leur premier enfant entre 15 et 19 ans).

D'autres domaines sont également très importants pour l'établissement d'une bonne santé maternelle et infantile : la situation financière du ménage, l'équité homme-femme dans le couple et dans la société en général, l'accès aux soins pour une femme sont autant de points qui aident au développement d'une bonne prise en charge des mères et des enfants en bas âges.

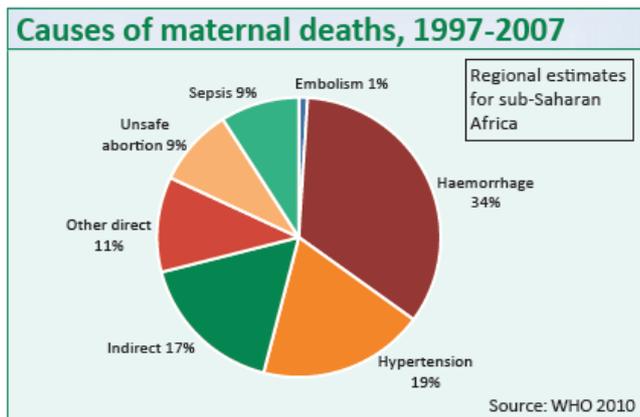
Les quelques graphiques ci-dessous mettent en évidence les progrès du système de santé dans la prise en charge de la santé « mère-enfant » depuis quelques années et font également état de l'inégalité de l'accès aux soins en fonction du niveau de richesse.



Coverage levels are shown for the poorest 20% (red circles) and the richest 20% (orange circles). The longer the line between the two groups, the greater the inequality. These estimates may differ from other charts due to differences in data sources.

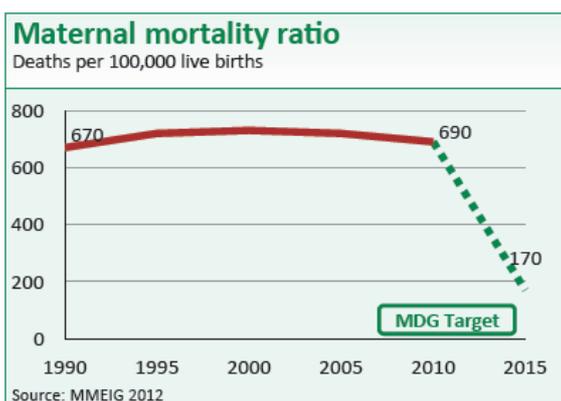


b. Mortalité maternelle



Les causes de mortalité maternelle sont semblables dans beaucoup de pays en voie de développement. Chaque jour dans le monde, environ 800 femmes meurent suite à des complications liées à la grossesse ou à l'accouchement. Comme le montrent les graphiques ci-dessus (Cf. l'importance de l'éducation), encore beaucoup de femmes n'ont pas accès à des soins prodigués par un personnel de santé qualifié lors de l'accouchement et peu sont suivies régulièrement lors de la grossesse.

Le schéma ci-dessus (*Causes de mortalité maternelle*) révèle, parmi les causes les plus fréquentes de décès maternels, les hémorragies (durant la grossesse mais plus particulièrement lors de la délivrance), l'hypertension, mais également les avortements mal effectués. La part importante de femmes décédant des suites de ce type d'opération est surprenant et résulte d'un contexte social en mutation. Les campagnes d'information sur l'importance de l'espacement des naissances et l'influence occidentale sur les jeunes amènent de plus en plus de femmes à vouloir contrôler le nombre d'enfants qu'elles souhaitent avoir. Malheureusement la rareté voire la non utilisation des mesures de contraception explique le nombre élevé de grossesse non désirées. Bon nombre d'entre elles n'ont cependant pas recours à l'avortement mais celles qui le se tournent rarement vers les structures sanitaires, encore profondément réfractaires à ce type de pratique. Elles sont donc forcées de se diriger vers des personnes non qualifiées et beaucoup de ces tentatives d'avortement se terminent par des infections graves, des hémorragies et des décès des suites de l'opération.



Malgré le fait que la plupart des causes de mortalité maternelle soient évitables grâce aux améliorations des structures sanitaires et des progrès dans l'accès aux soins, la mortalité maternelle au Cameroun n'a pas énormément diminué durant ces 20 dernières années et l'Etat aura beaucoup de mal à atteindre la cible fixée par

c. La santé des enfants de moins de 5 ans

La mortalité infanto-juvénile est une des préoccupations essentielles en raison du nombre important de décès qui la caractérise (136 décès pour 1000 naissances vivantes en 2010) mais aussi car dans elle est pratiquement constante depuis 20 ans, malgré les progrès faits dans les installations sanitaires et les efforts mis en place par le gouvernement camerounais.

La figure ci-dessous (*Distribution des causes de décès parmi les enfants de moins de 5 ans au Cameroun*) met en évidence les différentes causes de mortalité des enfants entre 0 et 5 ans. On constate que la période néonatale est critique car environ 20% des enfants décèdent durant cette période (asphyxie natale, prématurité, anomalies congénitales...). 18% des enfants meurent des suites d'une pneumonie et presque 20% à cause du paludisme. Les maladies diarrhéiques causent également 16% de morts chez les jeunes enfants, un chiffre très important quand on sait qu'elles peuvent être soignées dans la plupart des cas. A ne pas omettre le cas du VIH/SIDA qui tue 5% des enfants, nés quasiment tous de mères infectées. Rappelons que la transmission mère-enfant du VIH se fait dans 6% des naissances vivantes.

Comme dans le cas des diarrhées, la majorité de ces pathologies peuvent être évitées par des mesures plus ou moins simples et par une amélioration de la couverture vaccinale. Si l'on prend le cas du paludisme, les statistiques de l'OMS rapportent qu'uniquement 13% des enfants de moins de 5 ans dorment sous des moustiquaires imprégnées malgré les distributions massives organisées par certaines associations et le gouvernement (statistiques de 2006). De plus, 58% d'entre eux ont reçu un traitement anti malarique lorsqu'ils étaient atteints de fortes fièvres, malgré la gratuité du traitement au cours de la période infanto-juvénile. Des familles interrogées pendant notre stage nous ont avoué ne pas pouvoir emmener leurs enfants malades chez le médecin ou à l'hôpital mais plutôt acheter leurs anti-malariques au bord de la route, là où le trafic de médicaments est considéré comme normal. Ce phénomène est augmenté par le faible nombre de pharmacies et le coût des traitements élevé dans ces établissements. Il en va de même pour les infections respiratoires, dont une partie peuvent être évitées en réalisant un vaccin contre le pneumocoque, non gratuit, mais fortement recommandé dans le programme de vaccination élargi mis en place par le gouvernement.

Les raisons de la non diminution, voire de l'augmentation, de la mortalité des enfants entre 0 et 5 ans sont donc nombreuses. En tête de liste nous pourrions citer le manque d'informations sur les procédures simples à appliquer pour prévenir ou aider à la guérison des maladies citées ci-dessus. A nouveau, les lacunes dans l'enseignement et le manque d'instruction d'une partie de la population rend difficile la diffusion de ce genre de messages, malgré un réel effort dans ce domaine de la part de l'Etat et des ONG comme UNICEF.

La précarité dans laquelle vivent encore beaucoup de familles camerounaises est également une des raisons importantes de la stagnation de la mortalité des enfants en bas âge : ces populations ne bénéficiant pas d'un accès aux soins adéquat ni de moyens suffisants n'arrivent pas à éviter la survenue de pathologies souvent fatales à leurs enfants.

Malgré ces chiffres quelque peu désolants, le ministère de la Santé, appuyé par la communauté internationale, a mis une priorité absolue sur la réduction de la mortalité

infanto-juvénile et de nombreux projets ont vu le jour. Les chiffres de 2010 sont d'ailleurs inférieurs à ceux de 2009 présentés dans le graphique ci-dessous.

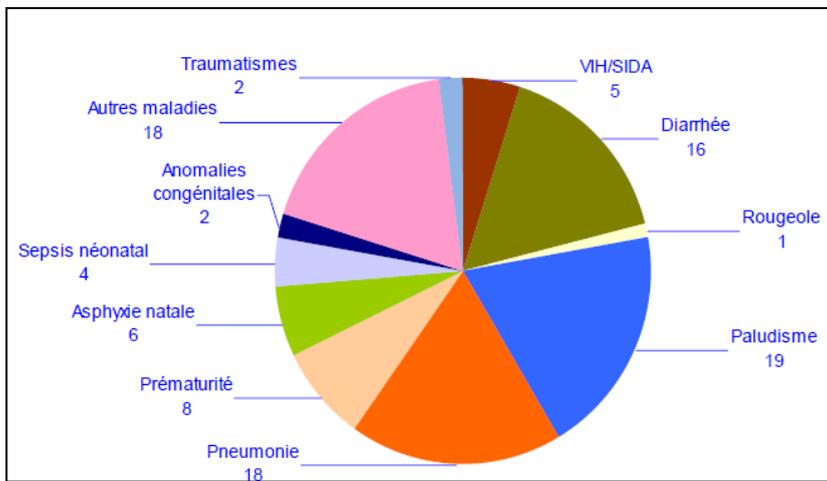
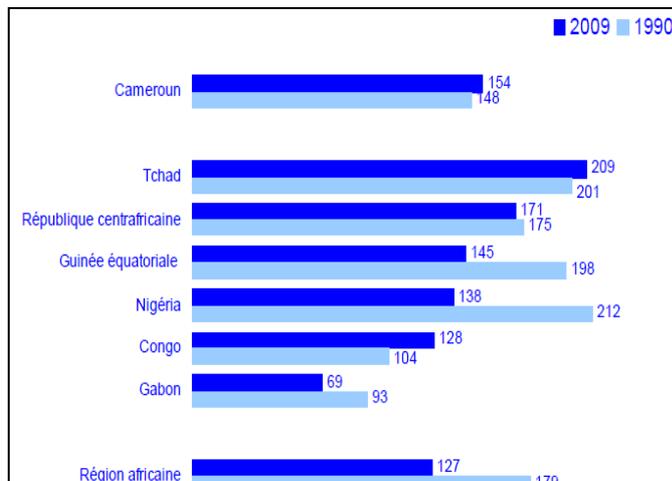


Figure X : Distribution des causes de décès parmi les enfants de moins de 5 ans au Cameroun, en pourcentage (2008) Source: WHO AFR



Taux de mortalité des moins de 5 ans sur 1.000 naissances vivantes au Cameroun et dans les pays limitrophes) Source: WHO AFR

d. Malnutrition et déficit pondéral chez les enfants de moins de 5 ans

À la question "quelle est, selon vous, la cause de mortalité la plus fréquente chez les jeunes enfants dans les pays d'Afrique subsaharienne" beaucoup répondent la malnutrition. Celle-ci touche, en effet, environ 32% des enfants de moins de 5 ans au Cameroun, un taux relativement élevé sachant que c'est un pays à vocation agricole et donc moins menacé par les vagues de famines comme c'est le cas plus au nord, dans les pays sahéliens.

Même si elle n'est pas mentionnée dans la figure ci-dessus (*distribution des causes de décès parmi les enfants de moins de 5 ans au Cameroun, en pourcentage - 2008*) la malnutrition est une cause de mortalité sous jacente pour pratiquement un tiers des maladies citées dans le graphique. En effet, les enfants malnutris ont un système immunitaire affaibli et sont ainsi plus enclins aux infections et aux maladies. De même, les enfants souffrant de paludisme ou de diarrhées chroniques sont plus sujets à la malnutrition, ce qui aggrave leurs symptômes et augmente donc la mortalité et la morbidité des maladies dont ils sont atteints.

