

L'évolution des politiques publiques en matière de santé au Cameroun, 1960-2000: essai d'analyse historique

Par Luc FONGANG KONTCHEU
Université de Yaoundé I

Résumé

Dans une perspective d'analyse, ce travail de recherche retrace l'évolution des politiques sanitaires au Cameroun, à partir des années d'indépendance, notamment en 1960, où la politique sanitaire française était encore en vigueur au Cameroun. Du point de vue méthodologique, les sources usuelles en Histoire ont été exploitées; notamment les sources orales provenant des informateurs des institutions publiques, autorités sanitaires et ONGs, et les sources écrites tirées des ouvrages généraux et spécialisées, les rapports des organismes internationaux et ONGs œuvrant dans le domaine de la santé, les revues électroniques, etc. Du point de vue du travail proprement dit, nous pouvons établir que hormis l'organisation structurelle des services de santé, le développement des infrastructures sanitaires au Cameroun après les indépendances a connu une dynamique certaine. Toutefois, sans que cela ne s'apparente à un anachronisme, il importe de jeter un regard rétrospectif dans la période avant les indépendances, marquée par les actions successives des allemands et ensuite, celle de l'alliance franco-britannique, afin de cerner la genèse des politiques sanitaires. En effet, après le départ des allemands suite à la deuxième guerre mondiale après 1914, il y avait une certaine organisation sanitaire pour répondre aux endémies qui minaient les populations indigènes. Par la suite, la France s'est attelée, en tant que puissance tutélaire agissant au nom de l'ONU, et ce jusqu'à la mise en œuvre du 1^{er} gouvernement autonome, à développer des infrastructures sanitaires, qui nécessita l'organisation du territoire du Cameroun occidental du point de vue sanitaire, la restructuration des équipements existants. Au Cameroun oriental ou britannique, il revenait aux anglais d'assurer aux populations un certain niveau de santé diverses actions. De manière générale, les politiques sanitaires au Cameroun ont connu quatre grandes séquences dans leur progression, à savoir: la période dite de Docteur Jamot qui caractérise toute la période française marquée par la lutte contre la maladie du sommeil ; ensuite, la période post indépendance partant de 1960 jusqu'à la période marquant la conférence d'Alma Ata, la période suivant la conférence d'Alma Ata de 1978 caractérisée par l'instauration du Concept des Soins de santé primaire qui a bouleversé le paysage médical en Afrique en général. Désormais, toutes les politiques sanitaires dans les pays devaient s'arrimer aux recommandations prises à Alma Ata. Ce concept a inauguré l'ère de la globalisation de la santé. Enfin, la réorientation des soins de santé primaire à partir de 1985, suite aux échecs des principes qu'avait recommandé la Conférence d'Alma Ata pour améliorer la santé des populations.

Jusqu'aux années 1970, la santé était coordonnée de manière cohérente avec la mise en place des grandes actions de santé, adossées à une politique de gratuité des soins. Toutefois, l'avènement de la crise économique vers la moitié des années 70, l'adoption du Plan d'Ajustement Structurel au début des années 80, et d'autres contraintes ont dépourvu l'Etat de son autonomie dans la gestion de sa politique sanitaire. Il faut dorénavant prendre en compte dans la planification sanitaire et le financement de la santé, les orientations des partenaires internationaux dont l'OMS figurait en bonne place. Qu'il s'agisse de la coopération bilatérale avec la France, les Etats Unis, ou multilatérale comprenant l'action des organisations internationales non gouvernementales comme Save the Children, USAIDS, etc., le rôle des acteurs internationaux est devenu prépondérant dans la conception et la mise en œuvre des actions de santé.

A la question de savoir si l'évolution des politiques sanitaires du Cameroun a été cohérente ou dissonante, il convient de relever que si les premiers acteurs de la politique sanitaire du Cameroun furent les missionnaires et le pouvoir colonial, les politiques sanitaires au Cameroun sont restées tributaires de l'influence de l'apport extérieur (des bailleurs de fonds) ; tant il est vrai que l'implantation de l'OMS en 1963 avait joué un rôle central dans le

renforcement de la verticalité dans la santé. De nos jours, plus d'une dizaine de programmes appuyés par les bailleurs de fonds, mais qui sont pourtant mis en œuvre par une même administration pose un problème de coordination.

