



Faible accès aux soins de santé et vulnérabilité des populations côtières de l'île de Manoka aux maladies endémiques et épidémiques

Poor access to health care and vulnerability of coastal populations on Manoka Island to endemic and epidemic diseases

MBEVO FENDOUNG Philippes, SAHA Frédéric & TCHINDJANG Mesmin

© 2021 CJTG-RCGT Tous droits réservés / All rights reserved

Résumé:

L'accès aux soins de santé en Afrique et même partout dans le monde constitue un défi majeur de développement à relever. La situation paraît plus critique en Afrique, où la pauvreté, l'enclavement de certaines régions, le faible revenu par habitant constituent encore de véritables écueils. Les maladies infectieuses les plus récurrentes sont entre autres le paludisme, la typhoïde, la dysenterie ambiante, le choléra, etc. Le Cameroun n'est pas du reste. Cette étude se propose de montrer la part du faible accès aux soins de santé dans la vulnérabilité aux maladies endémiques et épidémiques des populations de l'île de Manoka, situé à l'embouchure du Moungo, dans la Région du Littoral (Cameroun). La démarche méthodologique s'appuie sur des enquêtes socio-économiques auprès des ménages, les levées GPS et l'exploitation des données existantes, notamment la base de données de l'Institut National de Statistique (INS) sur la santé. Il en ressort que l'île de Manoka ne comporte que quatre (04) centres de santé pour une population de plus de 5464 habitants. La mauvaise gestion des déchets, la stagnation de l'eau autour des maisons, le refus de vaccination et le sous-équipement des centres de soins sont autant de causes qui expliquent la recrudescence de ces maladies. La typhoïde est responsable de 37 % des cas de maladie, contre 26 % pour le paludisme et le choléra. Les États ont pris des mesures pour juguler cette situation, mais les inégalités restent palpables.

Abstract:

Access to health care in Africa and even around the world is a major development challenge. The situation seems to be more critical in Africa, where poverty, landlocked areas, and low per capita income still pose a real challenge. The most common infectious diseases are malaria, typhoid, amoebic dysentery, cholera, etc. Cameroon is still concern. This study aims to show the share of low access to health care in vulnerability to endemic and epidemic diseases of the populations of Manoka Island, located at the mouth of the Moungo in the Littoral Region (Cameroun). The methodological approach is based on socio-economic surveys of households, GPS surveys and the use of existing data, in particular the database of the National Institute of Statistics (NIS) on health and demography. As a result, the island of Manoka has only four (04) health centers for a population of more than 5464 people. Poor waste management, stagnant water around homes, refusal of vaccination and under-equipped health centers are all factors that explain the resurgence of these diseases. Typhoid is responsible for 37% of cases, compared with 26% for malaria and cholera. States have taken steps to curb this situation, but inequalities remain palpable.

Mots clés / Keywords

Accès aux soins de Santé, maladies endémiques et épidémiques, Vulnérabilité, île de Manoka
Access to health care, endemic and epidemic disease, Vulnerability, Manoka island

Histoire de l'article/Article history
Reçu / Received: 1^{er} janvier 2019

Accepté / Accepted: 15 juillet 2021

Publié en ligne / Published online: 25 décembre 2021

Introduction

La lutte pour l'accès aux soins de santé des populations à travers le monde constitue une préoccupation majeure. La typhoïde, le paludisme, le choléra, la dysenterie ambiante... sont autant de maladies ambiantes qui menacent particulièrement le continent africain. En 2015, suivant les statistiques de l'OMS, le paludisme par exemple a touché 3,2 milliards de personnes, soit près de la moitié de la population mondiale. L'Afrique Subsaharienne supporte à elle seule une part disproportionnée de la charge mondiale de cette maladie, soit 88 % des cas et 90 % de décès enregistrés. Les femmes enceintes et les enfants de 0-5 ans sont les plus touchés.

La principale raison de ce taux élevé de prévalence est liée aux mauvaises conditions de vie dans laquelle la plupart des populations des pays africains se trouvent. Au cours de la décennie 80-90, le système de santé de ces pays a connu des perturbations dues à la crise économique. Au Cameroun, cette crise a eu de lourdes conséquences à savoir la baisse des salaires, du personnel de l'État, la réduction du pouvoir d'achat des ménages et surtout l'incapacité de l'État à investir dans les secteurs sociaux. Les différents plans d'ajustement structurels n'ont pas produit les résultats escomptés. Les populations, dont l'emploi a été maintenu, ont dû faire avec deux baisses de salaire en 1993. L'État fut ainsi contraint de réduire son budget,

entraînant ipso facto une diminution des ressources publiques allouées à plusieurs secteurs au rang desquels la santé. C'est la raison pour laquelle l'accès aux soins de santé de qualité n'est possible que pour des personnes au revenu confortable. Cette situation a poussé bon nombre de ménages à recourir à l'automédication jugée plus accessible.

Après le passage de la crise, la privatisation d'un certain nombre de services et le recouvrement des coûts, on a assisté au Cameroun et à Douala en particulier, à une prolifération de la médecine traditionnelle et une dissémination des centres de santé privés. Dès lors, les populations se soignent par l'intermédiaire de la médecine moderne et font aussi appel aux tradi-praticiens. Ainsi, face à un mal, le patient devra choisir entre les offres thérapeutiques : moderne ou traditionnelle (Mpondo Mpondo, 2012).

La ville de Douala est confrontée à une croissance urbaine galopante, et caractérisée par une forte hétérogénéité spatiale, avec une opposition nette entre quartiers structurés et quartiers anarchiques. Dans l'arrondissement de Douala IV, l'accès aux soins de santé est fortement inégal selon la situation socio-économique des populations. On relève encore un manquement notoire dans l'offre en services de santé dans cet arrondissement. Il devient important de se demander quelles sont les

perspectives à entreprendre afin d'améliorer le système de soins de santé dans l'arrondissement de Douala IV.

L'objectif de ce travail est de montrer la part du faible accès aux soins de santé dans la vulnérabilité des populations de l'île de Manoka aux maladies endémiques et épidémiques. Les enquêtes socio-économiques, la levée des centres de santé et l'analyse de sa répartition spatiale constituent la démarche méthodologique adoptée.