Le tableau ci-dessous résume les données d'UNICEF en ce qui concerne l'évaluation de la malnutrition au Cameroun:

Nouveau-nés présentant une insuffisance pondérale à la naissance, (2006-2010)	11 %
Enfants de moins de 5 ans (2006-2010) souffrant d'insuffisance pondérale modérée ou grave	16%
Enfants de moins de 5 ans (2006-2010) souffrant d'insuffisance pondérale grave	5%
Enfants de moins de 5 ans (2006-2010) souffrant de retard de croissance modéré ou grave	36%

3. Alternative santé

3.1 Présentation de l'association

Alternative Santé est une organisation non gouvernementale qui œuvre depuis 1995 à la facilitation de l'accès à la santé de l'enfant et de la mère. Elle agit surtout dans les zones suburbaines et rurales, par l'identification des besoins en matière d'éducation et la sensibilisation des populations aux services de santé disponibles à proximité. Les premières actions de l'association étaient plutôt centrées sur la collecte de données réalisées par le biais d'enquêtes sur le terrain auprès de populations cibles. Alternative Santé ne comptait alors que quelques membres et ne possédait pas de locaux fixes. Les données obtenues lors des différentes enquêtes réalisées ont permis à l'association de documenter ses actions, aux moyens de chiffres, et de prendre de l'importance au niveau national, devenant notamment agréée du ministère de la santé et membre de plusieurs réseaux de santé.

La Doctoresse Loumou Loe, cofondatrice de l'association, travaille actuellement comme pédiatre à l'hôpital de Chaumont, en France. Camerounaise d'origine, elle porte une attention toute particulière à la malnutrition chez les enfants et est à l'origine de l'orientation de l'association vers la santé de la mère et de l'enfant. Il y a quelques années, elle revient vivre au Cameroun et travaille au service de malnutrition sévère à la Fondation Chantal Biya pendant presque 2 ans. Stupéfaite de constater que bon nombre des enfants traités revenaient peu de temps après dans le même état critique, elle décide de mettre en place des causeries visant à éduquer les mères d'enfants malnutris, parallèlement à ses activités avec l'association. Les causeries se déroulent à la Fondation et accueillent les mamans des enfants hospitalisés. Avec l'aide d'une nutritionniste, elle monte un "coin cuisine" et, ensemble, elles expliquent aux mères comment composer un repas équilibré à base d'aliments locaux.

Durant ses 2 ans dans le service de malnutrition, la doctoresse Loumou Loe rencontre Angèle Pondy, chef de service du département d'hémo-oncologie pédiatrique à la Fondation. Alors que la deuxième co-fondatrice d'Alternative Santé décide de se retirer de l'association, Mme Pondy devient la nouvelle co-présidente et Mme Loumou Loe et elles décident d'ouvrir des locaux fixes au nom de l'ONG. C'est ainsi que le cabinet Médical Bethel ouvre ses portes quelques années plus tard à Messame Ndong, dans la banlieue de Yaoundé. L'idée de base de la création d'un centre pour l'association était de pouvoir ouvrir une salle de prévention et d'information dans le but de renseigner la population alentour sur des thèmes de santé tels que le paludisme, le choléra,...

L'établissement devait également accueillir un centre d'étude de la malnutrition et de la drépanocytose dans l'optique d'évaluer le degré d'atteinte des habitants des quartiers environnants. Après des discussions avec le district de santé, ce dernier autorise l'ouverture du centre à condition qu'il fasse également office de centre médical.

Depuis l'ouverture du centre en avril 2012, Alternative Santé se focalise sur l'identification des déterminants de la malnutrition et de la vaccination, ainsi que dans le plaidoyer pour l'immunisation des enfants de moins de 5 ans. Une enquête sur le sujet est actuellement en cours (*voir 4.1 l'enquête auprès de la population de Messame Ndong*).

3.2 L'association sur le plan international

En plus de ses activités au sein de l'association Alternative Santé, la doctoresse Loumou Loe est très impliquée sur le plan international. Elle est membre du comité de pilotage des organisations de la société civile partenaires de GAVI Alliance.

GAVI Alliance est un partenariat public-privé œuvrant pour la vaccination et l'immunisation. L'association rassemble l'expertise technique de l'OMS, la puissance d'achat de l'UNICEF et le savoir faire financier de la Banque Mondiale. Elle regroupe également la connaissance en matière de recherche et développement des fabricants de vaccins, les voix des pays en développement et la puissance financière de donateurs privés tels que la fondation Bill & Melinda Gates. L'Alliance a débuté en 2000, lorsque les taux de vaccination des enfants dans le monde commençaient à stagner et que l'approvisionnement en vaccins pour les enfants dans les zones défavorisées déclinait de façon alarmante. L'alliance offre son soutien aux pays "GAVI éligible", c'est-à-dire ceux dont le taux de vaccination est inférieur à un seuil acceptable selon la communauté internationale. Les pays bénéficiant de l'aide de l'association sont tenus de participer, à moindre coût, à l'achat des vaccins et ce dans le but de responsabiliser les gouvernements. GAVI stimule également la mise au point de vaccins à des prix abordables pour les pays en développement et tente de réduire le temps, d'ordinaire entre 10 et 15 ans, entre lequel les vaccins sont créés dans les pays développés et ensuite disponibles dans les pays en voie de développement.

La Consultation Régionale sur la contribution des Organisations de la Société Civile (OSC) de l'Afrique francophone dans le renforcement des systèmes de santé, en particulier de la vaccination à Dakar – Sénégal - en septembre 2011 regroupe des représentants d'UNICEF, de l'OMS et de GAVI. Mme Loumou Loe, qui assiste également à la conférence en tant qu'ambassadrice GAVI pour le Cameroun, se rend alors compte que beaucoup de pays africains francophones ne peuvent pas participer aux conférences car celles-ci sont tenues en Anglais. Stupéfaite de constater que plusieurs représentants des pays en question ont des difficultés à comprendre ce que les différents intervenants expliquent, elle décide de convoquer plusieurs de ces pays pour discuter de ce problème. D'abord intéressées, les nations concernées montrent un déclin d'intérêt lorsqu'il s'agit de s'impliquer réellement. La doctoresse Loumou Loe, déçue de constater que même le Cameroun ne s'est pas manifesté, convoque alors un certain nombre d'organisations de société civile camerounaises pour évoquer les réticences auxquelles elle a été confrontée.

En juin 2012, ces organisations se réunissent dans la salle de prévention du quartier général d'Alternative Santé. Clarisse, qui nous a laissé assister à la conférence, fait d'abord le point sur la situation de la santé au Cameroun puis s'attarde sur la couverture vaccinale des enfants, expliquant que les chiffres communiqués par certaines organisations ne correspondent pas à la réalité observable sur le terrain. Dans le but de pouvoir contester, ou tout du moins vérifier, les résultats communiqués par le district de santé, elle crée une plateforme francophone ayant pour but de mettre en commun les informations obtenues par le biais des enquêtes réalisées par les différentes organisations de société civile présentes (ex: enquête d'Alternative Santé sur la santé vaccinale et nutritionnelle des enfants entre 0 et 5 ans). C'est ainsi que le Forum ProVARESC, ou Forum pour la Promotion de la Vaccination et le Renforcement du Système de Santé au Cameroun, voit le jour. La doctoresse espère que, munies de

rapports d'enquête écrits, les associations francophones pourront avoir plus de poids au niveau national et international face à la suprématie anglophone et ainsi promouvoir, de façon plus efficace, la création d'une plateforme africaine francophone. Elle désire également pousser les associations francophones à rédiger plus de comptes rendus de leurs activités.

3.3 Les projets actuels d'Alternative Santé :

L'ONG Alternative Santé s'est fixée comme objectif de recueillir des données statistiques sur la couverture vaccinale et l'état nutritionnel infanto-juvénile. L'association camerounaise s'interroge en effet sur les données actuelles concernant la vaccination des enfants en bas âge, suspectant que les chiffres officiels soient plus élevés que la proportion réelle. L'action mise en place consiste à récolter les informations directement dans les ménages par le truchement d'un questionnaire. Comme cet exercice requiert passablement de temps, Alternative Santé a décidé de commencer l'enquête dans le district de Youndé IV, plus précisément dans la banlieue de Messame Ndong, comptant ensuite s'étendre à la ville de Yaoundé voir même dans d'autres villes camerounaises, en collaboration avec des associations locales. Ce projet de grande envergure tend à pourvoir des données statistiques plus réalistes que celles rescencées à ce jour au Cameroun. Etant donné l'ampleur du travail et les ressources tout de même restreintes de l'association, l'avenir de ce projet reste incertain. Cependant les résultats de l'enquête pourront tout de même être utiles pour orienter le travail des hôpitaux de district et des associations de proximité vers une plus grande sensibilisation de la population et des campagnes de vaccination plus insistantes. En effet c'est auprès des populations des zones suburbaines, des villages et de la brousse que l'information semble avoir plus de difficultés à se frayer chemin. Actuellement la vaccination est prise en charge gratuitement pour les enfants jusqu'à neuf mois dans les hôpitaux publics et autres centres de santé, mais cette offre ne semble pas être connue des populations les plus pauvres et marginalisées. En premier lieu cette enquête devrait permettre de collecter des données prouvant que le taux de vaccination est inférieur aux 80% prédit par le gouvernement. C'est en effet le mandat que s'est fixé la Doctoresse Loumou Loe, lui permettant ensuite d'appuyer les demandes de tarifs préférentiels pour les vaccins par les bailleurs internationaux.

L'association Alternative Santé (AS) se lance dans ce projet statistique dans le quartier de Messame Ndong, car c'est ici précisément que s'est offerte la possibilité d'ouvrir ses quartiers généraux. L'association, vieille de dix-sept ans, n'avait de réel emplacement concrétisant son existence. C'est avec une joie immense que la directrice d'AS a pu ouvrir une salle de prévention, représentant un nouveau départ pour son association. La salle se trouve au rez-de-chaussé d'un petit immeuble comprenant également un cabinet médical, le « centre médical Béthel ». Bien que cela puisse porter à confusion, les deux structures sont indépendantes. Le cabinet est un établissement privé ne s'inscrivant pas particulièrement dans une idée communautaire. La salle de prévention, quant à elle, est ouverte aux personnes du quartier souhaitant recevoir des informations sur des sujets de santé, comme le paludisme, la nutrition des enfants, le traitement des diarrhées aiguës ou encore la vaccination mais également sur des sujets de santé publique comme le traitement de l'eau ou la contamination par le choléra liée aux sanitaires. La salle offre également une bibliothèque proposant des livres à consulter sur place, pour tous les âges, ainsi que des jeux pour les enfants leur permettant de s'éveiller et de se divertir.

