

Au cœur du système de santé Camerounais :

Visite au sein des Fondations Ad Lucem
et Promhandicam

Avant propos :	2
• Quelques chiffres sur le fonctionnement du système de santé Camerounais :	2
Description du pays et du système de santé:	2
• Quelques chiffres concernant le Cameroun, dans la perspective d'un stage d'observation de la communauté et du fonctionnement de son système de santé (données de l'OMS)	2
• Le système de santé camerounais s'articule autour de trois sous-secteurs:	2
Activités et présentation de la Fondation Ad Lucem	
Cameroun (FALC):	2
• Les structures d'accueil:	2
• L'Hôpital Ad Lucem de Mbouda:	2
• Les services fournis sont:	2
• Hôpital Ad Lucem de Nden:	2
L'association Promhandicam de Mimboman, Yaoundé, Cameroun	2
Hôpital de Mbouda	2
• La maternité	2
• Département de chirurgie Mbouda	2
• Département ORL de Mbouda	2
Stage en brousse au dispensaire de Nden	2
• Prise en charge d'une patiente atteinte du SIDA	2
• La pauvreté à Nden	2
Conclusion	2
Références	2

Avant propos :

En rentrant du Cameroun après notre mois de stage, les questions fusent dans nos esprits. Nous sommes emplis de sensations, de souvenirs et nous interrogeons sur le monde qui nous entoure. Ces deux univers humainement si proches et accessibles et dans le même temps deux réalités si éloignées.

Comment faire le tri ? Comment analyser cette réalité si différente de la nôtre de manière fidèle ? Car nous voilà rentrés, et de ce côté de la planète la vision des enjeux change. Nous sommes parti observer un système de santé différent du nôtre, auquel la population a un accès très limité. Et face à la nécessité et aux souffrances dont nous avons été témoins, des questions fondamentales se présentent à nous.

Des questions sur la place de l'individu dans la société, sur les différences entre ici et là-bas, les droits des citoyens. Ce que l'état devrait offrir pour permettre à ses citoyens de s'épanouir, qu'ils soient Suisses, Camerounais ou d'ailleurs.

Prenant appui sur un article intitulé « *La santé est-elle un droit ?* » et qui correspond bien à l'idée d'une réflexion d'ordre global sur la santé, les droits de l'homme et la société, nous essayons de mieux comprendre notre société et pourquoi des notions telles que le faible coût, la performance, l'efficacité, la solidarité, l'équité ou encore la coordination s'intègrent aussi bien au niveau politique que dans le domaine de la santé. Nous pourrions dire schématiquement que notre société se définit dans un élan altruiste, que son objectif principal suit la logique de la défense des droits de l'homme car la santé est un vecteur fondamental de l'émancipation des individus. Elle est souvent au centre de l'attention, en tant que point de convergence de ce qui est entrepris pour veiller au bien être des citoyens. Nous en arrivons à penser que c'est une direction intuitive que prennent les sociétés qui fondamentalement veulent le bien-être et le bonheur de tous. Vient ensuite la question des moyens à disposition et de leur distribution. A partir de là notre jolie réflexion s'effondre du haut de sa naïve simplicité. Dans l'idéal, ce que fournit l'état, l'infrastructure par laquelle il se déploie devrait être une conséquence des objectifs de bien-être et devrait faire que la société soit basée sur un respect des droits de l'homme. Les valeurs fondatrices de protection des citoyens correspondraient à « (...) celle d'une humanité ayant décidé de se définir par les droits des plus vulnérables de ses membres... »¹

*« Les droits de l'homme (...) ne sont pas d'abord "au service du bonheur". Leur but est de soutenir la vie et la liberté de sujets responsables. La liberté exige certaines conditions "de non-contrainte, de non-crainte, de non-besoin immédiat. Mais cela n'équivaut nullement à un droit au bonheur " ».*²

La déclaration des droits de l'homme, comme nous l'apprend Bertrand Kiefer, est un des piliers de nos sociétés modernes. Déclaration qui « (...) a coïncidé avec la création de l'OMS. A peu près au même moment, elle a poussé à la création des systèmes de santé et des assurances sociales de nombreux pays et en a inspiré le contenu. »¹ De ceci résulte

¹ Exemple repris de : Rev Med Suisse 2008 ; 4:2768 voir réf.

² Citation de Jeanne Hersch repris dans : Rev. médicale Suisse 4 :2768 (voir réf)

l'évidence qu'une société garantissant un accès équitable aux soins est de fait fondée sur «*une forme de respect des droits de l'homme*» ou du moins dans une perspective similaire.

L'état doit donc offrir aux plus démunis, des conditions qui leur permette de sortir de l'insécurité permanente dans laquelle ils vivent.

Et alors que le concept de droit de l'homme est érigé en argument, justifiant parfois une certaine ingérence, au Cameroun, ce sont les problèmes économiques qui mènent le bal. Le manque de moyens conditionnent donc une réalité Camerounaise qui ne peut pas garantir cet espace de «*non-besoin immédiat*» à ses citoyens.

La société et l'état ne peuvent simplement pas appliquer la théorie, en se basant sur la protection des plus vulnérables car les moyens financiers et les infrastructures sont insuffisants. Remarquons au passage que des pays riches tel que les Etats Unis étaient jusqu'il y a peu dans un paradoxe tout à fait similaire. Cependant aux USA l'argent fait moins défaut et la sévérité des problèmes est moindre compte tenu du reste des infrastructures et de leur qualité. Pour autant nous ne pensons pas que ce soit par volonté que le Cameroun soit si fortement stratifié. Il s'agit plutôt du résultat d'un manque d'assistance de l'état. Ce dernier a dû choisir par nécessité parmi les priorités et répartir les ressources à disposition. La vision utopique de l'action politique se heurte au principe de réalité. D'ailleurs ce décalage se retrouve dans tout les pays du monde mais dans le cas qui nous intéresse, l'écart grandissant entre les actions politiques et la réalité socio-économique surprend. Et le choc est d'autant plus marquant que le pays vit dans une fausse démocratie dont les décisions échappent au citoyen lambda.

Pourtant les hôpitaux publics fournissent des soins de qualité mais ces prestations, comme nous le verrons plus loin, ne sont à la portée que d'une frange limitée de la population.

Il faut quand même voir l'effort constant des Camerounais qui luttent contre un système corrompu. Parfois ils sont appuyés par la coopération internationale qui joue également un rôle là-dedans. Pourraient-ils faire autrement avec la conjoncture économique actuelle du pays ? Nous pensons que oui, en partie du moins, car trop de choses nous ont choqué ayant attiré à l'allocation des ressources. Que ce soit à la santé ou à l'éducation, nous ne comprenons pas comment sont décidées les priorités.

Quelques chiffres sur le fonctionnement du système de santé Camerounais :

Un exemple frappant, exposant la réalité du pays dans son iniquité sociale, est celui du financement étatique du réseau de soins.

Contrairement aux Suisses, les Camerounais n'ont aucune obligation de contracter une assurance maladie. En fait la société Camerounaise ne prévoit aucune forme de cotisation commune qui garantisse des soins aux plus démunis, du moins pas sous la forme directe d'une assurance maladie.

Pourtant il s'agit d'un idéal auquel beaucoup de Camerounais aspirent. Non pas que l'état ne joue aucun rôle mais celui-ci s'articule plus par l'intermédiaire d'institutions et d'actions ciblées. La disparité majeure que nous remarquons se trouve dans le financement du secteur de la santé. Celui-ci est assuré principalement par des institutions privées. Il représentait 70,4% des dépenses totales en santé (DTS) en 2010. Il ne s'agit pourtant pas d'institutions externes au pays puisque le financement externe des DTS était de 13.2% en 2010 (ce chiffre a constamment augmenté depuis 1996). En comparaison dans un système d'assurance tel que le système Suisse, la contribution du secteur privé aux DTS est de 40.1%. Même si ces comparaisons sont un peu extrêmes, notons que le budgets des administrations publiques consacré à la sécurité sociale s'élève en moyenne à 70% en Suisse alors qu'au Cameroun il est de 2.6% (4.8% en 1998 !).

En 2010 les DTS du Cameroun représentaient 5.1% du PIB (30% du budget des administrations ; 59% en Suisse). En 2009 elles s'élevaient à 11.3% du PIB suisse. Par personne cela représente 5072\$³ pour la Suisse et 104\$ pour le Cameroun.

Ces chiffres nous ramènent rapidement à la réalité économique. Même si l'effort est présent, les chiffres montrent que face à l'ampleur de la tâche, le développement économique du pays fait lourdement défaut.

Il faut mentionner que d'importants investissements ont été fait par le biais de grandes campagnes de santé publique. Ces dernières ont été mises en place depuis les années 90'. Elles ont marqué un changement qui a permis de fournir un service à la grande majorité des personnes. Ces campagnes, de prévention ou de vaccination par exemple, se sont attaquées à des problèmes tels que le paludisme, le VIH, la tuberculose et autres maladies.

Autre exemple d'investissement effectué par la société camerounaise se voit dans la formation des soignants qui a un coût considérable. Malgré tout, le budget de l'éducation est très critiqué et ne semble pas être une priorité à la vue des chiffres (les chiffres stagnent depuis 2001-2002)⁴. Le budget était de 16.58% et il est passé à 14.06% en 2011⁵.

Les Camerounais ont donc de grands défis devant eux. Bien sûr la corruption n'est pas la cause de tous les problèmes mais elle sévit depuis tant d'années que les

³ \$US (Etats-Unis)

⁴ Le financement de l'éducation au Cameroun, Claude Abé, Juin 2007

⁵ **Financement de l'Education au Cameroun : un budget à controverse**, Towa Koh Michel
www.njanguiipress.com

infrastructures sont plombées de toute part. Ensuite, c'est un cercle vicieux entre le faible développement économique et le mauvais fonctionnement des institutions. La formation subit les séquelles de ce cercle vicieux et c'est entre autre pour ça que le nombre de nouveaux diplômés ne suffit pas et que les études sont réservées aux classes élevées.

La conséquence directe de tous les problèmes mentionnés, mais qui n'est pas la règle, est que la qualité des soins diminue. Prenons l'exemple du personnel de santé. En Suisse nous voyons de plus en plus de métiers spécialisés. La profession de généraliste est particulièrement délaissée et le manque se fait sentir. En comparaison, au Cameroun c'est l'inverse : le manque de spécialistes conditionne une transdisciplinarité courante. Les infirmiers peuvent notamment se spécialiser en chirurgie ou à une plus large échelle. Le manque de spécialistes là-bas fait que tout médecin doit avoir les capacités d'acquérir des compétences supplémentaires en se formant continuellement.