Présentation et échelle spatiale de la zone d'étude

L'étude se déroule dans l'île de Manoka, chef-lieu du 6^e arrondissement de Douala. Taxée de territoire fantôme par certains observateurs, cette île a fait l'objet d'un trafic intense pendant la période coloniale, avec l'exploitation du bois. Aujourd'hui, elle présente un triste visage de territoire enclavé et sinistré, où les populations abandonnées à elles-mêmes, vivent dans la pauvreté, résultante d'une décadence qui a débuté en 1972 avec la fermeture de la SNC Bois. Elle est constituée d'une succession de 15 (quinze) îles, dont le plus connu est Cap Cameroun, eu égard son statut de principal pôle économique de la localité. Il s'étend entre 9° 28' 0" et 9° 28' 30" E, entre 3° 54' 20" et 3° 54' 40" E. Sa superficie actuelle est évaluée à environ 285,20 km². Manoka a une population totale de 5 464 habitants (BUCREP, 2005) dont l'essentiel est constitué de la communauté de pêcheurs ressortissants du Nigéria, et représente plus de 80 % du total de la population. À longueur de journée, on voit débarquer à Youpwé, véritable point d'entrée de l'île de Manoka, des tonnes de poissons dont plus de la moitié vient de Cap Cameroun. Du point de vue géomorphologique, l'île est située sur les côtes meubles basses qui se développent sur au moins 220 km et qui s'étale de l'embouchure du fleuve Sanaga à l'estuaire du Wouri. Ce type de relief, relativement vulnérable à l'érosion côtière, constitue une pesanteur négative pour toutes tentatives d'aménagement durable de cette île, dans un contexte marqué par les changements climatiques et de risque naturel qu'ils agrègent. La figure 1 ci-dessous situe l'île dans la Région du Littoral.

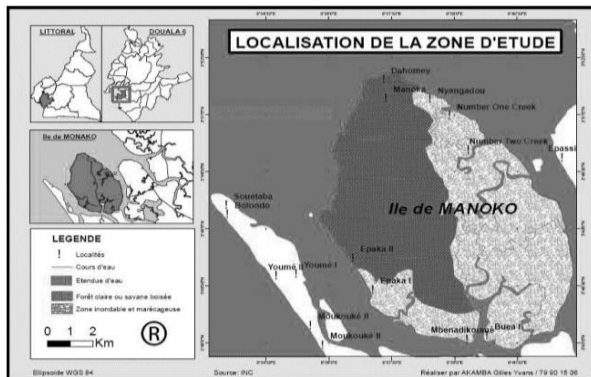


Figure 1 : Localisation de la zone d'étude

Méthode de collecte et de traitement des données

Une descente sur le terrain a lieu et a permis de lever (GPS) les différents hôpitaux que comporte l'île de Manoka. Un questionnaire est conçu et utilisé comme moyen d'enquête auprès des ménages. Ce questionnaire est appliqué à un échantillon de 100 ménages ciblés dans les quartiers les plus exposés aux maladies. (Cap Cameroun, Toubé, Moukoulé I et II, Epaka I et II, Dahomey). Il nous a permis d'enregistrer les différentes maladies qui régissent dans la zone, ainsi que leur perception par les populations.

La base de données de l'INS sur les enquêtes démographiques et sanitaires est utilisée et a permis d'avoir un certain nombre d'informations sur l'état des centres de soin de santé dans cette île et dans la région du Littoral en général.

Un certain nombre d'outils ont été utilisés pour traiter les données collectées. Il s'agit du logiciel Arcgis® et mapsourc®. Le premier a permis de traiter les données cartographiques et le second a facilité l'extraction

des points GPS. La figure 2 ci-dessous décrit le processus de collecte et de traitement des données.

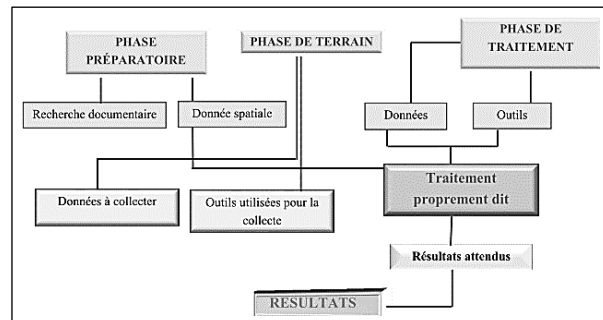


Figure 2 : Démarche méthodologique adoptée

Résultats

L'implémentation de la méthodologie ci-dessus a donné lieu à des résultats probants, axés sur le niveau de distribution des centres de soin de santé et la vulnérabilité des populations aux maladies dans l'île de Manoka. Un inventaire des maladies épidémiques et endémiques dans l'île a permis de tirer un trait sur les cas à l'œuvre sur l'île. Les causes de cette situation sont légion et varient d'un pan de l'île à l'autre.

La répartition spatiale des centres de soins de santé dans l'île de Manoka

Au sorti des enquêtes menées sur le terrain, le constat est lamentable. L'île de Manoka ne dispose que de 04 (quatre) centres de soins de santé, pour une population estimée à 5 464 habitants, soit 1 centre pour 1 366 habitants. Ces centres dans la totalité sont sous-équipés en termes de produits et de personnel. Il apparaît clair que les médecins préfèrent l'accessibilité pour mieux se déployer (Haggerty et al, 2004). En fait, l'île de Manoka présente un niveau d'enclavement considérable. Le principal obstacle c'est la mer et en seconde position la forêt (mangrove). L'alimentation électrique est inexistante, avec toutefois de petits groupes électrogènes domestiques. Le signal téléphonique médiocre, les chavirements de pirogues en mer sont autant d'écueils qui entravent le bon fonctionnement des services publics ou privés dans cette île. Du coup, Les fonctionnaires, les élus locaux et tous autres acteurs ont du mal à y rester en permanence et à s'y investir. La figure 3 ci-contre synthétise toutes les difficultés qu'on a à se rendre dans l'île de Manoka et donc à se soigner.