4. Nos activités lors de notre stage :

4.1 L'enquête auprès de la population de Messame Ndongo :

a. Déroulement :

Lorsque nous sommes arrivées au Cameroun, notre première activité fut de débiter l'enquête. Cela consistait à faire du porte à porte, demander aux gens s'il y avait des enfants dans le ménage et ensuite de les soumettre au questionnaire (cf: annexe 1) . Celui-ci comprenait quatre parties : une première contenant des renseignements généraux sur l'interviewé, comme son ethnie, son genre, le nombre d'enfants entre 0 et 5 ans dans le ménage ainsi que leur âge, que ce soit ses propres enfants ou ceux vivant sous le même toit qu'eux, son niveau d'études, son travail et le revenu mensuel du ménage en francs CFA, la monnaie locale, et si, selon eux, c'était suffisant pour vivre. La deuxième partie traitait de la couverture vaccinale des enfants jusqu'à cinq ans ; où sont-ils nés, à l'hôpital ou à la maison et s'ils sont nés à la maison, pourquoi ? Y a-t-il des raisons de croyance, d'argent ou bien l'accouchement a-t-il eu lieu dans l'urgence ? Ensuite les questions portaient les types de vaccins effectués, à quel âge et dans quel contexte, durant une campagne de vaccination, dans un dispensaire ou à l'hôpital. Cette partie se cloturait par un petit quizz, testant les vaccins connus et pouvant être cités de mémoire par les interviewés. Nous en profitions alors pour lister les vaccins du programme élargi de vaccination nationale : le ROR protégeant contre la rougeole, rubéole, oreillon, le DTCoq Polio HepB comprenant diphtérie, tétanos, coqueluche, hépatite B ainsi que le vaccin oral contre la poliovirus, le vaccin contre le méningocoque, le BCG protégeant contre la tuberculose, le pneumo23 contre le pneumocoque, provoquant des infections respiratoires avec risque de méningite. La troisième partie visait à se rendre compte de l'état nutritionnel des enfants jusqu'à cinq ans ; combien de fois par semaine les enfants consomment-ils certains aliments, comme les laitages, les légumes verts, la viande, le poisson, les œufs ? D'où proviennent les aliments ; d'un champs familial, du marché des vivres, du supermarché ? Cette partie comprenait également une partie sur les pratiques d'hygiène, les sources d'eau, les méthodes d'impregnées ainsi que sur la gestion de l'eau; lieu d'approvisionnement, manque, durée moyenne des coupures, mode de traitement (filtre, javellisation, ébullition) et les sanitaires (toilettes modernes ou rudimentaires, intérieures ou extérieures). Finalement la dernière partie consistait à recueillir la réaction des habitants face à l'ouverture du centre médical Béthel dans leur quartier : étaient-ils déjà au courant de l'ouverture du centre ? Pensent-ils que cette structure a lieu d'être dans leur quartier ? Iraient-ils consulter et pour quels motifs? Dans la perspective de mettre en place des séances de discussion et d'information sur des sujets de santé, nous leur demandions alors lesquels les intéresseraient le plus.



Notre premier jour en tant qu'enquêtrices

b. les difficultés rencontrées sur le terrain :

Dans cette entreprise plusieurs difficultés se sont révélées à nous. Premièrement, la géographie du quartier nous a quelque peu interpellées. L'enquêteur avec lequel nous avons commencé, avait préalablement quadrillé le terrain en quatre zones A, B, C, D. Nous avons donc débuté par la zone A, qui était principalement habitée par des autochtones, c'est-à-dire des gens qui vivaient là avant le processus d'urbanisation, que connaît actuellement la banlieue. Les habitations sont rudimentaires, comportant une pièce principale servant de salon et le plus souvent également de chambre à coucher. La cuisine et les sanitaires se trouvent à l'extérieur et, dans la plupart des cas, sont communs à plusieurs familles. Il y a souvent des petites parcelles réservées à la culture du maïs, du zom, du folong, du ndolé et d'autres légumes locaux. L'accès aux habitations se fait par de petits chemins en terre battue et il faut oser s'aventurer dans une nature indomptée pour trouver encore d'autres petites maisonnettes. Nous avons comme instructions de numéroté à la craie les différents ménages et assez rapidement nous avons décidé de commencer une cartographie du quartier, ce qui n'avait encore jamais été fait. Cela nous a permis de mieux nous repérer et de pouvoir se rappeler de la localisation de tous les interviewés, ce qui nous semblait pouvoir être utile pour le suivi des vaccins par les médecins de l'association. (cf: annexe 2)

Un autre obstacle était la communication avec certaines personnes, bien que quasiment tous parlaient français, il était assez évident que, dans certaines situations, notre interlocuteur ne percevait pas vraiment le sens de nos questions. Certaines réponses étaient en effet non cohérentes. Nous avons, de ce fait, bien pu entraîner toutes les techniques de communication qui nous ont été enseignées lors de notre cursus scolaire, pour nous ajuster le plus possible à la personne face à nous, tant et si bien qu'à la fin nous utilisions toutes les expressions camerounaises, un débit de parole plus adapté, ce qui ne manquait d'en amuser certains. Cependant quelques difficultés persistaient. Par exemple, en ce qui concernait la nutrition et les vaccins des enfants, certains interviewés n'étaient pas aptes à nous fournir les informations demandées, les hommes plus particulièrement. De manière générale, ils ne s'occupent que peu de cette partie de l'éducation. Le problème se posait également si l'interviewé n'était pas de la famille directe et n'habitait pas le reste de l'année dans le ménage, par exemple une tante présente uniquement lors des grandes vacances d'été. Nous avons également constaté que le niveau d'étude influençait énormément la communication. En effet, nous avons rencontré quelques mères qui n'avaient pas eu la chance d'aller à l'école primaire et il fallait prendre plus de temps, augmenter les répétitions et adapter notre vocabulaire afin de réussir à s'entendre.

Nous savons bien que cette enquête comporte de nombreux témoignages qui ne sont peut-être pas vrais. Certaines questions n'étaient pas adaptées, par exemple celle sur le nombre de vaccins et à quel âge ils avaient été administrés à l'enfant, recevait souvent la même réponse suspecte : « il a fait tous ses vaccins ! ». Nous avons ensuite essayé d'apporter quelques améliorations, en demandant à voir le carnet de vaccination de l'enfant et en notant nous-même les vaccins et l'âge auquel ils ont été fait (cf: annexe 3). Un autre biais tient certainement du fait qu'à notre arrivée dans le quartier, nous avons tout de suite été repérées comme « les trois blanches » et que certains habitants, n'ayant jamais vu de personnes d'une autre couleur, ont été un peu méfiants. Ce questionnaire nous a évidemment permis de rencontrer les gens plus personnellement et nous avons

ensuite été très bien accueillies. Toutefois il nous a semblé que certains interviewés n'ont pas osé répondre honnêtement, par exemple, la question concernant l'utilisation de moustiquaires imprégnées, afin d'éviter le risque de paludisme, et ce par peur d'un jugement de notre part. Nous avons également eu le cas inverse d'un homme qui nous disait ne pas pouvoir nourrir correctement ses enfants, bien qu'il soit le bailleur de plusieurs maisons, ce que nous savons être un bonne source de revenus, peut-être dans l'espoir que nous l'aidions financièrement.

Le temps a également été difficile à gérer dans cette entreprise, le questionnaire nous prenait entre une vingtaine et une trentaine de minutes par ménage. Il était compliqué de procéder plus rapidement, les gens étaient très accueillants et ouverts à répondre à nos questions, mais ils étaient également très curieux de savoir pourquoi nous étions là, d'où nous venions et de nous montrer leur mode de vie, les plantes qu'ils cultivent, les mets qu'ils cuisinent et de nous raconter leur différents maux. Certes, ce fût très enrichissant et cela nous a permis de vraiment bien comprendre leur mode de vie, leur conception de la famille, du travail, de l'argent et de la santé. Cependant, à raison de quatre ou cinq heures par jour d'enquête, nous n'avons pu terminer que la zone A, comportant une centaine de ménages avec des enfants de 0 à 5 ans et commencer la B, laissant cette tâche à nos successeurs. Nous ne pouvions débiter la journée que vers 9h30, car les gens n'étaient pas disponibles avant cette heure, comme nous avons pu l'expérimenter. De plus la nuit tombe très tôt, ce qui raccourcissait considérablement nos journées. Quant à la postérité de ce projet, une équipe d'enquêteur a été recrutée par l'association, afin de terminer ce que nous avons commencé.

Par ailleurs, nous avons été surprises par l'enthousiasme des gens à répondre à notre questionnaire. Nous savons que chez nous, les gens sont réticents à donner leur temps pour répondre à un sondage. Pourtant sur place, nous n'avons eu aucun refus de participation, même les mamans préparant le repas dehors ou faisant la vaisselle, acceptaient, répondant toujours par ce fameux « ça ne dérange pas », qui nous a grandement faciliter la tâche. Ce qui était encore plus surprenant, une fois le bruit de notre activité ayant circulé dans le quartier, c'est que les gens nous interpellaient dans la rue pour savoir pourquoi nous n'étions pas encore passées chez eux. Les habitants venaient spontanément nous demander en quoi consistait notre travail lorsqu'ils nous voyaient déambuler sur la route principale, communément appelée « descente antenne », chargées de nos questionnaires, munies de notre badge et de nos stylos, faisant, il est vrai, l'attraction locale.



La route "descente antenne" ou "montée antenne" selon la localisation

c. Résultats :

Les résultats seront analysés et disponibles seulement une fois l'enquête terminée. Nous avons cependant pu ressentir certaines tendances dans les réponses recueillies. Elles sont fortement influencées par la situation géographique du ménage. Les zones A et B sont séparées par la grande route « descente antenne », sur la zone A habitent principalement des personnes à revenu très modeste, dans de petites maisonnettes très rudimentaires, tandis que la zone B comprend de nombreuses bâtisses, sur plusieurs étages, affichant les signes ostentatoires d'une certaine aisance. Plus on s'éloigne de la route principale empruntant les petits sentiers et traversant les champs, plus la situation financière des habitants devient précaire. La plupart de ces foyers vit avec un revenu mensuel inférieur à 50 000 francs CFA, ce qui revient à moins de cent francs suisses et compte de nombreuses bouches à nourrir.



La boutique

Dans ces conditions, il est difficile de continuer à alimenter de manière équilibrée les enfants. La majorité se nourrit grâce aux récoltes d'un petit champ familial, mais certaines denrées, telles que la viande, les œufs et le lait ne se consomment que très rarement. Les légumes verts ne sont consommés, dans beaucoup de cas, qu'une fois par semaine, mais la raison semble plus être culturelle que financière, car souvent ils sont cultivés dans le champs même de la famille. Le supermarché est rarement fréquenté par les populations les plus pauvres, car il est bien plus coûteux que le marché des vivres ou la « boutique », vendant le lait en poudre, le riz, le poisson congelé et autres denrées non périssables.

En ce qui concerne l'eau, les gens s'alimentent principalement grâce à des forages, des puits ou pour ceux habitant plus en périphérie, directement à une source. Ils rencontrent peu de pénuries en ce qui concerne le puit ou la source, mais les forages peuvent être asséchés durant plusieurs semaines, de même que certains subissent des coupures programmées à certaines heures de la journée ou de la nuit. De ce fait, la plupart des gens font des réserves d'eau, dans des bouteilles et des bidons. Seule une petite proportion traite l'eau avant de la boire, en la javellisant ou la filtrant. La méthode d'ébullition est cependant très peu utilisée. Quelques mères font cependant attention à ne donner que de l'eau en bouteille à leur nourrisson, ou aux enfants qui souffrent d'affections gastroentérales.



Un forage

Pour les questions sur les vaccins, les réponses étaient très disparates. Certains enfants étaient vaccinés de manière très complète et les rappels étaient faits consciencieusement, tandis que d'autres n'en avaient fait que quelques uns, voir aucun. Il nous a semblé possible d'identifier certains facteurs influençant. Par exemple, lorsque

les enfants naissent à l'hôpital, les vaccins de bases sont automatiquement faits. De même que les vaccins faisant partie du programme de vaccination gratuit jusqu'à 9 mois sont administrés à la plupart des enfants. Le niveau d'étude des parents semble également être un facteur. En effet certaines personnes, principalement des femmes, n'étant jamais allées à l'école et vivant de manière plus isolée, ne voient pas toujours l'intérêt de faire vacciner leurs enfants. Nous avons toujours essayé d'expliquer aux parents l'importance de la vaccination, du point de vue de la santé, mais également du point de vue économique ; certes il faut payer certains vaccins mais si l'enfant venait à contracter la maladie, le coût en serait bien supérieur. Il y avait également la question demandant aux parents quels vaccins ils connaissaient, qui nous permettait aussi de nous faire une idée du niveau de connaissance et d'intérêt des parents, pour ensuite pouvoir ajuster notre discours à leurs besoins.