Pour conclure cette présentation, prenons un exemple positif (parmi tant d'autres) des efforts accomplis pour enrayer l'appauvrissement de la population, lequel constitue un des plus grands obstacles à l'accès aux soins :

« (...) dans le domaine de la santé la fréquentation des centres de santé est ralentie du fait de l'appauvrissement des populations. Parmi les personnes qui se sont déclarées malades en 1996, moins de la moitié (48,7 %) a pu se faire consulter alors que parmi les populations pauvres, 36,1 % seulement des consultations ont été effectuées dans une structure sanitaire formelle. La stratégie sectorielle de la santé, élaborée dans le cadre de la réduction de la pauvreté s'engage à renforcer l'offre et la qualité des soins avec un accent particulier sur la lutte contre les maladies transmissibles, y compris le SIDA, ainsi que l'accès des pauvres aux services de santé. »⁶

Nous remarquons en consultant le document « STRATÉGIE DE COOPÉRATION DE L'OMS AVEC LES PAYS (Cameroun) » que le développement du réseau de soins doit impérativement recevoir de l'aide extérieure et c'est en effet le cas depuis des dizaines d'années. Des plans nationaux sont mis en place, comme celui cité plus haut et qui vise à réduire la pauvreté, ainsi que des plans internationaux, par exemple le financement des trithérapies qui est assuré à 80% par l'aide internationale.⁷

⁶ STRATÉGIE DE COOPÉRATION DE L'OMS AVEC LES PAYS
CAMEROUN 2003-2007

⁷ Aids: Cameroon takes up the challenge, Scientific newsheets June 2010, No. 352

Description du pays et du système de santé:

Le Cameroun a une très grande diversité culturelle. Il compte parmi les pays Africains où l'on parle la plus grande quantité de dialectes. Ceci est dû notamment au fait que son territoire s'étende sur d'innombrables régions aux caractéristiques très différentes mais aussi aux origines diverses et variées de ses populations. Nous avons entendu dire par exemple que certains ancêtres étaient venus pour fuir l'Islamisation de l'Est de l'Afrique. Aujourd'hui les démarcations internes séparent le pays en 10 régions administratives. Parmi celles-ci, on pourrait citer les Bamilékés à l'Ouest du pays (régions montagneuse où il fait plus frais), les Bamouns dont la majorité sont musulmans ou encore les Bamboutos, une des régions vers lesquelles nous sommes dirigés, voisine des Bamilékés et dont le chef-lieu est précisément Mbouda. Le français (majoritaire) et l'anglais sont les langues officielles du Cameroun.

Les frontières historiques du pays ont été délimitées par la colonisation (Anglaise puis Allemande et Française) et l'histoire mouvementée du pays ne fait pas exception dans la région des Bamboutos. Différentes périodes d'oppression, de protectorat et de tutelle internationales se sont succédées pour aboutir au fameux jour des indépendances de 1960 qui marque le début de l'émancipation de nombreux pays Africains.



Ci-dessus: Chefferie traditionnelle de Bandjoun

En plus des différents départements, le pouvoir régional est représenté par des chefferies traditionnelles dont l'existence est reconnue par l'état. Malgré cette légitimité, les chefferies traditionnelles ne semblent pas capables de retrouver leur force d'antan, ayant été malmenées par des décennies de colonisation et trouvant difficilement une place dans le système politique actuel. Ce n'est pas pour autant que la population n'y soit pas attaché et leur rôle social est incontestable. De la même façon que chaque village possède ses règles, à un niveau plus élevé, les chefferies représentent le lieu dans lequel se regroupe le pouvoir des différents villages. Par exemple à l'arrivée d'un voyageur étranger, ce dernier se doit de rencontrer le Chef traditionnel. Cette hiérarchisation séculaire structure les sociétés selon des règles de type monarchiques, avec des titres de noblesse attribués de génération en génération. Encore aujourd'hui, il n'est pas rare de croiser des notables qui portent fièrement des attributs vestimentaires ainsi que des objets représentant leur pouvoir. Nous avons d'ailleurs pu voir, au détour de nos pérégrinations à l'intérieur du pays, de magnifiques cannes ornées de perles ou encore de grands chapeaux en tissu traditionnel. Il est toutefois aisé de lire dans les propos de leurs détenteurs que l'époque où ses marques étaient reconnues de tous est désormais révolue.

Les chefferies représentent le plus haut niveau de la hiérarchie traditionnelle. Elles permettent de représenter les villageois et de leur offrir un lieu de regroupement pour les grandes célébrations. Bien que le statut juridique de la chefferie traditionnelle pose un réel problème, elle est l'endroit sensé soutenir le dialogue avec l'administration officielle. Cependant cette hiérarchie est lourdement critiquée, car les conflits d'intérêts qu'elle génère sont fréquents. Les litiges lors d'héritages par exemple posent un réel problème. C'est pourquoi certaines personnes et organisations externes militent pour abolir cette forme de pouvoir traditionnel que représentent les chefferies. Il faut garder à l'esprit que la réalité des régions plus reculées est marquée par une grande pauvreté et leur représentation politique est encore plus difficile, ce qui ne permet pas de définir le pays comme une vraie démocratie.

Au delà de ces considérations générales qui concernent le « folklore », le pouvoir officiel est caractérisé par une forte corruption et ne peut quasiment pas être critiqué. L'opposition est systématiquement étouffée et la tension interne du pays est palpable. Les médias sont également censurés et de ce fait peu d'évènements de répressions ou de contestations sont connus de la population générale.

Pius Njawé, Plume d'or 1993 de la Fédération internationale des éditeurs de journaux et qui dirige Le Messenger, principal journal d'opposition du Cameroun déclarait dans une interview :

« La presse (...) donne l'impression d'être libre, mais en réalité elle fait face à une répression de plus en plus sophistiquée. L'autocensure, la concussion entre les journalistes et le pouvoir ou des puissances ethniques et financières, la corruption, généralement appelée ici gombo, constituent des entraves graves à la liberté de la presse. »⁸

⁸ <http://www.courrierinternational.com/article/2004/09/22/la-presidentielle-camerounaise-est-jouee-d-avance>

Beaucoup de jeunes vivent un sentiment de désenchantement, pour le dire de façon légère. Ils n'ont pas beaucoup d'espoir et pensent que « ça va péter » d'un instant à l'autre. Ils sont d'ailleurs prêts à se battre ne voyant pas d'autre issue que les armes ou du moins la révolte.

«On ne peut lever la tête et manifester, au Cameroun, sans se faire tabasser par des éléments de la sinistre brigade d'intervention rapide (BIR), une milice à la solde du régime. Dans les prisons comme dans les commissariats, la torture est si répandue qu'elle s'est banalisée dans l'esprit des gens»⁹

Au dire de la plupart des Camerounais que nous avons rencontré, la situation politique du Cameroun est tendue. Toute forme de contestation est lourdement réprimée, le gouvernement actuel du président (Paul Biya), exerce un pouvoir autoritaire depuis 1982. Une force d'intervention spéciale a d'ailleurs été créée pour agir rapidement et briser toute révolte (BIR brigade d'intervention rapide). Cette brigade composée des meilleurs éléments de l'armée, dispose de moyens considérables : zodiacs avec cabine blindée, véhicules de combats avec batterie d'artillerie sol-sol et sol air d'une portée de 25 km, Humer H3 tout terrain avec pneus increvables, motos, jeep armées, tank amphibie et combi pouvant rouler sur tout type de terrain, camion-citerne pour carburant et eau potable, hélicoptères, chaloupes, et autres véhicules de transmission. Tout ces éléments font que la société Camerounaise, supposément démocratique ne puisse pas encore régler les conflits de gestion du pouvoir qui l'empoisonne. Les moyens déployés pour la répression sont ridiculement démesurés à la vue des souffrances des populations que nous avons rencontrées.

« (...) malheureusement la présidentielle est jouée d'avance [en faveur du président Paul Biya, candidat à sa propre succession]. Rien ne permet d'affirmer que la transparence est garantie. »

Quelques chiffres concernant le Cameroun, dans la perspective d'un stage d'observation de la communauté et du fonctionnement de son système de santé (données de l'OMS)

Le Cameroun est un pays d'Afrique de l'ouest qui est entouré par la Guinée Equatoriale, le Gabon, le Congo, la République centre Africaine, le Chad et le Nigéria. Comme beaucoup d'autres pays de la région, sa courbe démographique a une pente positive. Le taux de fertilité par femme était de 4,6 en 2008 ce qui représente une diminution depuis les années 1990 où il était de 5,9.

C'est un pays où 33% de la population vit en dessous du seuil de pauvreté (avec moins de 1\$ dollar par jour) ce qui est tout de même 2 fois moins que chez la plupart des pays avoisinants.

En terme de système de santé, il est un des pays les plus mal classés par l'OMS et c'est l'absence d'assurance maladie qui conditionne un accès aux soins extrêmement difficile, souvent un véritable parcours du combattant. Pour une large partie de la population c'est le réseau familial et parfois social qui leur permet de payer les soins.

⁹ <http://voixdexils.ch/2011/11/17/paul-biya-un-dictateur-sanguinaire-au-service-de-la-france/>

La population du Cameroun est d'environ 19 millions d'habitants (2008). L'espérance de vie y est de 53 ans et le taux d'alphabétisation est d'environ 68% (plus élevé chez les hommes de > 15 ans).

La mortalité infantile est d'environ 9,5% dont quelques unes des principales causes sont: néonatales (infections graves, asphyxie, prématurité); malaria, pneumonies, diarrhées. Dans la population tout âges confondus, les grandes causes de mortalité sont le virus du sida, les infections respiratoires, la malaria, les diarrhées et autres. Ce sont donc les maladies transmissibles, auxquelles il faut ajouter les problèmes de nutrition et les conditions périnatales, qui sont les causes majeures de morbidité et de mortalité. A noter que la prévalence du VIH est de 7%(entre 5 et 7% selon la source) et de la tuberculose de 23% environ.

Beaucoup d'autres pathologies ont des prévalences considérables tel que le diabète et l'hypertension artérielle. Celles-ci représentent des coûts importants dans les dépenses de santé. Pour compléter nous donnons en annexe l'exemple de l'hôpital ad Lucem de Mbouda que nous avons choisi d'investiguer. Ces statistiques de morbidité/mortalité semblent représentatives des pathologies rencontrées en comparant avec les chiffres de l'OMS.

Les soignants Camerounais font face à d'innombrables défis. Pour se rendre compte de l'ampleur des difficultés qu'ils peuvent rencontrer, il suffit de regarder le nombre de médecins spécialisés dans des domaines tels que la néphrologie ou la neurochirurgie. Ceux-ci se compte sur les doigts de la main pour tout le territoire Camerounais. Pour des spécialités comme la néphrologie malgré le manque de spécialiste, la discipline est de plus en plus connue et le pays compte plusieurs centres de dialyse. A plus large échelle, le pays compte moins d'un médecin pour 10'000 habitants.

Un mot sur les études de médecine et l'organisation générale du système de santé.

En Décembre 2009 la Direction des ressources humaines du Ministère de la Santé Publique, recensait 10 facultés de médecine au Cameroun dans son "Profil pays des Ressources Humaines pour la Santé". Parmi celles-ci se trouvent 5 universités publiques et 5 universités privées.

Depuis peu l'équivalence entre les diplômes a été revu et elle est maintenant reconnue. La plupart s'accordent donc à dire que les enseignements sont similaires. Cependant les établissements privés qui ont un coût beaucoup plus élevé semblent avoir moins bonne réputation (d'après nos discussions avec les étudiants et médecins) mais cela est relatif.

Le système de santé camerounais s'articule autour de trois sous-secteurs¹⁰:

- ***Un sous-secteur public constitué des hôpitaux publics et des structures sanitaires sous tutelle d'autres départements ministériels (Ministères de la Défense, Ministère de l'Emploi, du Travail et de la Prévoyance Sociale, Ministère en charge***

¹⁰ Tiré du site medcamr.org

de l'Education Nationale.) Ce secteur offre des services chers et que seul les plus riches peuvent s'offrir. En effet, pour être soigné dans les hôpitaux privés il faut verser une caution qui peut aller jusqu'à 100'000 francs CFA.