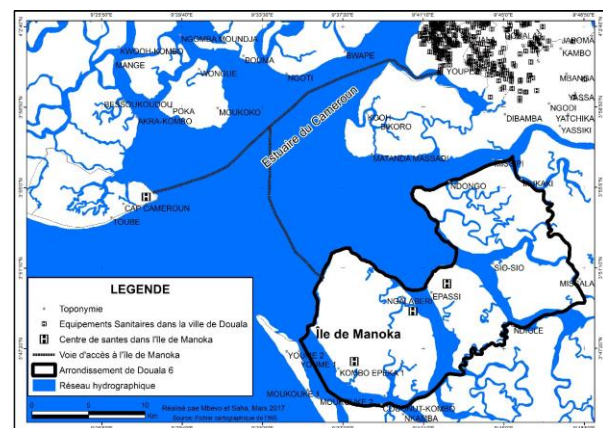


Figure 3 : Difficulté d'accès à l'île de Manoka et aux soins de santé.

Inventaires des maladies épidémiques et endémiques dans l'île de Manoka

En guise d'une délimitation inspirée du préambule de la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), adoptée le 22 juillet 1946, la santé n'est plus définie tout simplement comme l'absence de maladies mais comme un « état de bien-être total physique, social et mental de la

personne ». Cet énoncé a été complété en 1986 par la charte d'Ottawa qui prévoit la mise sur pied, par les États, de politiques de soins de santé et qui introduit le rôle de l'environnement dans la santé humaine. Selon une étude de l'OMS datant de 2007, environ 25 % des maladies pourraient être évitées en agissant sur l'environnement : c'est le cas des maladies diarrhéiques et broncho-pulmonaires, du paludisme et des conséquences de l'exposition à diverses substances, de la pollution de l'air et de l'eau, etc. l'île de Manoka s'inscrit dans ce sillage.

La santé apparaît donc comme un bien précieux parmi les biens que valorisent les êtres humains. De ce fait, il occupe une place très importante dans les sociétés. Au Cameroun comme partout dans le monde, cette importance est illustrée par des politiques sanitaires calquées sur les aspirations nationales et les modèles internationaux telles que la Charte Africaine de Développement Sanitaire et les soins de santé primaires. Ce système de santé au Cameroun se caractérise par une inégalité criarde au niveau de l'accès ; les villes apparaissent plus loties que les villages et les territoires difficiles d'accès.

Dans l'île de Manoka, distant de plus de 30 km de la ville de Douala, on observe plusieurs types de maladies, dont les plus dominants sont la typhoïde et le paludisme. À côté de celles-ci il y a des maladies endémiques/pandémiques. Il s'agit du choléra, de la dysenterie amibienne, essentiellement causé par la qualité de l'eau et le non-respect des règles d'hygiène élémentaire. Les changements climatiques ambiants soumettent cette île à une forte variation des températures et précipitations, occasionnant ainsi des maladies liées aux vagues de chaleur, inondations, tempêtes. Ces bouleversements environnementaux sont très propices au développement des agents pathogènes et vecteurs des maladies.

Le paludisme et la typhoïde

Dans l'île de Manoka, on assiste à la recrudescence des maladies endémiques telles que le Paludisme et la Typhoïde. Ces deux maladies sont les plus affligeantes et une partie importante de la population de l'île en souffre. La typhoïde reste la plus récurrente et affecte plus de 37 % de cette population. Le paludisme se situe à 26 % des cas de maladie.

Pour ce qui est du paludisme, c'est une maladie infectieuse potentiellement mortelle, due à des parasites appelés Plasmodium, transmis à l'homme par des piqûres de moustiques appelés Anophèle femelles. Après piqûre de moustique infectante, on peut observer une incubation silencieuse de 10 à 15 jours. Après ceci, les premiers symptômes (fièvre, maux de tête, frisson et vomissements) apparaissent. Ces deux pathologies sont récurrentes dans l'île en saison pluvieuse, lorsque les précipitations atteignent leur pic (Juin, juillet et août). L'abondance des précipitations et la stagnation de l'eau constituent un terreau fertile pour la propagation du germe de la maladie. La meilleure façon de prévenir et réduire la transmission du paludisme reste la lutte anti vectorielle. Cette recommandation vient de l'OMS, pour qui la protection des populations exposées au risque de contraction de cette maladie reste l'une des principales préoccupations. Elle préconise ainsi deux (02) formes de lutte (i) la moustiquaire imprégnée à longue durée d'action (MILDA) (ii) la pulvérisation d'insecticide à l'intérieur des maisons.

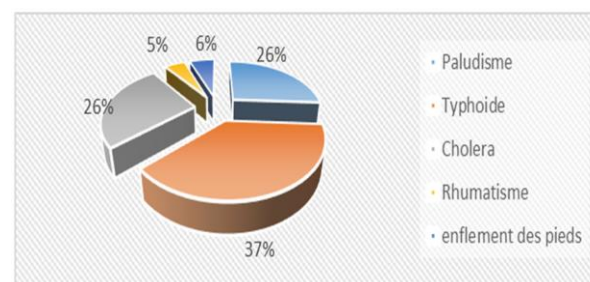
Malheureusement, face à cette situation indésirable, on note un soutien médical défaillant à plusieurs égards. L'île de Manoka souffre de son abandon par les autorités d'une part et d'autre part par ses élites. Une majeure partie de l'élite de cette île a des demeures secondaires à Douala, ou Edéa. La nécessité de prendre des mesures palliatives s'impose, afin de réduire la vulnérabilité de ces populations et accroître leur résilience. Assako Assako, 2005 a fait le même constat de maladie autour des plantations agro-industrielle d'HEVECAM à Niété, dans le sud forestier du Cameroun. Ici, une tranche importante de la population souffre du paludisme.