L'idée de la santé n'est pas la même pour les Camerounais que pour nous. A la question « pour quel motif fréquenteriez-vous le centre médical ? », une majorité répondait que ce serait uniquement en cas d'urgence. Pour la plupart, la raison était financière, mais il semble également que ce ne soit pas dans leur culture de venir en consultation de routine. Beaucoup de personnes répondaient qu'ils viendraient seulement si c'était une question de vie ou de mort, après avoir essayer l'automédication et les remèdes traditionnels à base de plantes.

La plupart des gens étaient favorables à l'ouverture du cabinet médical Béthel, trouvant que c'était une amélioration pour leur quartier. Cependant la question du prix de la consultation était récurrente. Au début nous ne pouvions pas répondre à cette question, nous nous sommes alors renseignées, la consultation avec le médecin coûtait dix mille francs CFA et nous avons vite compris que ce n'était pas possible de mettre une telle somme pour une grande majorité d'entre eux. Le cabinet n'a reçu aucun patient pendant toute la première semaine, ce qui nous inquiétait fortement, nous pensions que le cabinet était réellement rattaché à l'association et que peut-être ils ne se rendaient pas compte que leurs prix n'étaient pas adaptés. Nous leur avons alors fait part de notre observation, ce qui a été plutôt mal reçu. De plus, le fait que nous donnions maintenant l'information aux populations nous a valu quelques remontrances. C'est seulement lorsque la Doctoresse Loumou Loe est arrivée au Cameroun, deux semaines plus tard, que la situation s'est éclaircie et que nous avons bien compris que ce centre était privé et donc réservé à une certaine classe sociale. Il est vrai que nous avons défendu notre point de vue en ce qui concernait le fait d'annoncer les prix aux interviewés, il nous semblait en effet plus juste de leur répondre clairement, surtout que nous détenions maintenant la réponse. A notre avis, l'ambiguïté des limites entre Alternative Santé et le cabinet médical Béthel persistera tant que le questionnaire continuera à mentionner le centre médical. Il nous a été suffisamment complexe de percevoir les subtilités entre le centre et l'association et ça l'est davantage pour la population du quartier, qui se réjouissait d'avoir enfin un établissement médical, qu'il pensaient communautaire.



En pleine enquête....

4.2 Prise en charge d'une patiente brûlée au troisième degré :

Nous avons passé une autre partie de notre temps à soigner Martine, une dame de 55 ans souffrant de brûlures sévères au côté droit du visage, du cou, du bras et de la main.

Nous avons rencontré cette femme durant l'enquête ; nous étions bien avancées dans la zone A quand nous avons découvert, dans un coin très reculé, une maison encore en construction. Comme nous voyions des enfants assis sur le porche, nous nous sommes dirigées d'un pas décidé vers la bâtisse délabrée. Quelle fût notre stupeur lorsque cette femme sortit de la maison, alors que nous ne pouvions voir que la partie ravagée de son visage. La plus courageuse d'entre nous continua de marcher vers la femme, la saluant et expliquant le motif de notre venue. Etienne, le mari et grand-père des deux jeunes enfants, répondit aux questions. Comme nous nous sentions plus à l'aise, nous avons alors osé demander ce qui était arrivé à sa femme. Elle s'était brûlée en cuisinant, se renversant une casserole d'huile bouillante sur le visage et le corps. Comme nous avions amené beaucoup de matériel pour faire des pansements et soigner les brûlures nous avons décidé de faire quelque chose pour elle.

De retour au centre, nous avons exposé son cas à la Doctoresse Loumou Loe, nous avons pris des photos pour lui montrer l'étendue des dégâts. Nous nous mîmes alors d'accord sur le fait que nous lui prodiguerions les premiers soins, pour nettoyer les plaies et accélérer la cicatrisation, sous la supervision d'un médecin du centre. Nous craignons que Martine n'ose pas se rendre jusqu'au cabinet, de peur du regard des autres. Nous sommes donc allées la chercher directement chez elle pour la ramener au centre. Nous avons participé à la première consultation, nous avons ainsi réussi à comprendre qu'elle souffrait d'épilepsie, plus exactement d'absences, ce qui explique pourquoi elle a chuté

cette nuit là avec la casserole remplie d'huile bouillante. L'accident a eu lieu au mois de janvier et elle n'a reçu des soins que les premiers jours, la famille n'ayant plus assez d'argent pour payer la suite du traitement. En parcourant son carnet de santé, nous nous sommes rendu compte qu'elle avait tout de même reçu des antibiotiques après sa première hospitalisation. Les circonstances dans lesquelles elle a été traitée sont restées assez obscures, en effet la communication avec le mari était parfois difficile, bien que les deux parties y mettaient du leur. Nous avons décidé qu'elle viendrait un jour sur deux pour que nous lui changions son pansement avec l'aide de l'infirmière du centre et que le médecin vérifierait l'évolution et prescrirait le traitement.

Martine a donc procédé elle-même au nettoyage de ses plaies, un acte qui était très douloureux, sans aucune anesthésie et qu'elle ne voulait être fait par nul autre. Nous avons ensuite désinfecté ses plaies à la chlorexidrine aqueuse que nous avons apporté, et puis à la bétadine indiquée pour les brûlures. Nous appliquions également un jelonet, un tulle gras, sur son crâne, sa joue et sa main avant de faire un pansement renforcé d'un bandage. La Doctoresse a pu mettre en place un traitement d'antibiotique, l'amoxicilline, ainsi que de l'oxycodone, un dérivé morphinique pour la douleur et des anxiolytiques pour l'aider à dormir, car elle était très agitée la nuit et n'arrivait pas à se reposer. Tous ces médicaments provenaient de ce que nous avons apporté, mais également de ce que nos collègues françaises, la sage-femme et l'auxiliaire de puériculture, ont fait don au centre, de ce fait elle n'a pas eu à les payer. Pour l'œil de la patiente, nous ne pouvions malheureusement pas faire grand chose, la paupière s'était rétractée lors du processus de cicatrisation, laissant toute la muqueuse de l'orbite apparente. Nous lui avons tout de même fourni un collyre et du sérum physiologique pour nettoyer et hydrater ses yeux.

En deux semaines, nous avons pu observer de nombreux progrès, la plaie sur sa main s'est totalement refermée, nous avons donc arrêté de faire le pansement après une semaine et nous lui avons fourni de la biafine, pour essayer d'assouplir un peu la nouvelle peau, qui était très tendue. Les plaies sur le crâne ont également guéries, avec l'aide de l'infirmière, nous avons rasé tous les cheveux autour afin de pouvoir mieux nettoyer la blessure. La plaie qui s'étendait de la tempe à l'encognure de la bouche n'était pas guérie lorsque notre séjour s'est achevé, mais les berges commençaient à se rapprocher.

Grâce à cette patiente nous avons pu nous rendre compte de la difficulté de se faire soigner correctement, dans un pays où les assurances sociales n'existent pas. La famille de Martine étant relativement pauvre, elle n'a pas pu être entièrement prise en charge lorsque l'accident est survenu et elle en porte encore les séquelles. En cicatrisant la peau de sa nuque s'est rétractée, créant des tensions sur les tendons et les veines du cou, engendrant d'immenses douleurs. Elle est également hyperalgique au niveau du menton, alors qu'il n'y a pas de blessure à cet endroit, nous avons suspecté une douleur neuropathique. Des larmes coulent de son œil en continu, ce qui la dérange énormément, elle est obligée de garder un tissu dans sa main, avec lequel se tamponne régulièrement. De ce fait nous craignons qu'elle infecte son œil, car malgré toutes ses peines elle travaille toute la journée aux champs, les mains dans la terre. La Doctoresse Loumou Loe a essayé de contacter un de ses collègues chirurgiens au Cameroun, pour qu'il puisse l'examiner et donner son avis. Le but n'étant pas une chirurgie reconstructrice, mais plutôt de voir s'il pourrait faire quelque chose pour ses douleurs à l'épaule et son œil. Nous ne savons pas si cette démarche a abouti. Après notre départ, nous avons su que Martine était encore venue se faire soigner quelques fois. Une autre

ombre plane, la doctoresse du centre avait suspecté une infection à *Pseudomonas aeruginosa*, car les pansements se teintaient de vert, le problème est que cette bactérie est résistante à tous les antibiotiques que nous avons apportés et que la ciprofloxacine, indiqué dans ce cas, coûte extrêmement cher au Cameroun. Nous ne pouvons qu'espérer que la suspicion du médecin ne se soit pas avérée exacte.



Main droite de Martine avant les soins



Main droite après une semaine de soin et recouverte de Biafine



Visage de Martine avant les soins



Martine de face avant les soins



Visage après le nettoyage des plaies, effectué par la patiente



Premier type de bandage

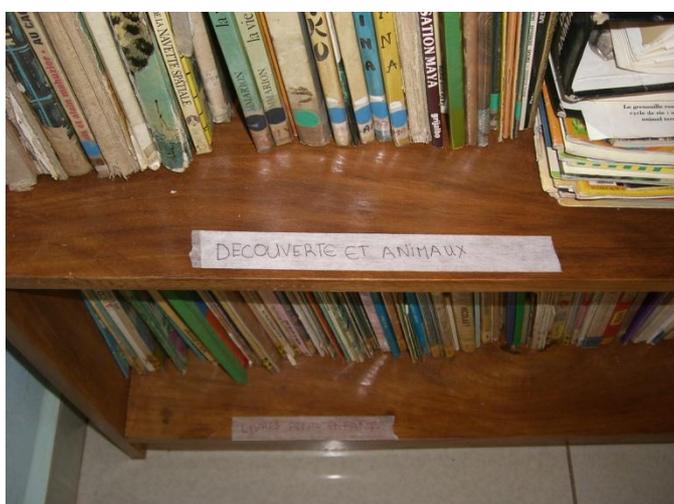


Deuxième type de bandage, plus résistant

4.3 Installation, inauguration et travail au sein de la salle de prévention :

Notre troisième activité lors de notre stage concernait la salle de prévention d'Alternative Santé. Lorsque nous sommes arrivées, cette salle n'était pas encore installée, elle contenait des livres, des prospectus de santé et des jouets en vrac. A son arrivée, la Doctoresse Loumou Loé nous a mises en charge de préparer cette salle en un temps record, nous annonçant que son inauguration aurait lieu deux jours plus tard. La tâche n'était pas des moindres, il fallait tout trier, réorganiser, aménager et décorer. De plus, nous avions la responsabilité d'aller prévenir les habitants du quartier de cette journée d'information et ce en faisant du porte à porte, car les moyens habituels de communication tels que le téléphone, internet ou la distribution de tracts ne sont pas utilisables dans ce contexte.

Nous avons alors aménagé trois coins dans cette pièce, l'espace lecture, contenant une bibliothèque avec des livres autant pour les enfants que pour les adultes. Un espace prévention, où nous avons essayé de trier les sujets de santé selon des thèmes ; nutrition de l'enfant, maladies de l'enfant, vaccination, grossesse et contraception. Les documents apportés par la Doctoresse Loé Loumou, venant principalement de France, étaient relativement complexes et peu appropriés à la situation des habitants du quartier, nous avons ajouté des petits messages de prévention, qui nous avaient été donnés par un membre d'UNICEF, dont nous vous parlerons ensuite. Finalement l'espace de jeux, nous a donné le plus de difficultés, en effet les jeux étaient dans un sale état, puzzles incomplets, peluches trouées, jeux de société trop complexes... Nous avons tenté d'arranger les choses au mieux, en nous promettant de regarnir les étagères lors de notre prochaine sortie au supermarché.