- **Un sous-secteur privé à but non lucratif** (*confessions religieuses, associations et diverses organisations non gouvernementales --> (exemples des Hôpitaux de la Fondation ad Lucem qui soignent les plus pauvres) et celles à but lucratif.*
- **Un sous-secteur de la médecine traditionnelle**, *composante importante du système et qu'il faut prendre en considération.*

Ce système est par ailleurs structuré en trois niveaux de santé dont chacun dispose de structures administratives, formations sanitaires et structures de dialogue :

I- Niveau central

** Services centraux du Ministère de la Santé Publique : Ces services coordonnent, régulent, élaborent des concepts, la politique et les stratégies dans le domaine de la santé.*

** Structures de soins : Ces structures sont représentées par : les hôpitaux généraux de référence, les Centres Hospitalo-Universitaires, les hôpitaux Centraux et les organismes sous-tutelle.*

** Structures du SYNAME : Ces structures sont représentées par la CENAME (Centrale Nationale d'approvisionnement en Médicaments Essentiels), les grossistes répartiteurs privés, les centrales d'achat du Secteur Privé à but non Lucratif.*

** Structures de dialogue*

Ce sont les conseils d'administration ou les comités de gestion.

II- Niveau intermédiaire

** Structures administratives : Ces structures correspondent aux différentes délégations provinciales. Celles-ci servent d'appui technique aux districts de santé.*

** Structures de soins : Ces structures sont représentées par les hôpitaux provinciaux et assimilés.*

** Structures du CENAME : Ces structures sont représentées par les CAPP (Centre d'Approvisionnement Pharmaceutique Provinciale) et les pharmacies des hôpitaux généraux et centraux.*

** Structures de dialogue : Ce sont les comités de gestion (COGE)*

III- Niveau périphérique

** Structures administratives : Représentées par les services de santé de district, elles mettent en œuvre les programmes nationaux.*

** Structures de soins : Ces structures sont représentées par : les hôpitaux de district (exemple du centre de district de Mfou que nous avons visité), les Centres médicaux d'arrondissement et les centres de santé.*

** Structures du SYNAME : Ces structures sont représentées par les pharmacies des formations sanitaires des niveaux précédents, ainsi que des officines privées de pharmacies.*

** Structures de dialogue : Ce sont les COSADI, COGEDI, COSA, COG*

Activités et présentation de la Fondation Ad Lucem Cameroun (FALC):

Les structures d'accueil:

Notre stage a compté 3 arrêts. A notre arrivée à Yaoundé nous avons passé quatre jours au sein de la fondation PROMHANDICAM, actuellement dirigée par le père Sergio Ianiselli. Ce dernier s'occupe tout particulièrement des enfants aveugles, handicapés physiques et mentaux. L'association vient en aide à ces enfants en leur permettant d'aller à l'école et d'apprendre un métier qui leur permette de se réinsérer dans la société. Nous en faisons un bref descriptif un peu plus tard dans notre rapport. Nous avons donc rencontré les enfants aveugles, visité leurs écoles mais aussi les autres écoles pour enfants sans handicaps, les ateliers de menuiserie et kinésithérapie. Séparément à cette association, le père Ianiselli est entrain de construire une université de médecine qui est de grande envergure, les constructions sont cependant en attente de financement. A Yaoundé nous avons également visité un centre de santé avec une grande maternité. Nous avons eu l'occasion d'aller au centre de santé de Mfou où d'autres étudiants genevois avaient fait leur stage.

Après ces quelques jours nous sommes partis pour Mbouda. Nous sommes arrivés et avons rencontré le Surveillant Général, un homme très attentif, souriant et généreux. Il nous a guidé à travers l'hôpital et nous a salué avec cette expression si chaleureuse qui dit simplement "on est ensemble". Accueillis au sein de l'équipe hospitalière au lendemain de notre arrivée nous nous sommes répartis dans les différents services pour les deux semaines suivantes. Chaque matin après une prière nous rejoignons le service choisi pour démarrer les rondes, discuter avec les médecins chefs et étudiants (qui font tourner l'hôpital). Suivis de patients, parfois suivis des soins infirmiers. L'activité se réduisant après les rondes et discussions, nous avons la possibilité d'aller voir les consultations ou selon le planning, les nouvelles entrées. Parfois des accouchements la nuit. La rencontre avec les étudiants a été très enrichissante et nous a vraiment stimulés dans les moments de plus faible activité. Pour la maternité les consultations post partum et néonatales. En chirurgie les opérations après les rondes, suivies des césariennes ect...

Après ces deux semaines nous sommes partis pour Nden qui est un petit hameau dans une région beaucoup plus rurale. L'hôpital y est très bien entretenu et nous avons été surpris de la bonne qualité des soins proposés. Un moment fort du stage à Nden ont été les campagnes de dépistage de l'hypertension que nous sommes allés faire dans des villages plus éloignés de l'hôpital. Nous avons pu faire des consultations avec le but de traiter et prévenir l'hypertension mais aussi faire des vaccinations et parler directement avec les gens de la région.

Ces deux hôpitaux de Nden et de Mbouda font partie du réseau d'hôpitaux de la Fondation Médicale ad Lucem Cameroun. La description qui suit est tirée directement du site internet de la fondation, description à laquelle s'ajoute quelques commentaires personnels:

L'association dénommée FONDATION AD LUCEM AU CAMEROUN a été créée à Lille (France) en 1936 par le Docteur Louis Paul AUJOLAT. Elle est à but non lucratif, apolitique, reconnue d'utilité publique par décret du Président de la République du Cameroun.

Elle a pour objet :

- La promotion de la santé des personnes en général et des plus démunies en particulier
- L'éducation sanitaire tant en milieu urbain que rural
 - > ex : consultations post partum ; campagnes de vaccinations et dépistage de l'hypertension artériel
- La lutte contre les fléaux et la pauvreté par
 - ▶ Les soins de qualité au plus bas prix **c.f. exemple de la chirurgie à Mbouda, des crédits et soins gratuits tels que les campagnes de vaccination, de dépistage et parfois de traitement**
 - ▶ Les soins de santé primaire
 - ▶ Les soins gratuits aux indigents et aux invalides quand cela est possible
- La création, la gestion et le développement des établissements médicaux, pharmaceutiques, sociaux et éducatifs
- La coopération avec d'autres organismes nationaux et internationaux, par l'établissement des conventions de coopération et de partenariat
- La protection de l'environnement et son développement.

Tout au long de notre stage nous avons pu observer comment la FALC déploie son action et la façon dont les objectifs cités ci-dessus sont atteints. Avant tout commentaire il nous faut préciser que nous n'avons vu qu'un petit échantillon qui est insuffisant pour se faire une idée du fonctionnement global de la FALC. Il se pourrait que les deux hôpitaux que nous avons visité ne soient absolument pas représentatifs de l'ensemble. D'après ce que nous avons vu, nous ne pouvons que constater que les efforts de l'association concordent parfaitement avec les objectifs fixés. Il y a toujours des choses à redire mais notre impression globale est que les moyens à disposition, qui sont de toute évidence insuffisants, semblent être déployés efficacement. Il est difficile pour nous d'évaluer certains aspects logistique n'ayant pas eu accès à ce genre d'informations (ce n'était pas le but). Un exemple marquant est celui des tarifs des opérations à Mbouda. Les chirurgiens déguisent certaines opérations compliquées en opérations plus simples, dont le tarif standart est moins élevé. De cette façon ils permettent un accès facilité à leur patients et leur évitent bien des complications.

Dans le futur, le développement économique du pays sera le moteur d'une transformation des institutions, cela va de soi. En attendant il est primordial que les relations nouées avec des institutions étrangères puissent aboutir à des échanges bilatéraux plus concrets. C'est du moins ce que nous pensons car toutes les actions engagées dans ce sens et à long terme peuvent faire une énorme différence. L'avancée spectaculaire des technologies de l'information joue d'ores et déjà un rôle fondamental. La facilité de communiquer et surtout la vitesse permet un rapprochement sans précédant entre les différents acteurs du système de santé et une cohérence accrue grâce au partage d'information.

Actuellement, l'action de la FALC est déployée à travers le territoire national par un réseau de 13 Hôpitaux et 25 Centres de santé et une centrale d'achat et d'approvisionnement et consommables médicaux. Ce qui place l'Association au rang de 2^e prestataire de soins de santé au Cameroun après l'Etat. L'association est en relation avec les organismes suivants:

- Amis du Cameroun en Suisse
- Association française Raoul Follereau
- Délégation catholique à la coopération (France)
- Médecins du Monde (France)
- Pharmaciens Sans Frontière (Gers – France)
- Université Catholique de Lille et son Groupe hospitalier
- MICADO (Mouries – France)

L'Hôpital Ad Lucem de Mbouda:

Nos deux sources sont le site de la fondation ad Lucem et un document trouvé sur internet, produit à la demande de AAED (association pour l'aide au développement et à l'éducation au Canada). Ce dernier a été créé pour satisfaire les besoins en équipements médicaux des différents hôpitaux de l'ouest Cameroun partenaire de L'UdM (Université des Montagnes).

Créé en avril 1959, il a une capacité fonctionnelle de 263 lits (parmi 732). L'hôpital se situe dans une province de l'ouest, département des Mboudas et appartient à l'air de santé Mbouda ouest. Il possède un centre annexe à Toula Balatchi et emploie 145 personnes (sur le site l'effectif du personnel = 274, chiffre qui compte certainement les employés au sens plus large.)

Les services fournis sont:

- 1 - Service de consultation externe et d'hospitalisation de jour
- 2 - Imagerie médicale (Radiologie, Echographie)
- 3 - Chirurgie
- 4 - Gynéco-obstétrique + consultation prénatale + planning familial
- 5 - Médecine et sanatorium + U P E C (unité de prise en charge --> suivi et consultation VIH)
- 6 - Pédiatrie et Néonatalogie
- 7 - Laboratoire d'analyses médicales, (Bactériologie, Biochimie, Parasitologie, Hématologie) qui réalise en moyenne 4 500 examens par mois
- 8 - Service P M I
- 9 - ORL
- 10- Odontostomatologie
- 11- L'Hôpital est sur le point de créer une unité ophtalmologique en collaboration avec Acha Bafoussam

Quelques chiffres:

- 60 grandes interventions chirurgicales en moyenne par mois
- 150 accouchements en moyenne par mois
- 3080 consultations mensuelles (soit 37000 consultations en 2007)

Citation du document de l'UdM:

"L'hôpital Ad Lucem de Mbouda offre un cadre agréable et sert de centre de formation pratique aux élèves et étudiants des facultés de médecine de Yaoundé I, de l'Université des Montagnes, de l'Université Catholique d'Afrique Centrale, des écoles d'infirmiers de Yaoundé, Douala, Bafoussam et Bamenda.

Son personnel est constitué de 4 médecins dont 3 spécialistes (1 Pédiatre, 1 Gynécologue-obstétricien et 1 chirurgien), 1 Technicien supérieur en santé de reproduction, 7 Infirmiers diplômés d'Etat, 2 techniciens de laboratoires, 2 techniciens adjoints, 4 AS Labo, 2 assistants, 11 infirmiers brevetés accoucheurs, 14 infirmiers brevetés généralistes, 31 aides soignants, 18 auxiliaires sanitaires, 3 chauffeurs, 9 agents d'entretien, 3 comptables, 1 aide-comptable, 9 caissiers, 13 techniciens de surface, 1 secrétaire, 4 agents temporaires, soit un total de 139 employés."