Le choléra et la dysenterie amibienne

Au rang des maladies épidémiques à l'œuvre à dans l'île de Manika, on dénombre le Choléra et la dysenterie amibienne. D'ailleurs, l'OMS a, en 2008, placé le Cameroun parmi les pays à haut risque suite à la poussée épidémiologique du choléra qui a sévi dans la région du Littoral et du Nord. Ce deuxième type de maladie est périodique et est étroitement lié aux mauvaises conditions d'hygiènes et à la détérioration de la qualité de l'eau. Cette dernière situation touche le Cameroun dans sa totalité. Les

populations dans presque toutes les régions font face à une multitude de cas de maladies hydriques (Nguendo, 2010). Les enfants de moins de cinq ans (05) apparaissent plus vulnérables. Elle se manifeste par des diarrhées fréquentes qui seraient responsable du plus grand nombre de cas de décès chez cette tranche d'âge (Bakwate Banza-Nsungu et al, non daté). Comment penser autrement, alors qu'il n'existe pratiquement pas de latrines à Cap Cameroun par exemple ! Raison pour laquelle les abords des cours d'eau sont utilisés comme décharge. Suite à une inondation ou à une marée haute, ce sont ces eaux souillées qui remontent et envahissent les maisons. Par ailleurs, l'élévation du niveau de la mer – cas de l'hypothèse de la fonte des glaces polaires — affecte considérablement les ressources en eau potable et pose un problème fondamental de santé publique, car la détérioration de la salubrité de l'eau engendre les risques de maladies (Selly & Diallo, 2007). Malheureusement, la réponse humaine à cette maladie n'est pas conséquente. C'est lorsqu'elle devient plus affligeante que l'État délègue un corps médical pour secourir les populations sinistrées dans l'île de Manoka. D'où cette attitude « lente et passive » de l'État tant décriée par certains chercheurs.

En dehors de ces maladies liées à l'environnement, il en existe d'autres purement existentielles comme le rhumatisme, des pieds enflés qui représenterait 6 % et 5 % de maladies (figure 4). Ces maladies ont été enregistrées auprès des ménages et lors d'un entretien avec le responsable de la santé de Manoka et de Cap Cameroun.



Source : enquête de terrain

Figure 4 : Maladies affectant les populations

Au regard de ces résultats, la vulnérabilité des populations de l'île de Manoka est une réalité, puisque la santé constitue le pilier principal de tout épanouissement, voire de tout développement (entend-on souvent dire : « un esprit sain dans un corps sain »). Un peuple qui ne parvient pas à se soigner dignement est un peuple vulnérable et exposé à de nombreuses calamités, et par conséquent contre-productif. Ce qui tient lieu de centre de santé à Cap Cameroun par exemple (photo1) est un petit bâtiment à l'image de l'île, à l'intérieur duquel on trouve des médicaments aux origines douteuses.

Les causes de leur prolifération

La prolifération des maladies infectieuses dans l'île de Manoka trouve son fondement dans plusieurs mobiles. La situation de précarité dans laquelle vivent les populations de cette île, la faible couverture sanitaire, la mauvaise gestion des déchets solides et ménagères et dans une certaine mesure les changements climatiques ambiants et les risques qu'ils agrègent sont autant de facteurs justificatifs. En clair, l'incident d'une infection, en un lieu, en un moment donné, est la résultante d'une synergie de mobiles (Coldefy & Gabrielli, 2010).

La mauvaise gestion des déchets solides et ménagers

Dans l'île de Manoka, il n'existe presque pas de politique de gestion des ordures solides et ménagères. Les populations déversent leur déchet soit dans la mer ou alors derrière les maisons. L'accumulation de ces ordures offre un environnement propice à la prolifération des agents pathogènes. Les déchets solides déversés dans la mer sont restitués sous forme de dépôt suite aux inondations ou à la survenue d'une marée haute (Mbevo, 2016). La photo 1 ci-contre indique ces ordures charriées par la mer et déposées dans l'espace de vie des populations de Manoka. Cette situation de mauvaise gestion des déchets ne concerne toutefois pas la région du Littoral Uniquement. Dans la Région du Nord-Cameroun, Ndié et Nguendo,

2016 faisaient état de 92% de formations sanitaires au sein desquelles la gestion des déchets sanitaires était défaillante. Il y a donc lieu d'établir une forte corrélation entre le milieu de vie et la propagation des maladies (Toukep et al. 2012). Dans la ville de Maroua, Eloundou Messi & Baska Toussias, 2011 soulignent également des cas d'insalubrité dans les quartiers populaires, où la mauvaise politique d'évacuation des déchets constitue un terrain fertile pour la prolifération des germes de maladie.



Source : Mbevo, 2016

Photo 1 : Cas d'accumulation des ordures non loin des maisons à Manoka

Cette situation trouve son fondement dans la situation de pauvreté où se trouvent les populations de l'île de Manoka. D'ailleurs, suivant les statistiques de l'INS (2015), 7 % de la population de Douala vivait sous le seuil de pauvreté en 2014. Une tranche importante de cette population se trouve dans la commune d'arrondissement de Douala 6e qui, par rapport aux autres arrondissements, présente un déficit de développement notoire. Les inégalités sociales et le sous-équipement en centre de soins de santé primaire participent ainsi à l'amplification de la vulnérabilité des populations aux multiples maladies (Pascal L., 2004).

La stagnation de l'eau autour des maisons

Dans l'île de Manoka et plus précisément à Cap Cameroun, les populations vivent sous la menace permanente du mouvement de la mer. Elles sont entourées des eaux à marée montante, ce qui fait que les habitations sont constamment inondées. La conséquence des inondations sur la santé des populations a été soutenue par plusieurs auteurs (Green, 1988 ; Bromet & Drew, 1995). À ceci s'ajoute le fait que les latrines sont pour la plupart à ciel ouvert. C'est la raison pour laquelle l'épidémie de choléra y est très menaçante. Le ravitaillement en eau se fait depuis les villes de Tiko et de Douala, par pirogue. En saison de pluie, les populations font plus recours aux eaux de pluie pour s'alimenter. La situation devient critique pendant la petite saison sèche où tout apport pluvial a rompu. Sur la planche photo 2 ci-dessous, nous avons deux cas de maisons complètement implantées dans les déchets. Ces poches d'ordures abritent les mouches et moustiques de tout genre. Les eaux salées marines participent à cet effet à baisser la qualité de l'eau et à entamer l'alimentation en eau potable (Przydrozny, 2010).