Le coin lecture



Vue de la salle de prévention



Espace prévention santé



Salle de jeux

Lors de l'inauguration, quelques relations de la Doctoresse sont venues, ainsi que quelques habitants, cependant ce sont surtout les enfants qui ont répondu présents. L'espoir des représentants d'Alternative Santé était que les enfants, qui étaient très demandeurs des jeux, se fassent accompagner de leurs parents, afin que l'on puisse alors s'entretenir avec eux sur divers sujets de santé. En effet, nous avons bien remarqué la difficulté de faire venir les adultes, bien qu'ils soient toujours très accueillants et ouverts à répondre au questionnaire, il est plus difficile de les faire se déplacer.



Journée d'inauguration, banderole de l'association

Par la suite, la salle de prévention s'est en quelques sortes transformée en salle de jeux. Chaque après-midi, nous ouvrons ses portes de 14 à 17 heures et nous recevions jusqu'à une cinquantaine d'enfants. Nous essayions de privilégier les jeux éducatifs, mais auxquels on peut jouer à plusieurs, car sinon le surnombre n'était pas gérable. Les enfants avaient entre 2 et 15 ans et venaient de milieux très simples. Il semble qu'ils aient énormément apprécié venir jouer et étaient très réceptifs aux choses que nous leur apprenions. Les activités étaient variées ; des ateliers de dessin et de peinture, les puzzles, qui nous a réservé des surprises car la plupart des enfants n'en avaient jamais fait et nous avons passé pas mal de temps à leur apprendre comment procéder. Les progrès accomplis en quatre semaines étaient prodigieux et les enfants très fiers d'eux. Avec les plus grands, nous pouvions jouer au scrabble, certes en modifiant un peu les règles, dans le but surtout d'exercer leur vocabulaire et leur orthographe, en français mais aussi en anglais, enseigné dans certaines écoles. Il y avait également des jeux de construction, qui occupaient surtout les plus petits. Le jeu du memory est certainement celui ayant emporté le plus grand succès. Nous n'avons pas eu de problèmes de discipline, les enfants étaient relativement sage et content de venir et de recevoir une attention particulière.



Petite séance de dessin



Le scrabble



Moment de lecture en famille

Cette expérience avec les enfants a été vraiment plaisante pour nous et nous étions attachées à eux. Nous avons donc décidé de faire quelque chose de spécial pour la dernière après-midi. Nous avons organisé un concours de dessin, avec comme thème à choix, la famille ou la maison (vous pourrez d'ailleurs apprécier quelques unes de ces oeuvres dans l'annexe 4). Nous avons alors félicité les dix premiers, s'étant le plus appliqué, en leur offrant un bracelet tressé et tournée générale de beignets pour tout le monde !



Photo souvenir de la dernière après-midi

4.4 Visite d'UNICEF Cameroun et mise en place d'une "causerie éducative"

Au cours de notre stage, nous avons eu l'opportunité de rencontrer Claire Soppo Mouelle, travaillant en tant que spécialiste en Communication pour le développement au bureau d'UNICEF Cameroun. Les buts de cette rencontre étaient multiples. Tout d'abord, elle a pu nous expliquer son travail au sein du pays et ainsi nous faire part des principaux défis rencontrés mais aussi nous expliquer le fonctionnement des « causeries éducatives » qui ont lieu principalement dans des villages ou des villes reculées. Celles-ci consistent à faciliter un dialogue au sein de la communauté autour d'un message de santé. Le principe est de favoriser l'éducation par le divertissement et l'interaction. Il peut donc s'agir d'une petite pièce de théâtre de rue dans laquelle les gens du village peuvent intervenir, d'un petit cours utilisant le plus souvent des illustrations avec à la fin un concours oral avec des prix à gagner, ou encore de la distribution de bandes-

dessinées spécialement réalisées pour l'occasion ou encore la projection de courts métrages. Cela permet de faire passer des messages de prévention simples et essentiels, qui restent cependant peu connus de la grande majorité. Ces messages portent, par exemple, sur l'importance du lavage des mains dans la transmission des maladies, par exemple le choléra qui reste une des maladies mortelles importantes dans les zones reculées du pays, les bienfaits de faire bouillir l'eau avant de la consommer, la nécessité d'avoir des toilettes propres et éloignées des cours d'eau, l'importance de l'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois de vie du nourrisson, la reconnaissance des signes de danger vitaux et le recours à des services de santé appropriés. Autant de pratiques, dont l'adoption par les familles, permet de prévenir nombre de maladies et d'améliorer la santé. Les ménages ont ainsi un contrôle, plus ou moins grand, sur leur santé, du moins sur le volet "préventif" et sur le recours au "curatif". Claire nous a montré l'importance de la participation de la population lors de ces interventions: cela leur permet de se sentir impliqués dans l'identification et le solutionnement du problème et renforce leur engagement. Ici réside un élément clef de ce type d'intervention, à savoir comment permettre l'appropriation par des populations africaines – où les références en matière de santé s'ancrent principalement dans la médecine traditionnelle voir surnaturelle – de messages clés, tout droit sortis de notre conception occidentale de la médecine. Comment parvenir à créer un pont entre ces deux mondes? Nous avons découvert qu'il y a une réelle formation du personnel UNICEF quant à la façon d'aborder les différents problèmes avec les populations et qu'une attention particulière est donnée à la participation des communautés.

Au cours de cet entretien nous avons signifié notre intérêt à nous engager plus avant dans cette approche de la prévention, en devenant nous-mêmes des « relais communautaires » auprès des populations vivant à proximité du centre médical Bethel. Nous sommes reparties avec une bonne quantité d'affiches avec des messages de prévention sur le choléra, la réhydratation, les bienfaits de l'allaitement maternel et bien d'autres. A notre retour au centre, nous les avons affichées un peu partout dans la salle de prévention/salle de jeux. (cf: annexe 5)

Une semaine plus tard, deux Françaises, Mélanie, sage-femme, et Bérengère, auxiliaire de puériculture, nous ont rejoint au centre. Nous avons alors la « mission » de propager dans notre quartier la nouvelle de leur arrivée et de la mise en place de suivi de grossesse et de consultation des enfants de moins de 6 mois gratuites. Nous avons eu l'opportunité de suivre quelques unes de ces consultations. Elles nous ont ainsi montré les différents tests et réflexes effectués sur un enfant après sa naissance mais également comment vérifier l'évolution de la cicatrisation du cordon ombilical, de même que les conseils donnés aux mamans quant à l'allaitement. Nous avons également pu suivre quelques examens gynécologiques avec la sage-femme. Nous avons été frappées de constater le manque de connaissances des femmes venues en consultation vis-à-vis de la grossesse, des cycles menstruels et de leur corps. Nous avons également noté que ces visites se faisaient avec beaucoup de distance et de froideur, principalement à cause de l'attitude du médecin et de la gêne des patientes. Comme si ce sujet restait un brin tabou et qu'il valait mieux ne pas trop en parler. Un cas nous a particulièrement marqué, celui d'une jeune fille, tout juste âgée de 18 ans et pas encore engagée dans une relation stable avec le père de son enfant; celle-ci s'est fait reprendre par la Doctoresse lorsqu'elle a marqué un temps d'hésitation à la question "êtes-vous heureuse d'avoir cet enfant?" C'était réellement une ambiance particulière, autant pour nous que pour la sage-femme présente.

Suite à ces consultations, nous nous sommes interrogées sur les véritables connaissances des femmes mais également celles de leur conjoint et frères. quant à l'appareil sexuel féminin, au fonctionnement du cycle menstruel et aux différents types de contraceptifs. Nous avons donc organisé, avec la précieuse aide de nos consœurs françaises, une causerie éducative, profitant de leur savoir et de leur expérience. Nous n'avions pas réalisé à quel point nous touchions un sujet sensible. Suite à notre demande d'autorisation faite auprès du personnel travaillant dans le centre, nous avons reçu l'appel d'une des directrices pour nous mettre en garde: "vous ne comprenez pas, la contraception, ce n'est pas pareil ici que chez vous". Nous avons donc dû faire comprendre que notre but n'était pas du tout d'inciter les jeunes filles à utiliser une méthode contraceptive, mais plutôt de les informer sur les différentes possibilités, de l'importance de choisir le moment d'une grossesse désirée, ainsi que les bénéfices et risques de chaque méthode. Car bien que la contraception soit socialement mal acceptée, nous avons pu nous rendre compte par nous-mêmes, lors de nos discussions avec les femmes du quartier, que le fait d'utiliser un contraceptif était monnaie courante (29% des femmes utiliseraient une méthode contraceptive entre 2006 et 2010 d'après UNICEF). Le problème avec cette pratique est que ces femmes ne sont pas suivies, médicalement parlant, et qu'en plus pour la majorité d'entre elles, les pilules et autres contraceptifs sont achetés dans les pharmacies de rue. Nous avons donc reçu l'accord et réquisitionné un après-midi la salle de prévention/jeux pour organiser une causerie. Au début, seulement trois adolescentes, entre 13 et 14 ans, étaient présentes. Elles avaient l'habitude de venir les autres jours pour jouer avec nous. Nous avons donc dû nous adapter à leur âge et nous avons commencé par leur demander si elle pouvait nous dessiner un corps de femme avec un utérus, un vagin et tout ce qu'elles pensaient important de mettre pour représenter une femme. Les jeunes filles, d'abord un peu gênées, se sont vite prêtées au jeu. L'une ne savait pas du tout ce qu'était un utérus mais savait que lorsqu'il y a un fœtus dans le ventre d'une femme, celui-ci est entouré d'une « poche ». Les deux autres savaient plus ou moins ce qu'était un utérus mais elles avaient également beaucoup de mal à le situer dans leur corps et à comprendre son utilité. Nous avons donc dû, à partir de leur dessin, leur expliquer qu'il y avait une communication entre l'utérus et le vagin et le rôle de celui-ci. Nous leur avons suite montré quelques dessins anatomiques que nous avons préalablement réalisés en leur expliquant les fonctions des différentes parties : l'utérus, les trompes, les ovaires, le rôle des ovules mais également le fonctionnement d'un cycle avec l'apparition des règles (d'où provient le sang, par où il s'évacue de l'utérus, à quel moment a lieu l'ovulation, quelle est la période où il y a plus de probabilité de tomber enceinte) mais aussi ce qui se passe quand il y a un rapport sexuel et une grossesse. Puis nous sommes passées aux différentes méthodes contraceptives en tentant toujours de commencer par leur propres connaissances. Nous fûmes agréablement surprises de constater qu'elles connaissaient parfaitement la différence entre les méthodes qui permettent de contrôler les naissances et celles qui permettent en plus de se protéger contre les IST. Nous leur avons donc expliqué des choses un peu plus techniques, comme l'utilisation de la pilule et son fonctionnement sur le cycle d'une femme, comment fonctionne le stérilet, les implants et les injectables.

A la fin de notre causerie avec les trois adolescentes, deux autres couples sont arrivés et nous avons donc repris nos explications au début. Pour remercier les trois adolescentes d'être venues, nous leur avons offert des bracelets que nous avons confectionnés. Elles étaient visiblement très contentes et nous aussi.