Hôpital Ad Lucem de Nden:

Province de Sud, Département du Dja et Lobo, Arrondissement de Zoetélé

L'hôpital de Nden est une ancienne léproserie c'est la raison historique qui fait qu'il soit très isolé. Il est situé à 160 km. de la Capitale Yaoundé.

Sa capacité en lits est de 112 mais fonctionnellement moindre, l'activité s'étant fortement réduite depuis plusieurs années. Aujourd'hui il n'y a presque plus de chirurgies effectuées, l'hôpital fonctionne plus comme un grand dispensaire. Il reste quelque patients "lépreux", de vieux pensionnaires qui vivent là et à qui l'hôpital vient en aide pour des soins gratuits et pour subvenir à leur besoins alimentaires.

Activité médicale

→ Médecine, Pédiatrie, Chirurgie, Laboratoire, PMI, Pavillon lèpre.

- Consultations : 50 par semaine (d'après ce que nous avons vu ce chiffre parait trop bas)
- Activité chirurgicale :
 - acte de chirurgie lourde : 8 par mois --> un chirurgien spécialisé vient une fois par mois pour les opérations difficiles
 - actes de petite chirurgie : 20 par mois
- Accouchements (avec éventuellement césariennes) : 8 par mois
- Prévention, vaccinations et consultations prénatales

L'association Promhandicam de Mimboman, Yaoundé, Cameroun

Introduction

L'Organisation Mondiale de la Santé estime qu'environ 15% de la population mondiale vit avec des incapacités. Parmi les populations vulnérables, ce sont les personnes les plus pauvres qui sont les plus touchées ¹¹(référence). Aujourd'hui, on estime qu'une population d'un million de personnes handicapées vit au Cameroun (référence). Malgré toutes les dispositions légales qui visent à l'amélioration des conditions de vie des personnes handicapées dans le Cameroun, l'exclusion sociale, la discrimination et la précarité sont leur quotidien. Les lois de protection des handicapés ne sont que peu appliquées. Les personnes handicapées sont généralement en plus mauvaise santé et atteignent des niveaux d'éducation plus bas que la population en général. Ceci conduit à une élévation du taux de chômage parmi ces personnes entraînant une pauvreté plus grande. Cette situation est due, dans une large mesure, au manque de services à leur disposition et aux nombreux obstacles s'opposant au bon déroulement de leur travail.

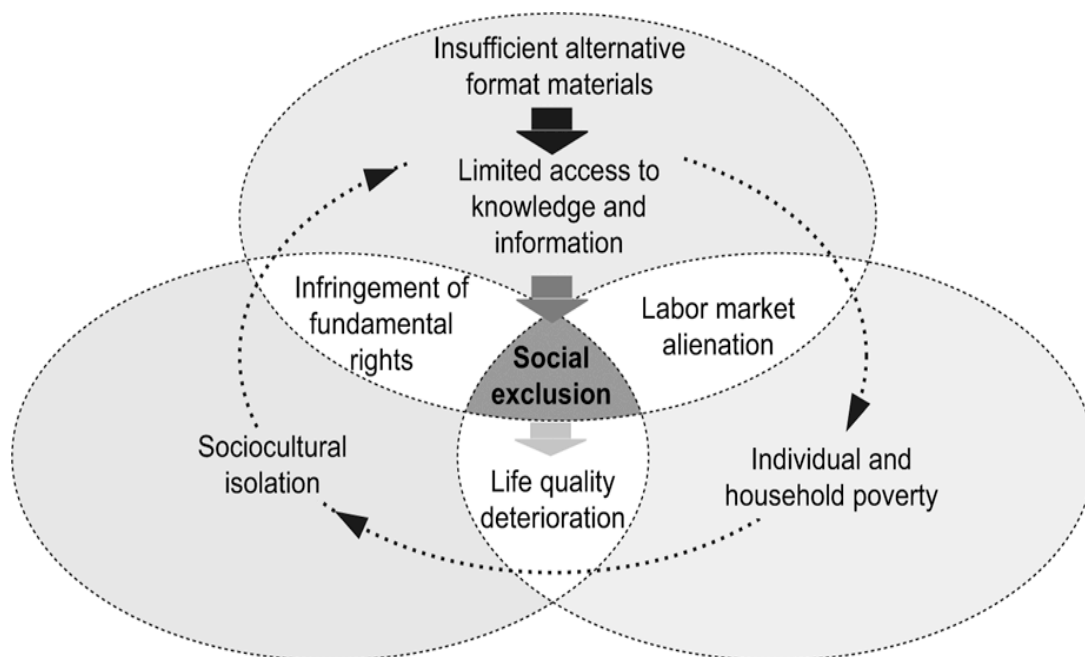


Fig. Cercle viscieux déclenché par le manque d'éducation des enfants handicapés (référence du diagramme)

¹¹ http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_fr.pdf

L'association Promhandicam¹²

Promhandicam est une institution qui soutient les enfants et adolescents handicapés. Elle a été créée en 1975 dans le quartier de Mimboman à Yaoundé. L'association a été créée par la participation de plusieurs organisations non gouvernementales comme par exemple CBM (Christoffel Blinden Mission) et l'Église Catholique.

Voici les objectifs de l'association :

- Promouvoir les initiatives des handicapés du Cameroun dans le but de faciliter leur insertion socio-économique, culturelle et aussi sportive
- Eduquer les enfants aveugles et à basse vision (malvoyants)
- Assister les jeunes enfants handicapés à devenir adultes et vivre plus ou moins comme les valides en dépit de leur handicap.

Pour accomplir ces objectifs, l'association dispose de plusieurs unités d'aide aux enfants handicapés : une école pour enfants aveugles, une formation professionnelle, une réhabilitation dans la communauté et plusieurs ateliers à but formatif. Les enfants handicapés peuvent ainsi étudier jusqu'en primaire et, pour les plus âgés, profiter de formation en menuiserie, en traduction braille ou en fabrication de moyens de locomotions pour handicapés.

Le Foyer

Le foyer Promhandicam accueille environ 20 enfants entre 7 et 18 ans avec des handicapes diverses. La surveillance est effectuée par deux dames qui vivent avec les enfants. L'établissement est situé dans une rue en terre derrière un grand portail en fer en plein cœur de Yaoundé. L'aménagement du foyer est très simple et malgré l'absence de jouets les enfants savent qu'ils sont privilégiés comparé à des enfants handicapés qui doivent rester vivre dans la précarité, négligés le plus souvent par leurs parents. La majorité des jeunes habitants du foyer ont des troubles de la vision, comme la cataracte congénitale, mais aussi des pertes de vision dues à des traumatismes. Des cas de handicap mental sont aussi présents mais le nombre est plus petit. Les enfants sont accueillis dans le foyer pour toute l'année sauf deux périodes de vacances quand ils retournent dans leurs familles. Pendant leur séjour au foyer, ils vont à l'école spécialisée de Promhandicam.



Ci-dessus, des enfants du foyer de Promhandicam

¹² <http://www.promhandicam.org/23908/index.html>

L'école spécialisée pour enfants aveugles

L'école spécialisée comprend un cycle préscolaire et un cycle primaire. Les élèves aveugles sont traités de façon spéciale car ils doivent apprendre à utiliser le braille, l'alphabet « aux six points » pour aveugles. Tous les élèves sont soumis au programme scolaire du MINEDUC (Ministère d'Éducation Nationale du Cameroun). Même après la réussite de ces deux étapes, l'élève continue à être accompagné par l'association Promhandicam à travers ses études au lycée et à l'université par l'aide d'un transcritteur braille pour tous les documents scolaires. Etant réputée pour un très bon taux de réussite l'école de Promhandicam a commencé à accueillir des enfants sans handicap diminuant pas la même occasion les discriminations, ainsi que la stigmatisation dont souffre beaucoup de personnes handicapées au Cameroun.



Ci-dessus, le schéma d'écriture en braille utilisé par les enfants aveugles lors des cours

Une formation en menuiserie pour les étudiants sourd muets

C'est dans une grande salle remplie de machines de menuiserie que les étudiants sourds muets sont formés à apprendre le métier de menuisier. La formation consiste d'abord par apprendre le langage des sourds et les matières comme les mathématiques et la physique nécessaires pour ce métier. Il y a deux enseignants, eux même des sourds muets. Dans un second temps, les étudiants apprennent à reconnaître les différentes vibrations d'une machine afin d'éviter les risques liés à leur utilisation. Comme ils sont démunis de la capacité d'ouïe, ils se servent des vibrations comme substitut. Malgré ce handicap, les menuisiers certifiés de Promhandicam ont réussi à acquérir une petite notoriété à Yaoundé pour leur précision dans le travail. Cependant, cela leur permet surtout de pratiquer un métier et de gagner un peu d'indépendance.



La kinésithérapie et la chambre de plâtre

La salle de kinésithérapie permet d'offrir une rééducation adéquate à différents handicaps, qu'ils soient aigus ou chroniques. La thérapie consiste en l'application d'exercices basés sur des principes scientifiques adaptés au renforcement musculaire, à l'endurance et à la mobilité de personnes ayant des limitations fonctionnelles. Dans ce service existe aussi une « chambre de plâtre » dans le but de diminuer les contraintes liées à des malformations congénitales ou de maintenir des os fracturés en place. Au même endroit se trouve une manufacture de prothèses pour patients amputés. Grâce au travail du prothésiste (*photo ci-dessous*), plusieurs dizaines de personnes souffrant d'handicap à la marche ont pu recommencer à se déplacer sur leurs jambes.



L'école spécialisée pour handicapés mentaux

En parallèle au programme des enfants aveugles, Promhandicam offre aussi un programme pour les enfants et adolescents souffrant d'un handicap mental. Cette branche est divisée en deux unités éducatives. La première s'occupe des enfants de 7 à 15 ans qui font des activités ludiques organisées par une sœur catholique. La deuxième unité s'occupe des adolescents et des jeunes adultes entre 15 et 25 ans qui apprennent des métiers simples comme le tissage des sacs et de chapeaux. Cela leur donne la possibilité d'avoir un moyen de gagner un peu d'argent et d'être plus autonome dans le futur. C'est aussi pour eux une opportunité de réinsertion dans la société camerounaise.



Promhandicam

L'histoire de Nadine Merveille Dzombo

Nadine Merveille Dzombo est née à Mimboman Yaoundé le 4 février 2002 atteinte de cataracte congénitale. La cataracte est une perte de la transparence du cristallin liée à une déstructuration protéique. Cette maladie est le plus souvent due à une mutation autosomique dominante du chromosome 19. Aussi appelée dystrophie myotonique de Steinert, sa forme légère est caractérisée par une cataracte et une myotonie modérée (de quoi ?) avec une espérance de vie normale. La prévalence mondiale est de 1/20000.

La mère de Nadine est vendeuse de macarons dans le petit marché de Mimboman et son père est motoman (taxi en moto). Deux métier qui demande beaucoup de temps et ne rapportent pas beaucoup d'argent. Nadine a 3 frères et 4 sœurs, sa famille habite dans une petite maison en bois au bord d'une route dangereuse. Qui plus est, en raison du nombre d'enfants et de la difficulté à nourrir tout le monde, le handicap de Nadine est négligé par ses parents. La petite fille perdait progressivement sa capacité visuelle et devenait plus en plus dépendante de l'aide de ses frères et ses sœurs. Nadine était souvent malade par la malnutrition et une manque d'hygiène les quelles suivait logiquement sa perte d'autonomie.