Source : Mbevo, 2016

Photo 2 : Maisons situées dans un environnement propice aux agents pathogènes

La présence de la forêt (forêt littorale et mangrove)

La région du Littoral camerounais est située dans le massif forestier, avec présence de la forêt dense humide et d'importantes superficies de mangrove. Le climat est chaud et humide et les précipitations sont abondantes (plus de 4 000 mm de pluie par an) ainsi qu'un réseau hydrographique dense (présence de l'océan Atlantique et de grands fleuves comme le Wouri, la Sanaga et la Dibamba). Cette condition écologique est

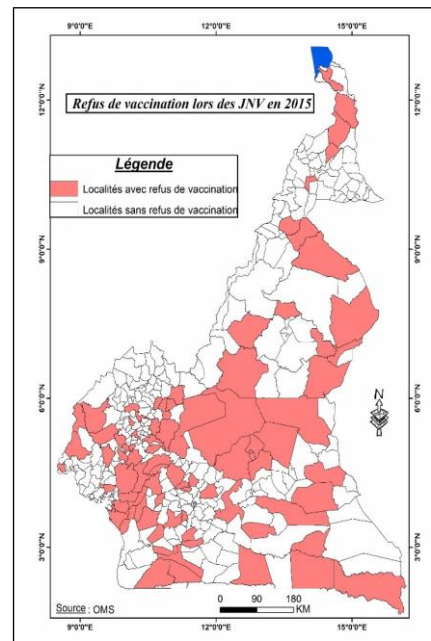
propice au développement des agents vecteurs de maladies tels l'Anophèle femelle (INS, 2011). L'île de Manoka comporte une partie importante de forêt dense littorale et une superficie importante de mangrove qui d'ailleurs fait d'un intérêt pour la conservation. Il s'agit de la Réserve de Faune Douala-Edéa et une partie de la réserve de mangrove de la Mabe dans lequel se situe Cap Cameroun.

Les changements climatiques

D'une façon générale et suivant le rapport du GIEC (2007), les variations du climat ont des incidences sur la santé de millions de personnes, et les populations sahéliennes et côtières apparaissent comme particulièrement vulnérables. Elle induit la malnutrition et ses conséquences sur la santé augmentent, les enfants étant plus directement concernés. Une augmentation des diarrhées (liées à la consommation d'eau souillée) et des maladies cardiorespiratoires (dues à une faible proportion d'ozone dans l'air). Les insectes porteurs de maladies infectieuses pourront changer de mode d'action et devenir plus mortels ; d'ailleurs, le scénario le plus pessimiste des changements climatiques prévoit la diffusion sous certaines Latitudes, des maladies qui du point de vue climatique ne justifie pas leur présence. Dans un contexte de vulnérabilité (humaine), les préjudices (atteinte à la santé) et dommages peuvent aussi être d'ordre psychologique, étroitement liés aux chocs et à l'angoisse que peut induire une catastrophe de type Inondation par exemple (Defossez, 2010).

Le refus de la vaccination par les populations

Au Cameroun et de façon générale, l'un des facteurs limitant la maîtrise de la propagation des maladies est le refus de la vaccination. Certains parents jugent douteux l'origine et l'efficacité des vaccins administrés à leurs enfants, surtout lorsqu'il s'agit d'un corps médical ambulatoire. Certaines considérations locales y trouvent des substances destinées à anéantir leurs progénitures, bref à les rendre vulnérables. Une enquête à l'échelle nationale montre des résultats inquiétants (cf. figure 5).



Source : Etouana, 2016

Figure 5 : Zone de refus du vaccin au Cameroun en 2015

Un paradoxe se dessine ici, avec les régions de l'extrême-nord du Nord et de l'Adamaoua qui présentent plus d'ouverture malgré le niveau d'éducation très bas. Les régions du Littoral et de l'Est constituent les principales zones de résistances. Pour ce qui est de la région du Littoral et plus précisément l'île de Manoka, l'inquiétude viendrait du fait que plusieurs produits médicaux qui y circulent proviennent du Nigéria voisin et généralement sans aucun contrôle préalable.

Nous parvenons à la réalité selon laquelle la forte occurrence des maladies infectieuses dans l'île de Manoka est liée à la faible distribution des structures de soins de santé. Les produits de sources douteuses laissent les populations sceptiques et par conséquent accentuent leur vulnérabilité aux différentes maladies présentes sur l'île.

Le facteur socio-économique

En prenant en compte l'espace vie, c'est-à-dire le cadre social dans lequel se déroulent les actions quotidiennes des populations, on note une certaine détérioration. Les pratiques sociales sont favorables à la prolifération des germes de maladie. Il en est de même pour ce qui est du Bois des Singes, quartier périphérique de la ville de Douala. Assako Assako, 2000, fait le constat d'une détérioration considérable de la qualité de vie. Au rang des valeurs existentielles détériorées, il y a entre autres la nourriture, l'eau, les soins de santé et le logement. Le revenu par habitant est faible et du coup les populations ont du mal à accéder à une condition de vie favorable. La pêche étant la principale activité économique, elle reste inaccessible à tous, surtout aux femmes qui se résolvent au fumage des produits de pêche.

Tout compte fait, de par le monde, les causes de la vulnérabilité des populations aux maladies infectieuses sont semblables, avec de petites différences en fonction du niveau de développement des États. L'enclavement, la faible distribution et le sous-équipement des services de santé, sont autant de facteurs qui amplifient les cas de maladie. Le continent africain apparaît plus vulnérable, eu égard à la pauvreté ambiante et à la mauvaise hygiène de vie de certaines couches de la population.

Analyse et discussion

À travers le monde, de nombreuses études ont été menées en rapport avec la géographie de la santé. En Afrique, les résultats pour ce qui est des pathologies, se resserrent et varient d'une aire géographique à une autre. Le cas du Cameroun et bien d'autres pays du golfe de Guinée et du Sahel, constitue une préoccupation.

Problématique de l'accès au soin de santé : une préoccupation à la fois africaine et universelle

Qu'on se retrouve en pays développés ou en voie de développement, la question de l'accès aux soins de santé se pose. Seule l'ampleur peut varier. En Afrique, la situation est beaucoup plus critique, au regard du niveau de pauvreté dans laquelle se trouve une tranche importante de la population de ce continent. À ceci s'ajoute un faible niveau d'aménagement du territoire et l'enclavement de certaines régions (côtières et ou forestières).