Cette expérience a été, pour nous, très enrichissante. Elle nous a permis de nous rendre compte que même si les gens disposent de quelques connaissances sur un sujet donné,

tel que la contraception, les connaissances fondamentales – dans ce cas précis le fonctionnement de l'appareil sexuel féminin- ne sont pas maîtrisées et parfois erronées. Il était très intéressant pour nous de commencer chaque nouveau thème avec leur point de vue initial et de voir comment, au fil de la discussion, elles arrivaient à réellement s'impliquer dans le sujet.

Nous n'avons malheureusement pas pu renouveler l'expérience de ces « causeries éducatives », même si nous le souhaitions beaucoup, à cause de quelques soucis avec la direction.



Les trois adolescentes en train de dessiner leur conception du corps féminin



Explication de l'anatomie féminine



Causerie éducative sur le thème du système reproducteur féminin et la contraception

5. Vécu personnel et conclusion :

Nous allons d'abord commencer par expliquer les différentes difficultés rencontrées lors de notre stage.

Un des problèmes majeurs fut notre incompréhension initiale quant à nos objectifs. En effet, quelques mois avant notre départ, nous avons reçu un mail contenant le déroulement de notre stage. On nous informait que nous allions participer à la fin de l'enquête auprès de la population de Messame Ndong et utiliser ensuite les résultats obtenus sur la vaccination et la nutrition des enfants du quartier pour effectuer des séances d'information et de prévention auprès des mères. Nous devions également suivre un médecin généraliste du cabinet médical, quelques après-midi par semaine, afin d'observer et de participer aux consultations. Il était aussi prévu que nous rencontrions un médecin spécialiste en drépanocytose.

Malheureusement, les choses ne se sont pas déroulées exactement comme prévues, à notre plus grand désarroi. En ce qui concerne l'enquête, le cabinet médical ayant ouvert seulement deux semaines avant notre arrivée, au lieu des six mois prévus, nous avons nous-mêmes débuté l'enquête. De ce fait, nous avons dû y consacrer beaucoup plus de temps que ce qui avait été planifié, en effet, cela a été notre occupation prioritaire pendant les trois premières semaines. Malgré une grande implication de notre part, nous n'avons pas pu finir l'ensemble du territoire préalablement délimité. Du fait de ce retard, nous n'avons pas pu voir se concrétiser la phase "post questionnaire" de conseils prodigués aux mères.

Comme mentionné auparavant, le prix des prestations du cabinet médical portait grandement préjudice à sa fréquentation. Il est vrai que nous n'avons vu qu'une poignée de patients durant l'entièreté de notre stage, la majorité étant venue lors des consultations pré et postnatales gratuites données par nos consœurs françaises.

Quant au spécialiste, en raison de son emploi du temps surchargé, nous n'avons pu lui rendre visite à la Fondation Chantal Biya qu'à de très rares occasions. Elle a tout de même pu nous faire visiter son service d'hémo-oncologie pédiatrique et également nous faire découvrir brièvement les autres services, tels que la néonatalogie, la maternité et les urgences pédiatriques.

Une autre difficulté tenait de nos rapports avec le personnel du cabinet médical Béthel. Il est vrai que nous fûmes surprises, au départ, par le manque de sérieux du personnel, tant médical qu'administratif, arrivant en retard chaque matin, portant un faible intérêt aux occupations à but non lucratif de l'association, telles que la salle de prévention mais également par leur attitude vis-à-vis du travail. Nous avons également été interloquées par le déroulement des consultations, particulièrement par la pratique d'une médecine paternaliste et distante, où l'intimité et le secret médical ne sont pas considérés. Par exemple, nous avons assisté à une consultation où la comptable, présente dans la salle, s'est permise de donner son avis par rapport au cas. Un autre point qui nous a perturbé et qui marque clairement les différences avec notre système de santé, est que l'argent reste au centre des préoccupations, aussi bien chez les patients que chez les médecins ou les infirmiers.

Pour finir, nous avons cruellement manqué d'encadrement lors de ce stage, nous laissant dans l'obligation de prendre des initiatives quant à nos activités. Par exemple, l'enquêteur, sensé être présent à nos côtés pendant toute la période du sondage, n'est en réalité venu que la première semaine nous laissant sans directives pour la suite. C'est ainsi que nous avons pris l'initiative de créer une carte du quartier, qui fut d'ailleurs appréciée par la Doctoresse Loumou Loe. Il en a été de même lorsque nous avons décidé de mettre en place la causerie éducative. Nous avons dû nous débrouiller seules tant au niveau de l'organisation que de son contenu, mais heureusement, tout s'est fort bien déroulé, grâce à la précieuse aide de nos consœurs françaises et des conseils reçus lors de notre visite à UNICEF.

Nous avons été frustrées à certains moments de notre stage car nous avons l'impression que plusieurs choses, dont nous avons participé à la mise en marche, comme un contact privilégié avec la population du quartier, la salle de prévention et de jeux et les causeries éducatives, ne se poursuivraient pas après notre départ. Cependant nous nous rendons compte qu'une partie de ces difficultés rencontrées sont dues à des divergences culturelles, par exemple la prise d'initiative, tant valorisée chez nous, reste perçue comme un signe de prétention et d'irrespect envers la hiérarchie au Cameroun.

Afin de conclure sur une note plus positive, ce stage, restera pour nous, une expérience très bénéfique. En effet, en discutant avec les habitants du quartier, venant d'éducation, de niveau social et de cultures différents, nous avons dû solliciter notre capacité d'adaptation et nous espérons l'avoir améliorée. Nous avons pu nouer des liens avec les locaux, nous permettant de visualiser une image plus véridique de leur quotidien que celle que nous aurions pu avoir en lisant un guide ou en tant que simple touriste.

Bien que nous n'ayons pas appris énormément d'un point de vue médical, cette expérience a été, sur le plan humain et au niveau des rencontres, passionnante et enrichissante.

Bibliographie:

Petit futé Cameroun 2011-2012, 5^{ème} édition

Un système de santé en mutation, le cas du Cameroun, Bulletin de l'APAD

Wikipedia: <http://fr.wikipedia.org/wiki/Cameroun>
[http://fr.wikipedia.org/wiki/%C3%89conomie du Cameroun](http://fr.wikipedia.org/wiki/%C3%89conomie_du_Cameroun)

UNICEF: http://www.unicef.org/french/infobycountry/switzerland_statistics.html
http://www.unicef.org/french/infobycountry/cameroon_statistics.html
[http://www.unicef.org/wcaro/WCARO Cameroon Factsheet Fr Maladies Nutrition.pdf](http://www.unicef.org/wcaro/WCARO_Cameroon_Factsheet_Fr_Maladies_Nutrition.pdf)

UNESCO: <http://www.unesco.org/most/dpzognong.htm>
http://stats.uis.unesco.org/unesco/TableViewer/document.aspx?ReportId=121&IF_Language=fra&BR_Country=1200

OMS/WHO: <http://www.who.int/nha/atlas.pdf>
http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/country_profiles/cameroon.pdf
<http://www.who.int/gho/countries/cmr.pdf>
<http://www.who.int/gho/countries/che.pdf>

ONUSIDA: http://www.unaids.org/ctrysa/AFRCMR_en.pdf
<http://www.unaids.org/fr/regionscountries/countries/cameroon/#2>

AUTRES SOURCES:

<http://cpi.transparency.org/cpi2011/results/>
http://www.countdown2015mnch.org/documents/2012Report/2012/2012_Cameroon.pdf
<http://www.journalducameroun.com/article.php?aid=279>

DEUXIEME PARTIE: SITUATION VACCINALE POST-NATALE

<p>8. Où sont nés vos enfants?</p>	<p>Lieu</p> <p>Hôpital</p> <p>Maison</p>	<p>Nombre</p> <p>.....</p>	<p><input type="checkbox"/> BCG</p> <p><input type="checkbox"/> Ne sais pas</p>
<p>Pourquoi est-il né à la maison?</p>	<p><input type="checkbox"/> La tradition</p> <p><input type="checkbox"/> La distance de l'Hôpital</p> <p><input type="checkbox"/> Les contractions subtiles</p> <p><input type="checkbox"/> Absence d'Hôpital dans notre communauté</p>	<p>13. Vos enfants dorment-ils dans les moustiquaires imprégnées?</p> <p>1. Oui 2. Non</p>	
<p>9. Vos enfants ont-ils des carnets de vaccination ?</p> <p>1. Oui 2. Non</p>	<p>TROISIEME PARTIE: NUTRITION ET DONNEES ANTHROPO-METRIQUES</p>		
<p>10. Ont-ils déjà été vaccinés ?</p> <p>1. Oui 2. Non</p>	<p>Nutrition</p>		
<p>11. Où avez-vous fait les vaccins de vos enfants ? (NB : Question concernant exclusivement ceux qui ont déjà soumis leurs enfants à un vaccin)</p>	<p>Refus du médecin</p> <p>La tradition</p> <p>La distance</p> <p>L'absence de structure médicale dans notre communauté</p> <p>Défaut d'argent</p>	<p>0-1 an</p> <p>1-2 ans</p> <p>2-3 ans</p> <p>3-4 ans</p> <p>4-5 ans</p>	<p>14. Combien de fois par semaine vos enfants consomment-ils les aliments suivants ?</p> <p>1. Une fois 2. Deux fois 3. Trois fois 4. Quatre fois 5. Cinq fois 6. Six fois 7. Tous les jours</p>
<p>12. Quels sont les types de vaccins que vous connaissez?</p>	<p>Lors des campagnes</p> <p>Dans un centre de santé</p> <p>CM Odza</p>	<p>Rougeole-oreillon-rubéole (ROR)</p> <p>Pneumo23</p> <p>Rappel DTCocq polio Act Hpb</p> <p>Typim Vi</p> <p>Meningo A, C, W 135</p>	<p>Lait en laitage</p> <p>Poisson</p> <p>Viande</p> <p>Œufs</p> <p>Légumes verts</p> <p>Autres légumes</p>
<p>13. Où avez-vous fait les vaccins de vos enfants ? (NB : Question concernant exclusivement ceux qui ont déjà soumis leurs enfants à un vaccin)</p>	<p>Refus du médecin</p> <p>La tradition</p> <p>La distance</p> <p>L'absence de structure médicale dans notre communauté</p> <p>Défaut d'argent</p>	<p>0-1 an</p> <p>1-2 ans</p> <p>2-3 ans</p> <p>3-4 ans</p> <p>4-5 ans</p>	<p>Champs familial</p> <p>Marché des vivres</p> <p>Super Marché</p> <p>Boutique</p>
<p>14. Combien de fois par semaine vos enfants consomment-ils les aliments suivants ?</p> <p>1. Une fois 2. Deux fois 3. Trois fois 4. Quatre fois 5. Cinq fois 6. Six fois 7. Tous les jours</p>	<p>Refus du médecin</p> <p>La tradition</p> <p>La distance</p> <p>L'absence de structure médicale dans notre communauté</p> <p>Défaut d'argent</p>	<p>0-1 an</p> <p>1-2 ans</p> <p>2-3 ans</p> <p>3-4 ans</p> <p>4-5 ans</p>	<p>Puits</p> <p>Rivière</p> <p>Forage</p> <p>Robinet</p> <p>Autre (préciser)</p>
<p>15. D'où proviennent ces aliments ?</p>	<p>Refus du médecin</p> <p>La tradition</p> <p>La distance</p> <p>L'absence de structure médicale dans notre communauté</p> <p>Défaut d'argent</p>	<p>0-1 an</p> <p>1-2 ans</p> <p>2-3 ans</p> <p>3-4 ans</p> <p>4-5 ans</p>	<p>Une fois par jour</p> <p>Deux fois par jour</p> <p>Trois fois par jour</p> <p>Une fois par semaine</p> <p>Deux fois par semaine</p> <p>Autre (préciser)</p>
<p>16. Où vous approvisionnez-vous en eau ?</p>	<p>Refus du médecin</p> <p>La tradition</p> <p>La distance</p> <p>L'absence de structure médicale dans notre communauté</p> <p>Défaut d'argent</p>	<p>0-1 an</p> <p>1-2 ans</p> <p>2-3 ans</p> <p>3-4 ans</p> <p>4-5 ans</p>	<p>Une journée</p> <p>Deux jours</p> <p>Trois jours</p> <p>Une semaine</p> <p>Un mois</p> <p>Autre (préciser)</p>
<p>17. Combien de fois puisiez-vous de l'eau ?</p>	<p>Refus du médecin</p> <p>La tradition</p> <p>La distance</p> <p>L'absence de structure médicale dans notre communauté</p> <p>Défaut d'argent</p>	<p>0-1 an</p> <p>1-2 ans</p> <p>2-3 ans</p> <p>3-4 ans</p> <p>4-5 ans</p>	<p>.....</p>
<p>18. Visez-vous des manques d'eau ici?</p> <p>1. Oui 2. Non</p>	<p>Refus du médecin</p> <p>La tradition</p> <p>La distance</p> <p>L'absence de structure médicale dans notre communauté</p> <p>Défaut d'argent</p>	<p>0-1 an</p> <p>1-2 ans</p> <p>2-3 ans</p> <p>3-4 ans</p> <p>4-5 ans</p>	<p>.....</p>
<p>19. Purifiez-vous l'eau que vous utilisez?</p> <p>1. Oui 2. Non</p>	<p>Refus du médecin</p> <p>La tradition</p> <p>La distance</p> <p>L'absence de structure médicale dans notre communauté</p> <p>Défaut d'argent</p>	<p>0-1 an</p> <p>1-2 ans</p> <p>2-3 ans</p> <p>3-4 ans</p> <p>4-5 ans</p>	<p>.....</p>