Ci-dessus, Nadine Merveille Dzombo au foyer de Promhandicam

Promhandicam possède un réseau de surveillance permettant de suivre l'évolution de la population handicapée à Yaoundé. Le comité est formé par des personnes qui vivent distribuées dans la ville pour pouvoir suivre efficacement tous les quartiers. Cela permet d'évaluer les conditions de vie de chaque personne handicapée de Yaoundé et de décider les actions à entreprendre en fonction de leur état. En ce qui concerne Nadine elle a été trouvée par ce réseau quand elle avait 8 ans. Promhandicam a alors décidé de placer Nadine dans le foyer pour enfants handicapés. Ce fut une grande chance pour elle qui a pu ainsi bénéficier d'une éducation adéquate pour elle. Aujourd'hui, Nadine est la première de sa classe et elle adore l'école.

Conclusion

Promhandicam est une institution qui offre l'opportunité aux enfants handicapés d'acquérir un niveau de savoir égal aux enfants nés sans handicap. Elle sensibilise aussi la population au problème du rejet social des handicapés au Cameroun. Le système de surveillance de la population handicapée à Yaoundé est un système efficace qui peut aider beaucoup de personnes invalides, enfants ou adultes. L'association est complexe et offre une aide sur des problématiques propres au Cameroun.

« Les États Parties reconnaissent le droit des personnes handicapées à un niveau de vie adéquat pour elles-mêmes et pour leur famille, notamment une alimentation, un habillement et un logement adéquats, et à une amélioration constante de leurs conditions de vie et prennent des mesures appropriées pour protéger et promouvoir l'exercice de ce droit sans discrimination fondée sur le handicap. » *Article 28 Convention relative aux droits des personnes handicapées*

« Assurer aux personnes handicapées et à leurs familles, lorsque celles-ci vivent dans la pauvreté, l'accès à l'aide publique pour couvrir les frais liés au handicap, notamment les frais permettant d'assurer adéquatement une formation, un soutien psychologique, une aide financière ou une prise en charge de répit. » *Article 28 Convention relative aux droits des personnes handicapées*

Hôpital de Mbouda

La maternité

Si un jour vous avez l'occasion de visiter l'hôpital de Mbouda, vous pourrez vous rendre compte par vous même que le service de maternité est le service le plus vivant de l'hôpital. Dans ces couloirs très animés, vous entendrez sûrement des rires chaleureux, des pleures de nouveaux nés mais aussi des grandes disputes familiales entre patients ou parmi le personnel soignant. Par contre, vous aurez rarement l'occasion d'y rencontrer un homme. En effet, le service de maternité est presque exclusivement composé de femme. La Doctoresse en charge, Dresse Djambou, est un médecin généraliste spécialisé en gynécologie. Elle est accompagnée de plusieurs sages femmes, d'infirmières et d'étudiantes infirmières. Le seul homme que nous avons eu l'occasion de voir dans ce service est un jeune étudiant en médecine de 4e année, qui malgré son statut d'étudiant avait tout autant de responsabilité que la doctoresse en charge. Le service de maternité est composé d'un bâtiment pour les consultations prénatales, les consultations du planning familial, une aile avec les chambres des patientes, une salle de consultation post-opératoire, une salle avec des couveuses pour les prématurées, une salle d'accouchement, une salle d'échographie et une salle de consultation gynécologique.

Une journée en maternité

Après la prière du personnel dans le hall principal de l'hôpital à 7h30, tout le personnel retourne à son poste. Si vous voulez voir de l'action dès 8h du matin, un seul endroit: le bâtiment des consultations pré-natales dont Mama Caroline est brillamment en charge. Dès le matin la salle d'attente grouille de femmes enceintes qui viennent pour la première fois ou pour leur suivi de grossesse. La première partie de la matinée, Mama Caroline, une sage femme qui travaille à l'hôpital de Mbouda depuis plus de 15 ans, trie les patientes selon si c'est leur première consultation ou non. Celles qui viennent pour la première fois seront alors redirigées vers les infirmières stagiaires qui assistent Ma'Caro afin que la tension et le poids soient mesurés. La sage femme profite de cette occasion pour faire passer des messages de prévention concernant les maladies sexuellement transmissibles, les précautions qu'il faut prendre pendant la grossesse et insiste sur l'importance du suivi pré-natal. C'est lors d'une de ces interventions que nous avons été surpris par le rapport que ces femmes avaient avec la maladie du sida. Ma'Caro a évidemment fait de la prévention contre les MST, mais ce qui nous a surpris c'est lorsqu'elle a utilisé le terme "sida dans la douleur" pour expliquer qu'on pouvait attraper le sida par contact avec une blessure ouverte et "sida dans la joie" lorsque qu'on l'attrape lors d'un rapport sexuel non protégé. A ce moment, les femmes dans la salle d'attente on rit, et se sont amusées de la dénomination. Nous par contre, nous étions plus que choqués qu'on puisse assembler le mot SIDA et joie. Ce fut un moment très particulier, qui nous a fait voire que la maladie n'était pas une fatalité et qu'il fallait en rire, peut être pour mieux la surmonter. Une fois le tri terminé, les consultations pré-natales à proprement parler commencent. Ma'Caro accompagnée d'une infirmière appelle une à une les futurs mamans. L'anamnèse est très vite bouclée et se fait en

même temps que l'examen physique. On commence l'examen physique par des sclères et des conjonctives, ensuite on regarde la langue et la bouche et les gencives pour voir un signe de déshydratation et également d'infection. On continue en palpant les seins à la recherche de nodule, on vérifie les tétons et on mesure la hauteur utérine. Une fois l'examen physique terminé Ma'Caro prescrit des doses de fer à chacune d'entre elle, ces gélules sont offertes dans le cadre d'un large programme de prévention pré-natale mise en place par le gouvernement.

Pendant ce temps, ont lieu également les consultations post-natales, il y en a une par jour. Celle-ci, prise en charge par l'étudiant en médecine, consiste à informer les nouvelles mères sur les changements importants qui vont avoir lieu prochainement sur leur corps et les indications sur l'allaitement et la nutrition de l'enfant. Les femmes ont l'obligation d'assister à cette séance avant d'être autorisées à sortir. Cette consultation a lieu en groupe et les nouvelles mamans sont incitées à poser des questions. Ceci se passe très souvent dans une ambiance joviale, entremêlée de rire et d'inquiétude. Une fois la partie de mise en garde terminée, elle passe une à une dans la salle de consultation afin d'être examinée.

En parallèle ont également lieu les consultations de gynécologie. Elles débutent à 8h et se poursuivent jusqu'à 15h. Elles sont habituellement prises en charge par la doctoresse responsable du service mais dans les situations où elle n'est pas disponible, les étudiants en médecine la remplacent. On y voit des femmes de tout âge avec divers soucis. Nous avons, entre autres, eu l'occasion de voir des femmes en couple qui n'arrivaient pas tomber enceinte. La recherche de cause est très particulière. En effet, comme très souvent l'anamnèse est bâclée et le diagnostic repose principalement sur les tests de laboratoire. Dans un contexte où les maladies infectieuses ont une prévalence très élevée, cette façon de procéder n'est pas une si mauvaise méthode car 1 fois sur 3 la patiente est atteinte d'une maladie comme la chlamydia, la gonorrhée ou la syphilis. Ces dernières peuvent être une cause de stérilité. Ces consultations étaient pour nous très privilégiées car c'était l'un des rares moments où nous étions accompagnés de la Doctoresse. Nous en profitons alors pour observer la relation médecin malade qui est très particulière dans ce pays. En effet, la Dresse Djambou avait une manière très sèche de parler à ces patientes. La plupart du temps elle avait un ton autoritaire et lorsque qu'elle posait des questions nous avions l'impression que la réponse ne l'intéressait pas. Les premières fois nous étions surpris, voir même choqué mais avec le temps nous avons remarqué que lorsque nous étions « gentilles » et à l'écoute les patientes étaient moins compliantes et moins précises dans leur réponse. La méthode de faire de la dresse paraît rustre mais les résultats étaient nettement plus efficaces que lorsque nous tentions de poser des questions à la façon apprise en cours de compétence clinique. Il devient alors plus difficile pour nous de définir quelle méthode est la bonne méthode, alors qu'à priori il nous n'avions pas le moindre doute.

La salle d'accouchement est sans conteste le cœur de la maternité. Une équipe de sage femme et d'infirmière se relève 24h sur 24 afin d'assurer tous les accouchements prévus et non-prévus. La salle d'accouchement est divisé en deux parties : une salle d'attente pour les femmes en dilatation latente et la salle d'accouchement avec 3 lits les uns à côté des autres (sans séparation) pour les femmes en dilatation active. La dresse n'assiste qu'au accouchement avec complication (ex : par voie basse), dans le reste des

cas les femmes accouches avec l'aide des sages femmes et de quelques infirmières. Ici encore, la relation médecin-patient est très choquante pour nous jeunes européens. En effet, la souffrance de la femme qui va mettre au monde un enfant est complètement déconsidérée. Lors de l'un de notre première accouchement nous avons été outrés par la sage femme qui en donnant un coup sur la cuisse de la mère lui criait de pousser. Les pluparts des accouchements auxquelles nous avons pu assisté se sont bien déroulés. Les principales complications de grossesse survenue à la maternité Ad Lucem sont des hémorragies. Elles sont responsables d'un décès maternel sur quatre. Les autres causes sont les infections, les avortements, les obstructions durant l'accouchement et également l'anémie et le paludisme. Il serait possible de prévenir beaucoup de ces problèmes si une sage-femme qualifiée ou autre personnel médical accompagnaient chaque femme enceinte avant, pendant et après la naissance. Mais au Cameroun près de 40% des naissances ne sont pas assistées par des professionnels de la santé qualifiés. L'accès aux soins est difficile et une absence générale d'éducation et de confiance conduit les femmes des zones rurales à rechercher des sages-femmes traditionnelles.

Globalement le service de maternité offre un prestation correcte et assez complète compte tenu des moyens qu'ils ont à disposition. L'ambiance y est très agréable et l'ont peut réellement ressentir une solidarité et une entraide féminine qui selon nous fait fonctionner ce service efficacement. En plus d'être un lieu médical où les femmes peuvent recevoir des soins, c'est également un milieu où celle-ci viennent partager leurs inquiétudes et se redonner courage et force pour affronter la réalité de la vie des femmes africaines. Le peu de temps que nous avons passé dans le service de maternité a été extrêmement enrichissant du point de vue médical, mais également et surtout du point de culturel et humain. Les personnes que nous y avons rencontré que ce soit le personnel soignant, les patients, la famille des patients, nous ont énormément marqués et appris. Ils nous ont appris à aller de l'avant avec le sourire et la confiance. Nous avons été touchés par la force de vie et parfois de ces femmes.

Département de chirurgie Mbouda

Le département de chirurgie est le premier secteur de l'hôpital que j'ai visité. Mon intégration a duré une semaine et j'ai pu assister à deux opérations en bloc opératoire. Le bâtiment est divisé en deux ailes : chirurgie A et chirurgie B. Dans chaque aile on retrouve des chambres communes et des chambres « haut standing » avec toilette et douche privées. Au centre du bâtiment, se trouvent les salles d'opérations, de *debriefing* et de consultation. En ce qui concerne les chiffres, le département de chirurgie dispose de deux blocs d'opérations stériles, de deux salles pour les petites chirurgies (semi-stériles) comme les circoncisions ou les curetages utérins, d'une salle de *debriefing* dans laquelle les soignants se rendent après chaque opération, d'une salle de consultation pour l'anesthésiste et du bureau du chirurgien-chef. La plupart du matériel utilisé est stérilisé sur place grâce aux deux autoclaves présents dans le département-même. Cependant leurs moyens restent assez limités du fait du peu de matériel qu'ils ont à disposition.