En Côte d'Ivoire, Hervouët et al, 2000 font état de la maladie du sommeil qui affecte les populations. Le constat effectué est qu'elle touche en grande partie les personnes vivant dans les zones forestières. Par exemple, 663 malades ont été dépistés à Duékoué, sur 2 253 personnes visitées. En Afrique subsaharienne en général, l'OMS, 1996 fait écho de plus de 25 000 cas de maladies notifiés chaque année dans plus de 50 États localisés au sud du Sahara, où plus de 55 millions de personnes sont exposées à ce risque.

En Mauritanie, Ibrahim Sy, 2010 présente une situation des populations défavorisées de la ville de Nouakchott qui, comme la plupart des villes africaines, connaissent un faible niveau d'accès aux soins de santé. Toutefois, à la différence de certains pays du continent, l'accès au soin est appréciable et se situerait à plus de 70 % pour un échantillon de 836 ménages enquêtés. Plus de 50,8 % des populations affectées affirment avoir fait recours à une structure de santé moderne. Le véritable problème se situe donc au niveau de la qualité des soins offerts.

Au Bénin, une étude sur les itinéraires thérapeutiques des malades indigents et défavorisés fait état de leur faible accès aux soins de santé par rapport aux autres. Ces derniers utilisent très peu les centres de santé modernes et se livrent dans la plupart des cas à l'automédication, qu'elle soit moderne ou traditionnelle ; soit un total de 64 % (Ouedo et al, 2005). De même, au Burkina Faso, la forte croissance de la population urbaine qui s'est opérée depuis les années 1985 à 2004 (441 000 hab. à 1,2 million d'hab.) pause avec acuité la problématique de la couverture sanitaire des urbains (Maud Harang & Cadot, 2006).

En France, Mormiche, 1991 rend compte des disparités de recours aux soins de santé, vue sous l'angle du statut social et du revenu des populations françaises. La préoccupation la plus saillante est que, très peu d'ouvriers et paysans se font consulter par les spécialistes (presque ¼), pourtant cette proportion atteint plus de 45 % chez les cadres. À travers ce constat, l'idée d'une corrélation entre revenu, situation socio-économique et accès au soin de santé se consolide.

Face à cette situation, les États, au Cameroun comme partout ailleurs, développent des stratégies de réponses pour juguler cette cause et améliorer l'accès aux services de santé, surtout aux populations les plus défavorisées.

Stratégies de réponse des États face à la crise sanitaire

Ouvert en Afrique par l'Administration coloniale dans les années 1930, l'accès aux soins de santé a longtemps été l'apanage des personnes au revenu confortable. Toutefois, plusieurs études sont entreprises pour améliorer l'offre en service santé en Afrique et leur accès et partout dans le monde. Une telle initiation est louable, compte tenu du fait que la santé reste la valeur humaine la plus sacrée.

Au Cameroun, cette tendance à l'évolution et a conduit à l'adoption en 1992, avec l'appui de l'UNFPA, de la Déclaration de Politique Nationale de Population (DPNP), laquelle comporte un ensemble de mesures qui visent la promotion de la planification familiale. Elle a ainsi mis en œuvre la réorientation des soins de santé primaires, pierre angulaire de la politique sectorielle de santé, qui a été adoptée par le Gouvernement camerounais en 1993.

De même, le Gouvernement, à travers le Ministère de la Santé Publique (MSP), un Plan Stratégique de Renforcement du Système d'Information Sanitaire a été mis sur pied. Ce système couvre six (06) composantes à savoir : (i) les ressources (humaine, matériels, infrastructures) (ii) indicateurs (taux spécifique de santé) (iii) sources (recensements, état civil, enquête) (iv) gestion des données (v) production de l'information (taux de mortalité, prévalence du Sida, vaccination multiple) (vi) dissémination et utilisation des données (MINSANTE, 2008a). Cette entreprise vise essentiellement à doter le pays d'un outil de planification sanitaire afin de faciliter la prise de décision. Il a ainsi permis de dénicher les zones faiblement couvertes en structure de soins de santé, même si beaucoup reste à faire.

Dans la même veine, le MSP, avec l'appui financier et technique de l'OMS, a réalisé deux études portant sur l'approvisionnement et la distribution des médicaments et autres produits de santé au Cameroun (MINSANTE, 2008b).

La première portait sur la « cartographie des systèmes d'approvisionnement et de distribution des produits pharmaceutiques » qui a pour objectif de parvenir à une vision claire et précise des systèmes et politiques d'approvisionnement, de distribution et de financement des médicaments existants au Cameroun.

La deuxième étude désignée sous le vocable « évaluation approfondie du système public d'approvisionnement et de distribution des produits pharmaceutiques » a pour objectif d'évaluer la performance des structures d'approvisionnement et de distribution du SYNAME et les pharmacies des structures sanitaires (HC, HR, HD, CMA et CSI).

Ces études ont permis au ministère de la santé publique d'élaborer, de mettre sur pied et de suivre un plan de renforcement des capacités du système de soins de santé sur l'étendue du territoire national.

En fin, le MINSANTE, 2017 a promulgué une loi fixant les modalités de prise en charge des soins et des frais médicaux des malades non imputables au service des personnes des corps de santé publique. Malheureusement, ce décret fait la part belle aux agents de la fonction publique, au détriment des populations démunies et vivants dans l'arrière-pays et dans des conditions sanitaires difficiles. Au chapitre III, l'État s'engage à l'article 6, pour « La prise en charge des soins médicaux à cent pour cent (100 %) » des soins de santé des agents publics et de ceux de leurs descendants.

En République du Congo, l'État a procédé à une réorganisation du système de santé, à travers un programme de régionalisation des structures de

santé. Les régions « marginales » qui regroupent une partie importante de la population ont bénéficié de cette politique. Cette initiative visait à améliorer l'accessibilité et la qualité des soins dans ces zones ; mais surtout à décentraliser les services de santé (Paka & Houvrouët, 1998). Malheureusement ce projet tant ambitieux a du mal à se concrétiser sur toute l'étendue du territoire congolais.