Si oui, comment ?	<input type="checkbox"/>	Bouillir	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Javelliser	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Filter	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Autre (préciser)	<input type="checkbox"/>
20. Comment sont vos toilettes?	<input type="checkbox"/>	Modernes	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Rudimentaires (trou + couvercle)	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Autre (préciser)	<input type="checkbox"/>
21. Où se trouvent-elles?	<input type="checkbox"/>	Internes	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Externes	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Autre (préciser)	<input type="checkbox"/>
Comment entretenez-vous vos toilettes?	<input type="checkbox"/>	Laver tous les jours	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Laver une fois par semaine	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Autre (préciser)	<input type="checkbox"/>

Données anthropométriques (réservé à l'analyse)

22. Taille (en cm)	<input type="checkbox"/>	0-1 an	E1.....E2.....E3.....
	<input type="checkbox"/>	1-2 ans	E1.....E2.....E3.....
Masculin	<input type="checkbox"/>	2-3 ans	E1.....E2.....E3.....
	<input type="checkbox"/>	3-4 ans	E1.....E2.....E3.....
	<input type="checkbox"/>	4-5 ans	E1.....E2.....E3.....
Féminin	<input type="checkbox"/>	0-1 an	E1.....E2.....E3.....
	<input type="checkbox"/>	1-2 ans	E1.....E2.....E3.....
	<input type="checkbox"/>	2-3 ans	E1.....E2.....E3.....
	<input type="checkbox"/>	3-4 ans	E1.....E2.....E3.....
	<input type="checkbox"/>	4-5 ans	E1.....E2.....E3.....

Poids (en Kg)	<input type="checkbox"/>	0-1 an	E1.....E2.....E3.....
	<input type="checkbox"/>	1-2 ans	E1.....E2.....E3.....
Masculin	<input type="checkbox"/>	2-3 ans	E1.....E2.....E3.....
	<input type="checkbox"/>	3-4 ans	E1.....E2.....E3.....
	<input type="checkbox"/>	4-5 ans	E1.....E2.....E3.....
Féminin	<input type="checkbox"/>	0-1 an	E1.....E2.....E3.....
	<input type="checkbox"/>	1-2 ans	E1.....E2.....E3.....
	<input type="checkbox"/>	2-3 ans	E1.....E2.....E3.....

Poids	<input type="checkbox"/>	3-4 ans	E1.....E2.....E3.....
Féminin (suite)	<input type="checkbox"/>	4-5 ans	E1.....E2.....E3.....

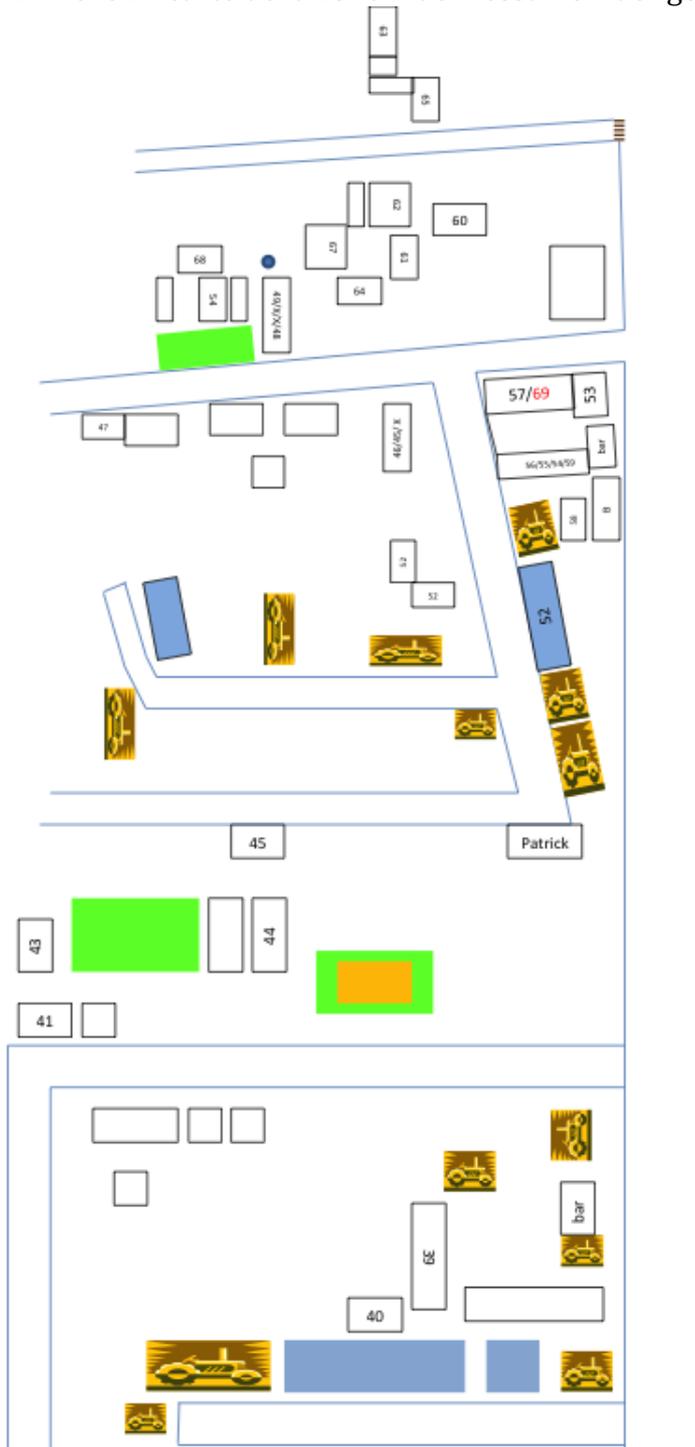
22. Périmètre brachial	<input type="checkbox"/>	0-1 an	E1.....E2.....E3.....
	<input type="checkbox"/>	1-2 ans	E1.....E2.....E3.....
Masculin	<input type="checkbox"/>	2-3 ans	E1.....E2.....E3.....
	<input type="checkbox"/>	3-4 ans	E1.....E2.....E3.....
	<input type="checkbox"/>	4-5 ans	E1.....E2.....E3.....
Féminin	<input type="checkbox"/>	0-1 an	E1.....E2.....E3.....
	<input type="checkbox"/>	1-2 ans	E1.....E2.....E3.....
	<input type="checkbox"/>	2-3 ans	E1.....E2.....E3.....
	<input type="checkbox"/>	3-4 ans	E1.....E2.....E3.....
	<input type="checkbox"/>	4-5 ans	E1.....E2.....E3.....