Le personnel est composé du Docteur Bayiha, chirurgien-chef diplômé de médecine au Cameroun, du docteur Tonfak, infirmier formé en chirurgie à Mbouda, de deux anesthésistes ainsi que de deux à trois personnes supplémentaires aidant aux opérations (principalement des étudiants en sixième année de médecine). Le reste du personnel est composé des infirmières et du major (chef-infirmier du département) s'occupant des soins post-opératoires. Les cas de césariennes sont aussi logés en chirurgie et c'est le docteur Djampoo, médecine-chef en maternité qui vient rendre visite aux patientes.

Cas pratique 1

La patiente est une dame d'environ 35 ans ayant accouché le jour même et venant en urgence en salle de chirurgie semi-stérile avec des saignements post-partum abondants et ininterrompus. Le Docteur Tonfak la prend en charge immédiatement avec l'aide d'une infirmière et d'un anesthésiste. Il décide d'effectuer un curetage utérin afin d'enlever d'éventuels morceaux de placenta restés accrochés à la paroi utérine et provoquant des saignements. La patiente est installée en position gynécologique et après une anesthésie locale à la xylocaïne l'opération commence. Après quelques minutes, le docteur s'aperçoit qu'il peut traverser la paroi utérine sans effort avec la curette, et suspecte alors qu'il y a une perforation et un risque grave de péritonite. Devant cette urgence, le docteur Tonfak décide de transférer la patiente au plus vite au bloc opératoire stérile pour investiguer la perforation. Cependant, il se trouve devant le dilemme suivant : attendre que la patiente se réveille pour faire des examens plus approfondis (entre autre celui concernant les temps de saignement et de coagulation pour éviter les risques d'hémorragies post-opératoire) au risque qu'elle se vide de son sang avant même d'atteindre la table d'opération ou ne pas faire les examens et l'opérer immédiatement avec le risque de coagulopathie non-détectée. Sans l'accord de l'équipe médicale, le docteur Tonfak décide d'avertir la patiente une fois réveillée et de l'opérer sans attendre les examens complémentaires. Selon le Centers of

Disease Control¹, la première cause de décès au premier trimestre est la grossesse extra-utérine. En cas de rupture de la paroi utérine, c'est une urgence médicale qui doit être prise en charge le plus tôt possible. Heureusement, la fille de la patiente avait pu au préalable donner son sang afin que le risque de choc hypovolémique, dû aux hémorragies pendant l'opération, soit diminué. On m'a alors revêtu d'une tunique stérile, d'un masque et d'un bonnet pour pénétrer dans la salle d'opération.

L'opération au bloc a duré environ deux heures sous anesthésie générale avec ventilation mécanique. Le docteur Tonfack a d'abord ouvert l'abdomen au niveau du bas ventre horizontalement (ouverture laparotomique) avec un bistouri normal puis un bistouri électrique. Aux abords de l'utérus, le docteur observe une masse dilatant l'isthme de la trompe de Fallope. Il décide d'ouvrir et découvre une masse accrochée dans l'isthme, bloquant entièrement la trompe. Il s'agit en fait d'une grossesse extra-utérine isthmique non-rompue d'environ trois mois. En vérité, au moment du curetage, il avait buté sur la paroi de la grossesse extra-utérine et non sur la paroi utérine elle-même, la perforation était en fait une sorte de canal dans la grossesse EU.

En un instant, la masse est arrachée à la main et le docteur Tonfack ligature la trompe, referme l'utérus, puis l'abdomen dans une manœuvre qu'on appelle goudronnage.

J'ai été fasciné par cette opération. C'était la première fois que je voyais une opération aussi impressionnante, j'en ai même pris des vidéos avec l'autorisation du médecin. Le docteur Tonfack était très habile compte tenu de la force nécessaire au retrait de la masse extra-utérine. Cependant, malgré l'effort mis à stériliser les ustensiles et accomplir les gestes de manière aseptique, le bloc n'était que rarement coupé du monde extérieur. Souvent les portes du bloc restaient entrouvertes et le personnel entraînait et sortait comme dans un moulin. J'ai pu même y voir une mouche voler! Le lendemain après l'opération, je suis allé visiter la patiente, elle avait mal à l'abdomen, mais les saignements s'étaient arrêtés. Quelques jours plus tard, elle était tirée d'affaire.

Je dois ajouter tout de même que l'absence de tout appareil électronique (mis à part le bistouri électrique) se faisait sentir. Par exemple, le docteur Tonfack opérait sans l'aide d'un appareil lui indiquant les constantes vitales de la patiente. L'anesthésiste veillait à combler ce manque d'équipement. Malgré tout, je salue la compétence de l'équipe médicale à opérer dans de telles conditions.

Cas pratique 2

Le patient est un homme de 31 ans.

Il était déjà venu, sept ans auparavant, pour le même problème, à savoir : une cryptorchidie. Dans son cas, le testicule gauche n'est pas du tout descendu et le testicule droit s'est arrêté au pli inguinal. Apparemment, dans les consultations antérieures, les médecins n'avaient pas remarqué ce problème. C'est le patient après toutes ces années qui a décidé de consulter. Le spermogramme a montré une azoospermie totale. Lors de la consultation antérieure, effectuée à l'âge de 24 ans, le patient avait mal compris les explications du médecin et pensait qu'on allait lui retirer les deux testicules, c'est pour cela qu'il n'était jamais venu pour la consultation pré-op

¹ <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00035709.htm>

finale.

Il revient maintenant car il est marié et aimerait avoir des enfants. Le docteur Tonfack lui explique alors de manière très paternelle ce qu'il pense faire. Il n'hésite pas à le culpabiliser sur le comportement adopté sept ans plus tôt et son absence de démarches médicales. L'opération est expliquée sur un tableau. Le docteur Tonfack pense qu'il peut faire descendre le testicule droit jusque dans le sac scrotal afin de lui permettre un développement normal (pour notre part, nous doutons qu'à cet âge cela soit possible). Quant à l'autre testicule, il lui explique qu'il est nécessaire de l'enlever à cause des risques de cancer. Le docteur Tonfack craint que le patient n'évite l'opération à nouveau, c'est pourquoi il le pousse à se décider rapidement. Le patient en effet est d'abord hésitant, puis accepte l'opération. Il doit revenir le lendemain pour des examens complémentaires, et l'opération est prévue cinq jours plus tard.

L'opération se déroule au bloc opératoire sous anesthésie générale. Le patient subit une première intervention du côté droit au cours de laquelle le chirurgien ouvre le canal inguinal et fait descendre le testicule, qu'il attache à travers scrotum sur l'intérieur de la cuisse.

Il faut savoir qu'au Cameroun, la fertilité chez les hommes comme chez les femmes est un élément très important. Une femme ou un homme qui ne peut plus concevoir est très mal vu et souvent mis au ban de la société. Les personnes infertiles préfèrent que cela reste un secret et c'est pourquoi ils évitent d'aller consulter pour ce genre de problème, même si le médecin est tenu au secret médical (qui est plus ou moins respecté au Cameroun).

Au cours d'une des rondes matinales, le cas a été rediscuté mais cette fois avec le docteur Bayiha et une étudiante de 6^{ème} année en stage dans le service de chirurgie. Leurs avis respectifs étaient beaucoup plus mitigés. L'étudiante, pensait clairement que la prise en charge n'avait pas été bonne, que l'échographie aurait absolument dû être faite avant d'opérer. Elle a également critiqué le fait que le chirurgien décide de faire descendre le testicule restant. Le côté gauche a donc été opéré pour rien et le patient a conservé son testicule droit non fonctionnel et qui représente un risque accru de cancer. Malgré tout il était impossible dans parler ouvertement. Pour l'étudiante cela représente un affront direct avec la hiérarchie et pour le docteur Bayiha une source de conflit potentiel aussi. L'opération étant terminée ils n'en ont pas discuté plus longuement. Eventuellement lors des colloques mais nous n'y avons pas participé. Il aurait été intéressant pour nous de voir comment se serait résolu le problème.

Département ORL de Mbouda

Le département d'otorhinolaryngologie de Mbouda est géré par l'infirmier-chef Fouetsa Kuété Bertrand Serge qui endosse également le rôle de coordinateur des soins de l'hôpital. Il s'occupe donc des stocks de matériel médical et de leur livraison et s'assure de la qualité des soins dans chaque département. Le bâtiment ORL est assez petit et n'a qu'une capacité d'une douzaine de lit. Il contient aussi le cabinet de l'infirmier-chef, une salle de préparation avec stérilisateur et une salle pour les interventions chirurgicales. Peu de personnes viennent avec des problèmes graves nécessitant une hospitalisation. L'infirmier-chef Fouetsa Kuété m'a expliqué que la cause principale de consultation est la céphalée, symptôme de sinusite. D'ailleurs, la plupart des patients que j'ai vu entrer au cabinet venaient à cause de céphalées causées par une (ou des) sinusites(s) visible(s) aux rayons X.



Le personnel est lui aussi réduit par rapport aux autres départements. En dehors des visites journalières des étudiants en médecine et du médecin-chef, seul l'infirmier-chef Fuetsa Kuété et deux infirmiers sont stationnés en ORL.

Cas pratiques

Dû au fait que peu de patients sont venus consulter lors de ma visite en ORL, je ferai une brève description des patients hospitalisés en général. La plupart, comme dit précédemment, viennent pour des céphalées d'étiologie infectieuse. J'ai pu assister plusieurs fois à des lavements des sinus maxillaires et même en pratiquer un sous la supervision de l'infirmier Calvin. Les patients ne posent que peu de questions et obéissent sans discuter à ce que dit l'infirmier-chef. L'ambiance des consultations est très détendue. La radio est toujours allumée ; c'est clairement un facteur d'apaisement. L'infirmier-chef Fuetsa Kuété est toujours très jovial et la porte est toujours fermée afin de conserver le contenu de ses consultations entre lui et son patient. Par contre, quand il s'agit de faire une radio ou d'acheter des médicaments, les patients ont plus de mal à rester compliants. Malgré les faibles coûts des soins à l'hôpital de Mbouda, les Camerounais ont du mal à réunir des sommes qui pour nous seraient extrêmement modiques (de l'ordre de 5 à 20 CHF). Le plus difficile pour les patients est d'accepter de se faire hospitaliser. Cela bloque la possibilité de travailler et nécessite encore plus d'argent. Souvent, des gens de la famille accompagnent les patients pendant leur hospitalisation. Ils les aident à payer les frais, mais surtout ils sont là pour faire la cuisine (les repas ne sont pas servis par l'hôpital), faire la lessive, amener les draps

pour les lits ou encore s'occuper des enfants du malade. Ils jouent donc un rôle très important pour les patients hospitalisés.

Ma visite en ORL m'a appris les difficultés que les patients ont à payer les soins sans assurance et de découvrir un aspect plus doux et plus serein de la médecine au Cameroun. J'ai beaucoup apprécié l'infirmier-chef Fuetsa Kuété qui à mes yeux faisait le maximum pour que ses patients comprennent ce qui leur arrive et soient à l'aise dans son cabinet.