Au Burkina Faso, des années 1980 jusqu'en 1995, une politique visant à améliorer le niveau de santé des populations est conçue et calquée sur les principes de l'OMS. Il s'agit de « la santé pour tous d'ici 2000 ». Cette politique prend corps à partir de 1983, sous la présidence de Thomas Sankara. Face à son échec, l'État a, depuis 1996, procédé à la redéfinition de sa politique de santé sur de nouvelles bases appelées « Initiative de Bamako », encore proposé par l'OMS (Meunier, 2000). C'est ainsi que plus de 6639 postes de santé primaires ont été créés, 602 Centres de santé et de promotion sociale, même si beaucoup reste à faire.

Au Burundi, le gouvernement, par le biais de Ministère de la Santé Publique, a mis sur pied une stratégie de réponse aux pathologies infectieuses et du VIH sida. Elle est organisée de façon pyramidale et comporte trois niveaux.

- Un niveau central chargé de définir, élaborer les stratégies d'intervention, planifier, administrer et coordonner le secteur de la santé. Il est tout de même responsable de la définition des normes de qualité, veiller à leur suivi et leur évaluation ;
- Le niveau intermédiaire est composé de 17 Bureaux Provinciaux de Santé (BPS) qui ont pour charge la coordination des activités sanitaires au niveau provincial, de l'appui aux districts sanitaires et aux Centres de santé ainsi que la formation du personnel de santé de son ressort territorial ;
- Un niveau périphérique constitué de Districts Sanitaires (DS) au nombre de 49 et 636 Centres de Santé (CS) repartis dans toutes les communes du pays. Le DS est l'organe opérationnel la plus périphérique du MSP couvrant une population entre 150 000 et 250 000 Habitants et environ 10 à 15 CS.

Le but de ce plan était d'assurer, d'ici 2015 l'accès universel à la prévention, au traitement, soins et soutien face au VIH/SIDA et autres pathologies à travers le Burundi (MINSANTE, 2009).

En France et dans les années 2000, Face à l'augmentation du nombre de population à grandes difficultés sociale, notamment en milieu urbain, le gouvernement a procédé à la mise en place des centres de soins gratuits pour les populations non couvertes par une assurance maladie ou à faible revenu (Parizot & Chauvin, 2000).

Somme toute, analyser un système de santé dans les pays en développement apparaît difficile, du fait de l'absence d'enregistrement des données sanitaires, ou un archivage souvent médiocre lorsque ces données existent. Les informations disponibles sont celles détenues par les organisations internationales ou les institutions de recherche internationales (Beyeme Ondoua, 2002).

Conclusion

Au demeurant, l'offre en soins de santé au Cameroun reste à améliorer. Il existe encore des inégalités considérables, qui varient de la ville à la campagne. Les zones urbaines apparaissent mieux nanties, pendant que les coins reculés qui présentent des déficits. L'île de Manoka est un prototype de ce dernier cas. Entourée des eaux à marées montantes et d'un dispositif forestier important, elle fait face à de nombreux cas de maladies au rang desquelles la typhoïde (37 %), le paludisme (26 %), la dysenterie amibienne et de façon périodique le choléra. Elle ne dispose que de quatre (04) centres de santé, pour une population de plus de 5 464 habitants. La mauvaise gestion des déchets ménagers, la stagnation des eaux autour des maisons et les changements climatiques ambiants sont également des causes qui exacerbent le taux de prévalence de ces maladies. Face à cette offre déficitaire en soins de santé, les populations font recours à l'automédication et se replient vers la pharmacopée traditionnelle. Cependant, cette situation n'est pas l'apanage du Cameroun. Plusieurs pays en développement, y compris développés en souffrent. Certains de ces États ont tout de même pris des initiatives en vue d'améliorer l'offre, mais son opérationnalisation

reste difficile. Un regain d'intérêt pour cette île, de la part de l'État et des partenaires au développement, serait un atout pour juguler cette situation et améliorer les conditions de vie des populations de Manoka.

Comme piste de réflexion, nous suggérons au Gouvernement du Cameroun de (i) améliorer l'état de santé des populations en utilisant une démarche holistique, avec la Géomatique comme clé du succès (ii) Faire une cartographie programmatique du dépistage du VIH Sida et d'autres pathologies avec répartition géographique des agents de santé, zones à dépister, réseau de dispensation des médicaments essentiels (iii) Cartographie de la banque de donneurs de sang au Cameroun (iv) Modéliser les aires d'attraction hospitalières (iv) socialiser le coût des soins.

Références bibliographiques

Assako Assako (R.J), 2000, Problématique de l'estimation de la qualité de vie dans un front d'urbanisation en Afrique : le cas du quartier bois des Singes à Douala (Cameroun). In Cadre de vie et travail : Groupe de Travail sur les Villes d'Afrique (CREVA) Université de Douala, Cameroun.

Assako Assako (R.J), Bley (D) & Simard (F), 2005, Apport des sciences sociales et de l'entomologie dans l'analyse de l'endémicité du Paludisme à HEVECAM, une agro-industrie. *Géo-Eco-Trop*, 2005. P101-114.

Bakwate Banza-Nsungu (A) ; Nguendo-Yongsi (H.B) ; Kamgno (J); Boussinesq (M), Merabet (O) ; Piro (F) ; Ngwe (E) & Mouchet (F), non daté. Analyse thématique et spatiale de l'influence du niveau de vie des ménages sur la morbidité diarrhéique des enfants de moins de cinq ans à Yaoundé (Cameroun). 4p.

Beyeme Ondoua (J.P), 2002, Le système de santé camerounais.

Bromet (E), Drew (M.A), 1995, Review of psychiatric epidemiologic research on disasters. P 113-119.

BUCREP, 2005, Troisième recensement général de la population : Rapport de présentation des résultats définitifs. 65p

Burundi (MINSANTE), 2009, Plan stratégique de la réponse du secteur de la santé face au VIH/SIDA et aux IST au Burundi pour la période de 2010-2015. 96 p.

Cameroun (MINSANTE), 2008a, Plan stratégique de renforcement du système d'information sanitaire. 54p.

Cameroun (MINSANTE), 2008b, Cartographie et évaluation approfondie des systèmes d'approvisionnement et de distribution des médicaments et autres produits de santé au Cameroun. 85p.