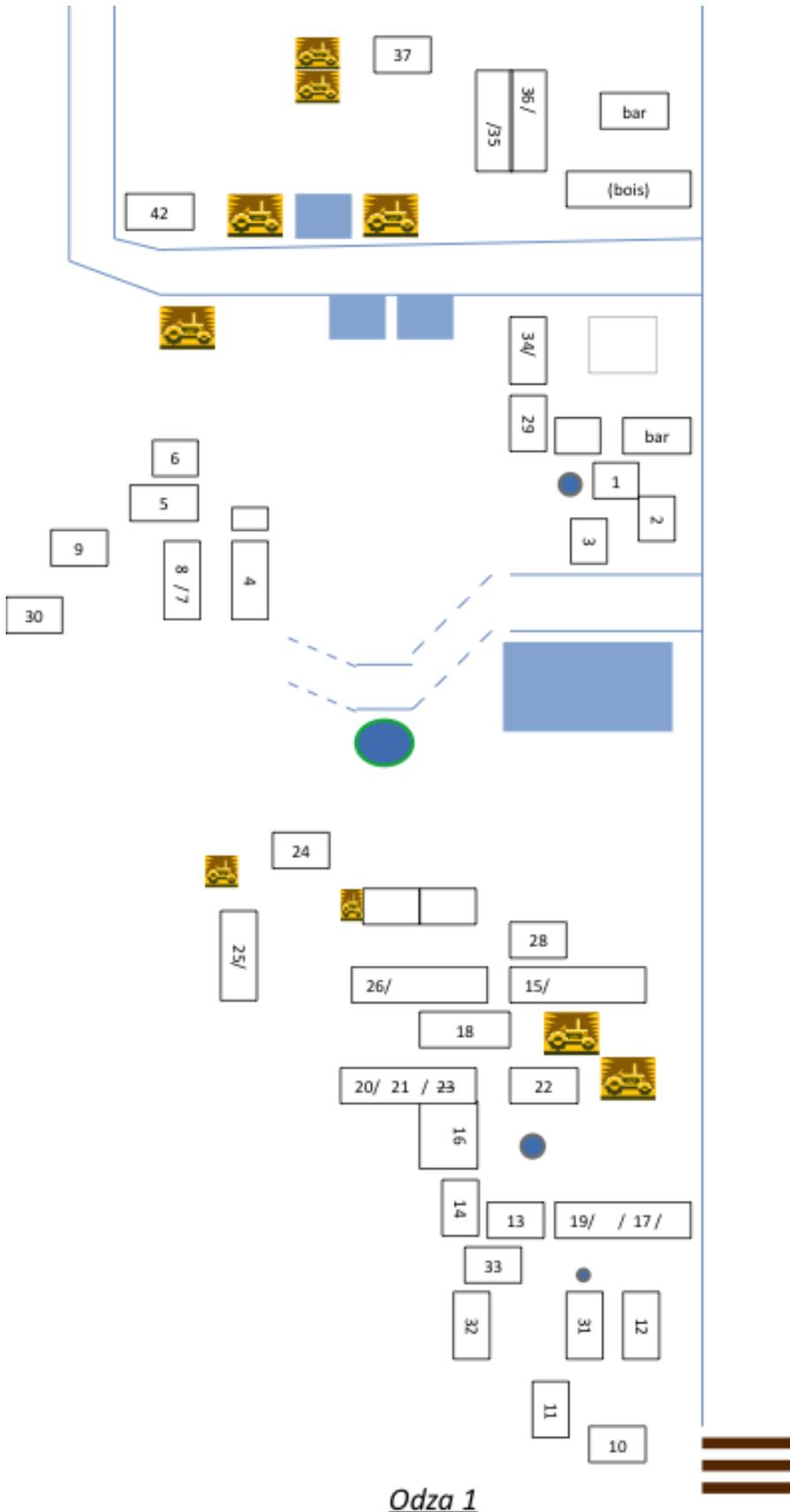
QUATRIEME PARTIE: SUGGESTIONS

23. Un Cabinet Médical et un centre d'information ouvre dans votre communauté. En êtes-vous au courant? 1. Oui 2. Non	<input type="checkbox"/>
Si oui, comment l'avez-vous appris?	<input type="checkbox"/>	À la Chefferie
	<input type="checkbox"/>	Au Marché
	<input type="checkbox"/>	Par une connaissance
	<input type="checkbox"/>	Autre (préciser)
24. Pensez-vous que cette structure ait une raison d'être dans votre communauté? 1. Oui 2. Non	<input type="checkbox"/>
25. Qu'attendez-vous d'elle ?	<input type="checkbox"/>	Suivis médicaux urgents
	<input type="checkbox"/>	Suivis de routine
	<input type="checkbox"/>	Conseils nutritionnels et autres pour la santé
	<input type="checkbox"/>	Autre (préciser)
26. Quels sont les sujets sur lesquels vous aimeriez qu'on vous entretienne?	<input type="checkbox"/>	La vaccination
	<input type="checkbox"/>	Les maladie de l'eau
	<input type="checkbox"/>	Autres (préciser)

Je vous remercie

❖ Annexe 2 : carte de la zone A de Messame Ndongo





Odza 1

❖ Annexe 3 : carnet de santé pour enfant

CALENDRIER DE VACCINATION INFANTILE CHILD VACCINATION SCHEDULE

(N.B. Population cible 0-11 mois)
(N.B. Target population 0-11 months)

AGE	VACCINS / VACCINES	MALADIES / DISEASES	FAIT LE / DONE ON	RENDEZ-VOUS	SIGNATURE
À la naissance At birth	B.C.G	Tuberculose / Tuberculosis			
À 1 mois 1/2 At 1 1/2 months	DTC-HEP B1 + Hib1	Diphtérie / Tétanos / Coqueluche / Hépatite des infections à Hib*			
À 2 mois 1/2 At 2 1/2 months	DTC-HEP B2 + Hib2	Diphtérie / Tétanos / Coqueluche / Hépatite des infections à Hib*			
À 3 mois 1/2 At 3 1/2 months	DTC-HEP B3 + Hib3	Diphtérie / Tétanos / Coqueluche / Hépatite des infections à Hib*			
À 1 mois 1/2 At 1 1/2 months	Pneumo 1	Infection à pneumocoque / Infection due to pneumococcus			
À 2 mois 1/2 At 2 1/2 months	Pneumo 2	Infection à pneumocoque / Infection due to pneumococcus			
À 3 mois 1/2 At 3 1/2 months	Pneumo 3	Infection à pneumocoque / Infection due to pneumococcus			
À la naissance At birth	VPO - 0	Poliomyélite / Poliomyelitis			
À 1 mois 1/2 At 1 1/2 months	VPO - 1	Poliomyélite / Poliomyelitis			
À 2 mois 1/2 At 2 1/2 months	VPO - 2	Poliomyélite / Poliomyelitis			
À 3 mois 1/2 At 3 1/2 months	VPO - 3	Poliomyélite / Poliomyelitis			
À 6 mois At 6 months	VIT. A	Avitaminose / Avitaminosis			
À 9 mois At 9 months	VAR	Rougeole / Measles			
	VAA	Fièvre jaune / Yellow fever			

* Diphtérie / Tetanus / Whooping Cough / Hepatitis B

AUTRES VACCINATIONS ET VIT. A - RAPPELS / OTHERS VACCINATIONS BOOSTER

VITAMINE A

FEMMES AU POST PARTUM	1 ^{ère} dose 1 st <input type="checkbox"/>	2 ^{ème} dose 2 nd <input type="checkbox"/>
-----------------------	---	---

ENFANTS DE 12 MOIS A 59 MOIS / CHILDREN AGED 12 TO 59 MONTHS

2 ^{ème} / 2 nd Dose	4 ^{ème} / 4 th Dose	6 ^{ème} / 6 th Dose	8 ^{ème} / 8 th Dose
Prévue le *			
Reçue le *			
3 ^{ème} / 3 rd Dose	5 ^{ème} / 5 th Dose	7 ^{ème} / 7 th Dose	9 ^{ème} / 9 th Dose
Prévue le			
Reçue le			

* Prévue = Planned ; reçue = received ; mois = months

Promouvoir la bonne croissance de l'enfant - éduquer les mères sur les thèmes suivants :
Promote the growth of the children and educate the mothers on the following themes:

 Allaitement maternel / Breast feeding	 Surveillance de croissance / Growth monitoring	 Vaccination
 Bonne alimentation / Proper nutrition	 En cas de diarrhée, TRO / In case of diarrhoea, ORT	 Espacement de naissance / Birth spacing

L'aire Health
 Form Health
 Distri Health
 Régio
 Nom Name
 Nom Name
 Nom Name
 Régio Exact
 Distri Health
 Régio Region

Nom Number
 Ann

❖ Annexe 4 : dessins des enfants





Séréna, 3 ans





Journée de l'Enfant Africain

donnons la parole aux enfants



Le droit à la Participation

Que les enfants soient vus et entendus

Cameroun  Ministère de l'Éducation, de la Formation Professionnelle et de l'Enseignement Supérieur

unicef 

L'Allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois



Pour un bon départ dans la vie



Cameroun



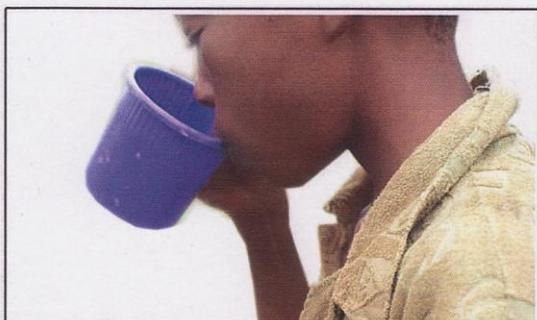
CAMPAIGNE NATIONALE DE PREVENIION ET DE LUTTE CONTRE LE CHOLERA
"MON ECOLE SANS CHOLERA"



unicef

CAMPAGNE NATIONALE DE PRÉVENTION ET DE LUTTE CONTRE LE CHOLÉRA

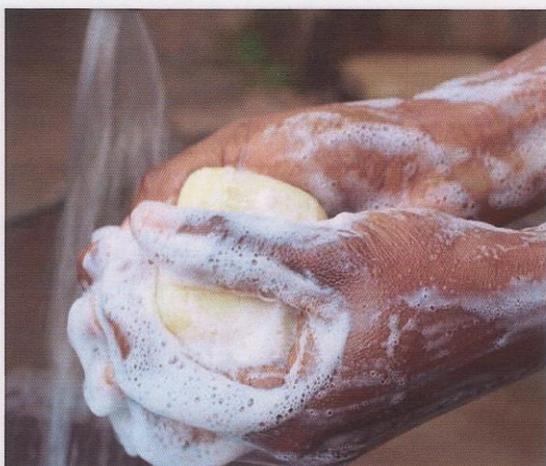
MON ECOLE SANS CHOLERA



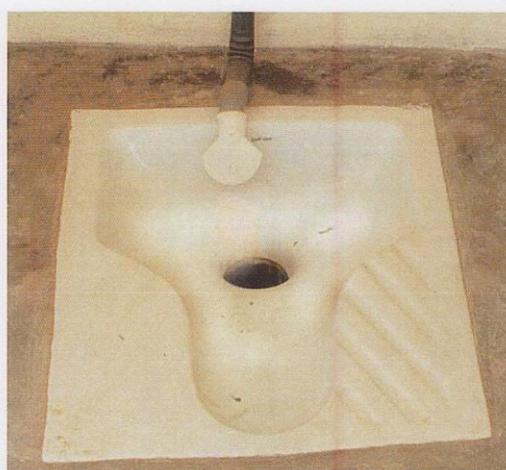
**BUVONS TOUJOURS
DE L'EAU POTABLE**



**CONSOMMONS
DES ALIMENTS BIEN
PROTEGES**



**LAVONS - NOUS
TOUJOURS LES MAINS
AVEC DE L'EAU ET
DU SAVON**



**UTILISONS TOUJOURS
DES LATRINES
PROPRES**





CAMPAGNE NATIONALE DE PRÉVENTION ET DE LUTTE CONTRE LE CHOLÉRA

TRAITEMENT DE L'EAU

Qu'est ce que l'eau potable ? Une eau potable c'est une eau qu'on peut consommer sans danger pour la santé.

Comment potabiliser l'eau de qualité douteuse ?



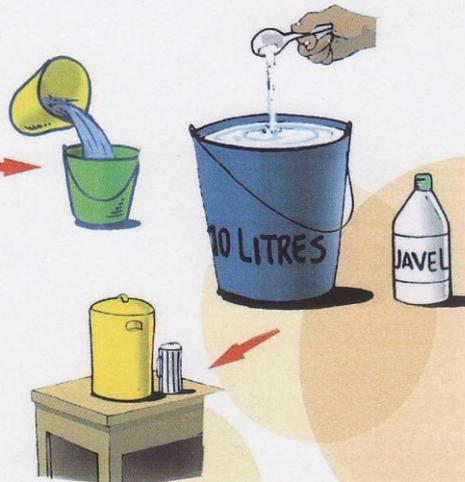
Potabilisation par ébullition

- recueillir l'eau limpide
- décarter l'eau (laisser au repos)
- bien bouillir et laisser refroidir
- ré oxygéner (secouer) durant 2 minutes au moins
- mettre dans un récipient propre couvert de préférence à col étroit



Potabilisation par javellisation

- décarter l'eau (laisser au repos)
- recueillir l'eau limpide et ajouter 1 cuillère à café d'eau de javel pour 10 litres à traiter
- conserver dans un récipient propre et couvert de préférence à col étroit
- attendre 30 minutes avant de consommer



Potabilisation par utilisation des produits (Sûr'Eau, Aquatabs...)

Cette eau est prête pour la consommation



CAMPAGNE NATIONALE DE PRÉVENTION ET DE LUTTE CONTRE LE CHOLÉRA

QUE FAIRE EN CAS DE CHOLÉRA ?

Il faut boire une solution de réhydratation orale composée à partir de :



- 1 litre d'eau potable
- 1 grande pincée de sel (prise à 3 doigts entre pouce index et majeur)
- 5 morceaux de sucre
- le jus d'un demi citron

Dessins et illustrations : Penelope over Communication - 027 75 02 88 80/84 - 44 88 43



Il faut se soigner en buvant de l'eau potable contenant des sels de réhydratation (Sachet vendu en pharmacie)



Se rendre dans la formation sanitaire la plus proche tout en continuant de boire sa solution d'eau potable contenant des sels de réhydratation (SRO)

La solution préparée doit être utilisée dans les 24h. Au-delà, ne plus la boire et préparer une autre.