Ci-dessus l'infirmier-chef Fuetsa Kuété dans son bureau

Stage en brousse au dispensaire de Nden

Après un très long voyage en mini-bus, nous arrivons au dispensaire de Nden qui se trouve au milieu de la jungle. C'est un médecin français, le docteur Brunnier, qui nous accueille accompagné de sa femme. Il nous explique qu'il est présent depuis un an et que le dispensaire a beaucoup changé depuis son arrivée. Il est le seul médecin au sein du personnel médical. L'eau courante est présente et l'électricité aussi.

Le dispensaire en lui-même est formé de huit bâtiments. Le premier est composé du cabinet du médecin, de la pharmacie, d'une salle d'opération non-stérile, d'une salle de stérilisation et d'une salle d'opération stérile. Il y a un bâtiment dédié à l'administration et au laboratoire, deux bâtiments d'hospitalisation accueillant des chambres communes, privées et VIP, un bâtiment composé de plusieurs appartements pour les stagiaires et certains infirmiers, un autre bâtiment pour les stagiaires et pour l'épicerie, et pour finir la maison du docteur Brunnier et de sa femme. Le médecin nous loge dans un petit studio comprenant deux chambres, une petite cuisine et une salle de bain. C'était donc un luxe. Le dernier bâtiment est, quant à lui, dédié au groupe électrogène permettant un apport d'électricité soutenu même pendant les coupures de courant. En retrait du dispensaire se trouve le village des anciens lépreux où six patients vivent encore et sont entretenus par le dispensaire. Le dispensaire de Nden appartenant à la fondation catholique Ad Lucem, on y trouve aussi une église dans laquelle le personnel vient chaque matin faire la prière du travail et le partage des informations. Le docteur Brunnier nous explique qu'il a fait venir de France un électricien pour installer des panneaux solaires qui leur ont été offerts par une petite entreprise française afin de diminuer les coûts liés à la consommation d'essence par le groupe électrogène.

Le dispensaire de Nden a pour but d'offrir des soins à une population d'une extrême pauvreté. Le village de Nden et ses environs ne pratique pas beaucoup le commerce. La plupart des familles vivent de ce qu'elles cultivent et très peu de monnaie circule, rendant très compliqué l'administration de soins. Soutenu par l'association Almedea (Aidons la médecine en Afrique)¹³, l'équipe médicale de Nden propose des soins de bonne qualité à un tarif imbattable. La majorité de l'équipement et des médicaments proviennent de dons faits à Almedea, ce qui permet d'adapter le tarif des soins uniquement aux salaires des employés. Le docteur Brunnier nous explique qu'il fait tout son possible pour garder l'hôpital propre – ce qui n'était pas le cas avant son arrivée. Il y a de nombreuses années l'hôpital était très bien équipé et connaissait une forte activité. A son arrivée, le docteur Brunier n'a pu que constater que la brousse avait gagné du terrain, arrivant jusque dans l'hôpital même et que tout était délabré. Beaucoup d'équipements avaient disparus et c'est grâce à des dons qu'ils ont pu remettre à neuf les salles, apporter des équipements et refaire les sanitaires.

Concernant la corruption, elle est partout. Par exemple, on nous a dit que à Ad Lucem, le prix de la nuit était de 1000 FCFA (~2CHF) alors que dans un hôpital public il faut payer une caution de 100'000 FCFA et rajouter 15'000 FCFA par nuit. Malgré ces prix, le personnel médical des hôpitaux publics se plaint d'être mal payé. Le problème est qu'on ne sait pas où part la majorité de cet argent et c'est ainsi pour beaucoup de

¹³ <http://www.almedea.org/>

projets gouvernementaux. C'est pourquoi le docteur Brunnier veut que les salaires soient fixes et permettent à son personnel de survivre. Si la corruption s'installait dans le dispensaire de Nden, la population ne le fréquenterait plus à cause de la hausse des prix.



Eglise de Nden

Le personnel de Nden est composé de onze personnes pour une capacité de quarante lits. Le docteur Brunnier est le seul médecin de l'équipe. Le reste est composé de deux infirmiers, deux aides-soignants, deux personnes s'occupant de l'entretien, un laborantin, une pharmacienne, une administratrice/gérante (s'avérant être Madame Brunnier) et d'un homme de confiance gérant l'épicerie le jour et gardien de nuit. L'épicerie est nécessaire pour les patients car l'hôpital, bien qu'au milieu de plusieurs plantations, est à une demi-heure en voiture du village le plus proche. L'épicerie propose donc des aliments de base, tels que le pain, les pâtes, ou encore l'eau en bouteille mais aussi tout ce qui peut se trouver dans une épicerie commune: bonbons, légumes, sauces, produits lessive, boissons gazeuses, boissons protéinées (spécialement pour la nutrition des patients) ect...

Ce qui nous a plu, c'est que le médecin avait déjà prévu un programme de travail pour nous. Il a dit que nous allions l'épauler pour les consultations et les examens physiques et que nous allions même prendre en charge des patients. Il avait même prévu de nous emmener dans des villages de la région afin d'y faire des consultations et des dépistages de l'hypertension artérielle.

Prise en charge d'une patiente atteinte du SIDA

Avec une prévalence de 5.3%¹⁴ chez les personnes âgées de 15 à 49 ans pour l'année 2009, le Cameroun fait partie des pays d'Afrique centrale à la prévalence la plus élevée d'infection au VIH. Cependant, cette prévalence est en train de diminuer

¹⁴ http://www.unicef.org/french/infobycountry/cameroon_statistics.html

principalement grâce à la campagne de prévention effectuée dans tout le pays. Malgré tout, le dispensaire de Nden reçoit encore des patients séropositifs ou atteints du SIDA. Le laboratoire de Nden propose d'ailleurs un test sérologique pour le VIH. Le VIH au Cameroun est encore vu comme un tabou et les personnes qui en sont atteintes sont stigmatisées. C'est pourquoi plusieurs moyens sont mis en œuvre pour conserver l'anonymat du patient. Ces derniers consultent dans des unités spécialisées appelées simplement Unité de Prise en Charge (UPEC) et les résultats des tests sont toujours très cryptiques à un tel point qu'ils sont présentés différemment selon l'hôpital dans lequel ils sont effectués. Concernant la clinique, les symptômes du SIDA sont peu spécifiques, cette maladie se distingue principalement par des infections opportunistes qui conduisent souvent à un amaigrissement très sévère, des lésions cutanées et des surinfections. C'est ainsi qu'un jour une patiente fortement amaigrie arrive conduite par sa famille au dispensaire de Nden. Le docteur Brunnier nous demande de la prendre en charge Pablo et moi.

La patiente est une femme dans la trentaine très asthénique et fortement amaigrie. Elle est incapable de nous répondre ou de bouger en réponse à des stimuli, elle n'ouvre presque pas les yeux et ne répond qu'aux stimuli de douleur. Pablo et moi la plaçons dans une chambre seule avec déjà une forte suspicion du SIDA. La prise de tension



Le docteur Brunnier et le chef du village s'adressent aux patients venus consulter gratuitement et faire le dépistage de l'HTA

révèle qu'elle fait de l'hypotension grave et l'auscultation cardiaque montre un cœur battant à 120 bpm. Craignant un choc hypovolémique, nous demandons à l'infirmier de lui administrer 500 ml de solution saline avec lactose. Nous demandons aussi en urgence un test pour le VIH, car le résultat du précédent test réalisé en Guinée est tout simplement incompréhensible et la famille n'a aucune idée de ce qui est écrit dans son carnet de soins. L'infirmier a beaucoup de mal à la piquer à cause de son amaigrissement et de ses veines extrêmement fines. Après une heure (!), une autre infirmière arrive manifestement plus compétente, car elle arrive à la piquer du premier coup. Les constantes de la patiente commencent à se stabiliser quand le médecin arrive. C'est quelques heures plus tard que le résultat du test revient : la patiente est effectivement séropositive. Il nous explique qu'il n'a aucun traitement antirétroviral dans son dispensaire et qu'elle doit absolument rejoindre une UPEC dans un centre de

santé plus grand. En bref, il ne peut que lui offrir des soins palliatifs.

C'est en discutant avec sa famille que le docteur Brunnier apprend qu'elle revient de Guinée (Conakry) et qu'elle y avait séjourné sept ans. Il nous explique que la prévalence du VIH chez les prostituées dans ce pays « crève le plafond », que c'est probablement pour se prostituer que la patiente y est allée, et qu'elle doit être dans cet état depuis déjà plusieurs mois et qu'elle est rentrée au Cameroun faute de moyens pour subsister. En effet, la Guinée est le pays à la plus forte prévalence d'infection parmi les prostituées (42% en 2001-2002¹⁵), alors que son taux parmi la population générale est plus faible qu'au Cameroun (environ 1.2% en 2001, 1.6% en 2007¹⁶).

De notre point de vue, gérer cette patiente était notre première expérience clinique. Nous n'avons pas fait grand-chose, mais nous avons pu observer à quel point les soins peuvent être influencés par l'expertise du personnel. Heureusement que le cas était moins grave qu'il n'y paraissait car pendant une heure la patiente était sans soins. C'est seulement lorsqu'Hélène, l'infirmière, est arrivée que la patiente a pu recevoir la solution saline. Nous espérons que cette patiente a pu partir assez tôt pour se rendre dans un centre de soin adéquat, mais rien n'est moins sûr avec le tabou lié à cette maladie.

La pauvreté à Nden

Comme exposé plus haut, la pauvreté à Nden est uniquement monétaire. Les habitants de la région qui y restent la majeure partie de l'année ne pratiquent pas de commerce. Ils vivent de leurs champs et si nécessaire font du troc avec d'autres agriculteurs ou fermiers pour obtenir des biens qu'ils ne produisent pas eux-mêmes. C'est une des raisons pour lesquelles la population résidente ne va pas tout de suite à l'hôpital. Les gens préfèrent aller se faire soigner par la médecine traditionnelle – des sorciers par exemple – car le paiement se fait en nature. Les soins traditionnels ne coûtent rien en argent, mais un sorcier pourrait demander du bétail ou plusieurs kilos de manioc. Ça arrange les Camerounais sans le sous, mais la valeur d'une poule par exemple est bien plus élevée que 10'000 FCFA et l'efficacité de la médecine traditionnelle est contestable selon le docteur Brunnier. Un autre problème qu'on rencontre de manière plus générale au Cameroun est que la compliance des patients dépend de leur niveau de vie. Les soins sont arrêtés lorsqu'il n'y a plus d'argent, c'est-à-dire que les patients sortent de l'hôpital non pas quand ils sont guéris, mais quand ils n'ont plus d'argent. S'ils ont un bon niveau de vie ou que la maladie n'est pas très grave, ils sortent guéris. A Nden, le docteur Brunnier nous a raconté que Oumarou, le gardien de l'hôpital, empêchait principalement que l'épicerie ne soit cambriolée et que les patients ne s'enfuient la nuit sans payer. Une autre différence entre ce dispensaire et les hôpitaux publics, c'est que le docteur Brunnier essaie tout de même de convaincre les patients de rester jusqu'à ce qu'ils soient guéris en leur expliquant que s'ils repartent en étant malades, ils auront de graves problèmes et devront revenir pour un traitement plus lourd et plus cher. Tandis que dans les autres hôpitaux, si les patients n'ont plus d'argent, personne ne les retient de partir. Pour réduire ce genre de risque, le docteur Brunnier renvoie toute personne corrompue et pratique des prix extrêmement réduits. Par exemple, il nous a expliqué qu'un traitement antihypertenseur de base – comme un diurétique – appliqué pendant

¹⁵ <http://www.who.int/hiv/pub/epidemiology/en/AIDS%20en%20Afrique.pdf>

¹⁶ http://apps.who.int/globalatlas/predefinedReports/EFS2008/full/EFS2008_GN.pdf

trois mois pouvait s'élever à 15'000 FCFA par mois (~30CHF) à Yaoundé alors que lui, le propose à 1'500 FCFA (~3CHF) pour la même quantité. Les stratégies avancées : dépistage de l'HTA

Stratégies avancées, tel est le nom que le docteur Brunnier donne aux excursions que nous avons faites lors de notre séjour à Nden afin de dépister l'HTA et faire des consultations dans des villages reculés. En quelque sorte, c'est le dispensaire de Nden qui vient aux patients et non les patients qui se déplacent jusqu'au dispensaire. Nous sommes partis vers 14 heures en pick-up. Sur la route, nous avons pu observer que les habitants de la région de Nden sont vraiment coupés d'une communication telle que nous la connaissons ici. Les routes sont boueuses et on dérape facilement. Le Docteur nous a expliqué que c'était l'une des raisons pour laquelle les habitants de Nden ne venaient jamais consulter. Il nous a avertis que certaines personnes ici ne s'étaient jamais fait prendre la tension. D'ailleurs, l'hypertension artérielle est un gros problème dans ces régions reculées, car c'est une maladie qui ne se « voit » pas. Les causes et les complications de l'HTA ne sont donc pas connues de la population à Nden.