Dans la pratique, les programmes de santé sont conçus pour la plupart des temps sous l'influence des bailleurs de fonds qui apportent un financement substantiel. Cette diversité de partenaires, couplé à une faible coordination dans le champ de la santé se pose comme une faiblesse notable. A la faiblesse institutionnelle vient s'ajouter les problèmes liés à la gouvernance de la santé. Sur le terrain, on observe comme une balkanisation des interventions, où chaque partenaire s'occupe de ses programmes ; ce qui aboutit souvent à une sorte de duplications d'activités dans une même aire d'action. Cependant, l'effort entrepris par le gouvernement pour pallier à ces insuffisances, a conduit à l'élaboration d'une série de programmes, plans et stratégies dont la mise en œuvre manque d'efficacité sur le terrain. C'est le cas de la stratégie sectorielle de la santé et des programmes de lutte contre certaines pandémies comme le paludisme, le VIH et la tuberculose, etc. Par contre, les résultats sont peu visibles, parce que encore peu maîtrisée, mal adaptée au contexte socioculturel et économique des populations.

Ainsi, si de 1956 à 1978, la santé a été prospère, le début des années 1980 augure une nouvelle ère avec le nouveau contexte économique dominé par des politiques néolibérales. Pendant que l'OMS recommande un médecin pour 1000 habitants, en 1998, le ratio est passé à un médecin pour 9164 habitants. En 2000, il a régressé à un médecin pour 10 083. Ce chiffre est resté stable. Par conséquent, les experts et les acteurs tant publics que privés de la santé s'accordent sur le fait qu'il existe des goulots d'étranglement qui altèrent le système de santé. On observe ainsi un écart entre les actions sanitaires planifiées et celles effectivement mises en œuvre.

Dans un environnement où l'intervention de l'Etat semble céder le pas aux politiques néolibérales, assurer les soins de santé telle que prônée depuis Alma Ata demeure un challenge permanent auquel il faut ajouter des obstacles d'ordres administratifs, politiques ou économiques. La crise économique a conduit à une paupérisation croissante des populations, les rendant moins à même de supporter les coûts de soins. En même temps, l'Etat n'ayant pas pu mettre sur pied un système de couverture sanitaire fonctionnel. Les quelques projets de mutualisation de risques santé ont été la plupart du temps initiés par des partenaires bilatéraux, multilatéraux et des organisations non gouvernementales (ONGs).

La mal gouvernance sanitaire reste un problème actuel, ne dépit des efforts de modernisation des infrastructures sanitaires et du plateau technique. Malgré les avancées quantitatives accomplis dans la formation du personnel médical, le développement des infrastructures sanitaires avec des hôpitaux de référence, la qualité des soins reste une problématique prégnante. De fait, les populations continuent à éprouver des difficultés réelles pour accéder soins de santé de qualité et à temps. Une grosse équation reste l'arrimage des programmes de santé aux programmes économiques qui permettraient un meilleur traitement du personnel sanitaire, le maintien du plateau technique à un niveau optimal afin d'assurer la continuité des soins aux populations.

Ainsi, cette étude ambitionne d'être un plaidoyer en faveur d'une meilleure intégration des acquis et expériences du passé ainsi qu'un appel à la contextualisation des schèmes, des modèles extérieurs, et la prise en compte des réalités socio-anthropologiques des populations dans les pratiques de santé au Cameroun, dans un contexte d'émergence à l'horizon 2035.

Toutefois, la réalisation de ce travail a été rendu possible grâce à l'appui financier du Centre for History and Economics de l'Université d'Harvard aux Etats unis, à travers History Project et l'Institut for New Economic Thinking (INET). Le Centre for History and Economics de Cambridge a suivi de près l'évolution de ces travaux de bout en bout. Tous nos remerciements vont à l'endroit des responsables de ces institutions, et de notre superviseur qui n'a ménagé aucun effort pour que ce travail fasse œuvre utile pour l'amélioration des

actions de santé au Cameroun, en corrélation avec les enjeux économiques que présente la santé.

Nous sommes disposés à collaborer avec le Centre for History and Economics de l'Université d'Harvard pour d'autres initiatives, afin de mettre notre savoir-faire au service de son rayonnement.