Cameroun (MINSANTE), 2017, Arrêté N°0561/MINSANTE/CAB du 16 février. 2017 fixant les modalités de prise en charge des soins et des frais médicaux des malades non imputables au service des personnels des corps de santé publique.

Coldefy (M) & Lucas-Gabrielli (V), 2010, « Les territoires de santé : des approches régionales variées de ce nouvel espace de planification », pratiques et organisation des soins, vol. n°1, p.73-80.

Defossez (S), 2010, Evaluation des mesures de gestion du risque inondation. Application au cas des basses plaines de l'Aude. Univ Montpellier III, Paul Valérie. 501p 501p.

Eloundou Messi (P.B) & Baska Toussias (D.V), 2011, Insalubrité dans les quartiers populaires de Maroua : le cas de Doualaré. Edition PlaGéo.

Etouna (J), 2016, « Géomatique et santé ». Communication thématique à la session de formation du SCAC en Géomatique, Université de Douala.

GIEC, 2007. Climate Adaptation and mitigation options. In: Climate Change 2007: Synthesis.

Green (C.H), 1988, The Relationships between the Magnitude of Flooding, Stress and Health. Flood Hazard Research Center Middlesex University, Enfield.

Haggerty (J), Pineault (R), Beaulieu (M-D), Brunelle (Y), Goulet (F), Rodrigue (J), Gauthier (J), 2004, Continuité et accessibilité des soins de première ligne au Québec : barrières et facteurs facilitants. 40 p.

Hervouët (J-P), Laffly (D), Cardon (L), 2000, La maladie du sommeil en Côte d'Ivoire : à la recherche d'indicateurs de risque. P209-225

Ibrahima Sy, Keita (M), Ould Talep, Baidi Lo., Tonner (M), Guéladio Cissé., 2010, Recours aux soins et utilisation des services de santé à Nouakchott (Mauritanie) : inégalités spatiales ou pesanteurs sociales ? Édition cahier santé vol. 20, n°1 janvier-mars 2010.

INS, 2011, Enquête démographique et de santé et à indicateurs multiples. Rapport annuel 2011. 576p.

INS, 2015. Rapport national sur les Objectifs du Millénaire pour le Développement. 48p.

Maud Harang et Cadot (E), 2006, Offre de soin et expansion urbaine, conséquences pour l'accès aux soins. L'exemple de Ouagadougou (Burkina Faso). In Espace populations société. Pp 329-339.

Mbevo Fendoung (P), 2016, Analyse de la vulnérabilité et des stratégies locales d'adaptation aux changements climatiques en zone côtière camerounaise : cas de Cap Cameroun dans l'arrondissement de Douala 6ème. Mémoire de Master en géographie, Univ Yaoundé1, 173p.

Meunier (A), 2000, L'Etat et l'offre de santé au Burkina Faso. In : espace, populations, société. Pp 33-41

Mormiche (P), 1991, Les disparités de recours aux soins en 1991. In Statistique et Economie N°265, 1993. Les dépenses de santé des français. Pp. 45-52.

Mpondo Mpondo (F), 2012, Etat de la médecine traditionnelle dans le système de santé de la population de Douala.

Ndié (J), & Nguendo Yongsi (H.B), 2016, Étude de la gestion des déchets hospitaliers dans les structures sanitaires de référence de la région du Nord-Cameroun. European scientific Journal avril 2016, édition Vol 10 N°11. 17p.

Nguendo Yongsi (H.B), 2010, Suffering for water, suffering from water: access to Drinking Water and Associated health risks in Cameroun. Edition journal of Health, population and Nutrition, Vol. 28, 5 (octobre 2010), pp424-435.

OMS, 1996. Trypanosomiase Africaine, rapport annuel, Genève 32p.

Ouedo (E-M), Makoutodé (M), Paraiso (M.N), Wilmet-Dramaix (M) et Dujardin (B), 2005, Itinéraire thérapeutique des malades indigents au Benin (pauvreté et soins de santé). In Tropical Medecine and International Health. Vol 10 n°2 pp 179-186.

Paka (E), & Houvouët (J-P), 1998. Contribution aux études sur les systèmes de soins modernes en République du Congo : approche géographique. In Cahiers santé. p 454-460.

Parizot (I) & Chauvin (P), 2000, Recours aux soins des personnes en situation précaires : une recherche auprès des consultants de centres de soins gratuits en région parisienne.

Pascal (J.), Libeau (B), Ballereau (F), Lombrail (P), 2004, « Inégalités sociale et accès aux soins : différenciation des besoins de soins préventifs des consultants de l'hôpital public ». Rev. Epidemiol. Santé pub. 52p

Przydrozny (I), Million (M), Michel (I), Brunnengreber (P), Russo (L), Guiran (G.), 2010, Guide d'accompagnement du territoire pour l'analyse de sa vulnérabilité socio-économique au changement climatique. 205p.

Selly (C) & Diallo (M), 2005, Vulnérabilité de la mangrove guinéenne aux changements climatiques. 7p.

Toukep Djoumou (D), Tcheutchoua Talla (E), Mougoue (B), 2012, Vulnérabilité des populations vivant dans la mangrove en Afrique Subsaharienne : cas des bois de Singes, 17p.

Pour citer cet article

Référence électronique

MBEVO FENDOUNG Philippes, SAHA Frédéric & TCHINDJANG Mesmin (2021). « Faible accès aux soins de santé et vulnérabilité des populations côtières de l'île de Manoka aux maladies endémiques et épidémiques ». Revue canadienne de géographie/Canadian journal of tropical geography [En ligne], Vol. (8) 2. En ligne le 25 décembre 2021, pp. 16-22. URL: <https://revuecangeotrop.ca>

Auteurs

MBEVO FENDOUNG Philippes
Unité de Recherche et de Formation Doctorale en Sciences Humaines et Sociales
Université de Yaoundé I, Cameroun
E-mail : fredericsaha@yahoo.fr

SAHA Frédéric
Unité de Recherche et de Formation Doctorale en Sciences Humaines et Sociales
Université de Yaoundé I, Cameroun
E-mail : fredericsaha@yahoo.fr

TCHINDJANG Mesmin
Département de Géographie
Université de Yaoundé 1, Cameroun
E-mail : mtchind@yaoo.fr