Arrivés au village, le docteur nous introduit auprès du chef de village et des habitants et nous rappelle ce qui a été dit au *briefing* la veille. Nous avons, Pablo, Getsy et moi, pour tâche de prendre la tension de tous les villageois ainsi que d'écouter leurs plaintes. Nina administre les vaccins du ROR, DTP et BCG gratuitement aux enfants à l'extérieur de la maison. Nous ne pouvons pas pratiquer l'examen clinique dû au fait que les consultations se passent dans la chambre commune du chef du village. Si le patient vient pour une autre plainte que l'hypertension, nous l'envoyons au docteur avec un page de prise de note pour lui faciliter la tâche. Le docteur Brunnier, quant à lui, est dans une salle à l'arrière de la maison et accueille les patients dans un état plus critique, un par un afin de pratiquer l'examen clinique en toute intimité.

L'hypertension au Cameroun est un problème de santé publique représentant 20 à 30% des causes d'admission à l'hôpital¹⁷. Elle est principalement causée par l'alimentation locale riche en corps gras et en sel. L'un des plats les plus faciles à faire – et délicieux en passant – est composé de beignets trempés dans l'huile et de haricots



Pablo et Matthias en consultation

dans une sauce pimentée et salée. Les Camerounais nous ont expliqué que depuis que le cube Maggi© est arrivé dans leur pays, ils en utilisent dans tous les plats. Le docteur

¹⁷ <http://www.cameroon-info.net/stories/0,21701,@,hypertension-arterielle-la-sensibilisation.html>

Brunnier nous a avoué que c'était un véritable cube de sel. Comme les symptômes de l'HTA sont peu perceptibles au début et que les habitants de Nden fréquentent peu l'hôpital, nous avons eu à faire à des cas d'hypertension de stade deux.

L'un de nos patients, une personne âgée de plus de soixante ans, vient pour un problème tout à fait différent : des brûlures gastriques. Il faut savoir qu'au Cameroun, avec la consommation de piment, nous voyons beaucoup de patients venir pour ce problème (que ce soit au village ou directement au cabinet du docteur Brunnier). Cependant, en prenant la tension, je crois d'abord à une erreur, le tensiomètre indique 225/135 de



Nina prépare un vaccin

mmHg. En reprenant la tension plusieurs fois, j'arrive au même chiffre. C'est en examinant le cou du patient que je comprends qu'il a un grave problème de circulation ; une sorte de boule palpite au niveau de son artère carotide gauche. Je pense à un anévrisme de la carotide confirmé par le docteur Brunnier. Le vieil homme doit impérativement venir à son cabinet pour recevoir un traitement adapté. Concernant les cas d'HTA, le traitement que le médecin prescrit, pour les cas graves, est composé d'un diurétique (furosémide 40mg 2x par jour) et d'un inhibiteur de l'enzyme de conversion (Captopril 25 mg). Les cas plus légers ne reçoivent que le Captopril. Les médicaments sont offerts pendant trois mois.



Getsy en pleine consultation

Afin de bien expliquer aux habitants de Nden les conséquences que pouvait avoir l'hypertension, le docteur Brunnier nous a instruit sur ce qui les angoissait le plus. Tout d'abord, les patients là-bas sont extrêmement différents de la patientèle suisse, notamment à cause du manque d'accès aux soins et bien souvent d'un manque d'éducation. Nous avons cependant été surpris de voir qu'hormis les personnes ne parlant pas français (les grands-mères très âgées), la communication était totalement fluide, ni l'accent ni les problèmes de compréhension grave entre nous et les patients. Les Suisses consultent beaucoup et souvent pour des cas peu graves, tandis qu'au Cameroun, les habitants de la région de Nden ont difficilement accès à un dispensaire ou un hôpital. La plupart travaille aux champs et ne visite que rarement les villes. De ce fait, les habitants de cette région n'ont quasiment aucune connaissance médicale. Ils savent ce qu'est le paludisme et la fièvre typhoïde, car ce sont des maladies très fréquentes au Cameroun, mais pour la majorité d'entre eux ils n'ont jamais entendu parler de l'hypertension artérielle. Le but

est donc de frapper leurs esprits pour changer leur manière de vivre. Le docteur Brunnier nous a expliqué que les risques d'arrêt vasculo-cérébral entraînant la mort leur faisait moins peur que des maladies chroniques incurables. On a donc insisté sur les complications neurologiques de l'HTA comme la cécité, l'hémiplégie ou la démence. Chacune de ces complications implique qu'ils ne peuvent plus être autonomes et donc ne peuvent plus s'occuper de leurs plantations et de leur famille. En général, quand on leur explique tout cela, ils commencent à être préoccupés et acceptent de se faire traiter.

Nous avons beaucoup apprécié ces excursions, c'était l'occasion de mettre en œuvre notre savoir médical et de pratiquer des gestes tels que la prise de tension et l'auscultation cardiaque. Le contact auprès de ces populations reculées nous a permis d'observer un peu de leur vie dans la brousse avec ses problèmes et ses joies. Nous avons découvert que les préoccupations des habitants de Nden sont vraiment différentes de celles que nous avons ou même que d'autres habitants du Cameroun ont. Nous avons donc appris à nous adapter et à prodiguer les soins les plus efficaces, ce à quoi le docteur Brunnier aspire avec le dispensaire de Nden en proposant des soins de qualité au plus bas prix possible tout en conservant une agréable cohésion et une bonne ambiance au sein de son équipe.



*L'équipe médicale de
Nden avec le Docteur
Brunnier et sa femme*

Conclusion

Ce stage au Cameroun a été une expérience enrichissante pour chacun d'entre nous. Nous avons rencontré des étudiants, des médecins, des infirmiers et infirmières disposant d'un savoir qui nous est familier. La rencontre avec les étudiants nous a réellement donné beaucoup d'espoir et de bonheur. Nous avons découvert que nos connaissances sont similaires, que nos façons d'aborder les problèmes se ressemblent et l'assiduité à l'étude de certains d'entre eux nous a beaucoup inspiré. Non seulement nous partageons l'intérêt pour la même discipline, mais nous avons en commun la culture francophone (ce qui a été un appui considérable). Nous partageons naturellement de nombreuses références et le fait d'avoir passé nos journées avec eux, d'avoir nouer des liens forts, a beaucoup renforcé nos convictions d'un avenir meilleur pour le pays.

Les pathologies que nous avons observé sont très différentes de ce qu'on peut trouver en Suisse et de ce point de vue nous avons beaucoup appris. C'est aussi au Cameroun que pour la première fois certains d'entre nous ont pu mettre en pratique le peu de choses que nous avons appris jusqu'ici. Le fait de se confronter à une réalité différente de la nôtre nous a amené à réfléchir sur le mode de fonctionnement des système de santé camerounais et suisse. Nous pouvons dire que le manque de ressources et la corruption sont deux boulets au pied du système de santé camerounais. Malgré tout, des associations comme la FALC font tout leur possible pour apporter des soins de base aux plus démunis. Grâce à eux, les Camerounais n'ayant pas les moyens d'accéder aux soins dans des hôpitaux publics peuvent quand même se faire soigner. Une chose importante que ce voyage nous a appris est qu'il est impossible de comparer les souffrances. Les situations désespérées que nous avons vécu au Cameroun ne permettent pas pour autant de minimiser ce qui se passe dans nos pays. Ce sont deux choses distinctes.

Nous avons été agréablement accueillis par l'association et nous garderons un très bon souvenir des moments passés en compagnie du personnel. Nous avons partagé la vie des étudiants en médecine et avons observé à quel point il peut-être difficile de travailler dans ces conditions.

Nous saluons aussi l'organisation que le docteur Brunnier a mis en place à notre arrivée. Nous avons beaucoup appris de ses enseignements et de nos excursions dans les villages environnant Nden.

Pour finir, un grand merci à Ernesto Papa qui nous a mis en contact avec le docteur Bidjogo Atangana, directeur de la FALC et sans qui nous n'aurions pas pu faire notre stage. Egalement un remerciement particulier au Padre Ianiselli qui nous a accueillis à bras ouverts ainsi qu'à tous les frères et séminaristes qui nous ont aidé, Alain et Oswald. Merci au professeur Fritz Baumann qui nous a aidé dans nos démarches.

Nous tenons à remercier tout le personnel de la FALC pour leur accueil et nous espérons pouvoir les revoir lors de notre prochain stage en dehors de la Suisse.

Références

- Bertrand Kiefer, « La santé est-elle un droit ? » Rev Med Suisse 2008 ; 4:2768
- Citation Jeanne Hersch Rev. médicale Suisse 4 :2768 (même article)
- Le financement de l'éducation au Cameroun, Claude Abé, Juin 2007
- Financement de l'Education au Cameroun : un budget à controverse, *Towa Koh Michel* www.njanguipress.com
- STRATÉGIE DE COOPÉRATION DE L'OMS AVEC LES PAYS CAMEROUN 2003-2007 : http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccs_cmr_fr.pdf
- Aids: Cameroon takes up the challenge, Scientific newssheets June 2010, No. 352
- <http://www.courrierinternational.com/article/2004/09/22/la-presidentielle-camerounaise-est-jouee-d-avance>
- <http://voixdexils.ch/2011/11/17/paul-biya-un-dictateur-sanguinaire-au-service-de-la-france/>
- www.medcamr.org
- http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_fr.pdf
- <http://www.promhandicam.org/23908/index.html>
- <http://www.almedea.org/>
- http://www.unicef.org/french/infobycountry/cameroon_statistics.html
- <http://www.who.int/hiv/pub/epidemiology/en/AIDS%20en%20Afrique.pdf>
- http://apps.who.int/globalatlas/predefinedReports/EFS2008/full/EFS2008_GN.pdf page 4
- <http://www.cameroon-info.net/stories/0,21701,@,hypertension-arterielle-la-sensibilisation.html>