

DÉFICIENCES DU SYSTÈME PUBLIC DE SOINS DE SANTÉ À MBETTA (CAMEROUN) : RÉPONSE DE L'ÉGLISE CATHOLIQUE ET DES COMMUNAUTÉS LOCALES

Élat

*Chercheur à l'INC
B.P 157 Yaoundé
Cameroun
elatjean@yahoo.fr*

Raoul Étongué Mayer

*Professeur titulaire
Département de Géographie
Université Laurentienne
Chemin du Lac Ramsey
Sudbury, ON, P3E 2C6
Canada
remayer@laurentian.ca*

Résumé.

Mbetta, petit village enclavé du sud-ouest Cameroun, jadis exclu de tout champ de couverture médicale, abrite aujourd'hui un centre de santé missionnaire qui joue un rôle important dans l'encadrement en soins médicaux des populations locales. La participation induite des villageois aux activités de cet établissement en soins médicaux est un atout majeur garantissant à la fois son fonctionnement et son rayonnement optimal. Un tel partenariat constitue à n'en point douter le véritable levier duquel émergent des réponses collectives aux problèmes de santé de la communauté. Mais aussi, les activités de cette structure de santé ont permis à l'Église catholique d'étendre son influence et de conforter sa position de monopole dans la zone.

Cet article décrit les conditions de mise en place de ce projet en même temps qu'il interroge les véritables enjeux de l'œuvre en soins médicaux réalisée par des missionnaires, souvent qualifiée de généreuse et désintéressée.

Motes clé: Déficiences, système public, soins de santé, Cameroun, Église catholique romaine, communautés locales.

Codes JEL: I, 8c, 106 P, 2F, 1C, 10 P.

Abstract: Deficiencies of the Public Health System in Mbetta (Cameroon): The Response of the Roman Catholic Church and Local Communities.

Mbetta is a small village located in the South West Region of Cameroon, hemmed in by mountains where at one time there was no health care centre. Recently, the village has benefited from a medical centre under the auspices of missionaries. The centre plays an important role delivering health care to the local population who make managerial contributions to the centre's daily operations. This in turn becomes a remarkable asset to the centre as well as to its proper functioning and the optimal extension of its influence. Without doubt, such a joint venture is a real tool which has led to the construction of collective answers to community health issues. It must also be mentioned that the activities of this health centre have contributed both to the expansion and the reinforcement of the monopolistic position of the Catholic Church in this area.

This paper not only discusses the conditions of the inception of the Mbetta health project but also raises questions as to what is at stake for the missionaries in the course of their so-called generous and unselfish action.

Key Words: Deficiencies, Public Health System, Cameroon, Roman Catholic Church, Local Communities.

JEL Codes: I, 8c, 106 P, 2F, 1C, 10 P.

Introduction

«*Santé pour tous en l'an 2000*». Ce slogan mobilisateur de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a bien alimenté une des nombreuses ambitions que le Cameroun a affichée dès le début des années 1980. La conjoncture économique difficile que le pays traverse depuis le milieu de ladite décennie, a frappé de plein fouet des pans entiers de la vie nationale en général et celui de la santé en particulier. Les équilibres et l'efficacité tant recherchés par la création d'une structure pyramidale dans l'organisation des services de santé publique restent à trouver.

Face à l'incapacité de l'État de garantir les soins de santé à tous ses citoyens sur l'ensemble du territoire national, l'Église catholique camerounaise comme diverses autres organisations confessionnelles, a vite fait d'intervenir en créant en 1964 à Mbetta (figure 1) un centre de santé qui offre aux populations démunies des soins de santé à un prix très abordable. La présence des missionnaires catholiques dans cette localité enclavée et l'assistance que leur apporte la population locale en effectuant certaines tâches de soutien au fonctionnement du centre de santé tendent à confirmer la réussite d'un partenariat entre l'Église catholique camerounaise et les communautés villageoises. Or, l'œuvre missionnaire étant essentiellement évangélicatrice, la congrégation religieuse implantée à Mbetta ne profite-t-elle pas du vide laissé par les instances publiques pour accroître le rayonnement de l'Église catholique dans toute cette région camerounaise livrée à elle-même ? Que penser de la contribution utile des populations de Mbetta au fonctionnement du centre de santé confessionnel implanté dans leur localité ? Puisque cette population demeure redevable à l'Église catholique camerounaise qui lui apporte des soins de santé, est-il fondé d'interroger l'intention réelle de son action sociale ? Afin de répondre à toutes ces interrogations, nous aborderons tour à tour, l'aperçu du système de santé camerounais et son évolution, l'intervention du secteur confessionnel, ses enjeux et ses implications.

Aperçu du système de santé camerounais et son évolution

Bien souvent, dans nombre de pays, le système de santé, *cadre organisationnel et de gestion de l'ensemble des activités ayant pour but essentiel la promotion, la restauration et l'entretien de la santé* (O.M.S, 2000) est défini par l'État. Il lui incombe ainsi le choix des grandes options, l'adoption des stratégies et l'affectation des moyens humains et financiers nécessaires à sa mise en place. Depuis la décennie 1960, et appuyé par les bailleurs de fonds internationaux, l'État camerounais a engagé un interminable processus de réformes d'un système de santé hérité de l'époque coloniale, qu'une longue suite de difficultés socio-économiques rendent compliqué.

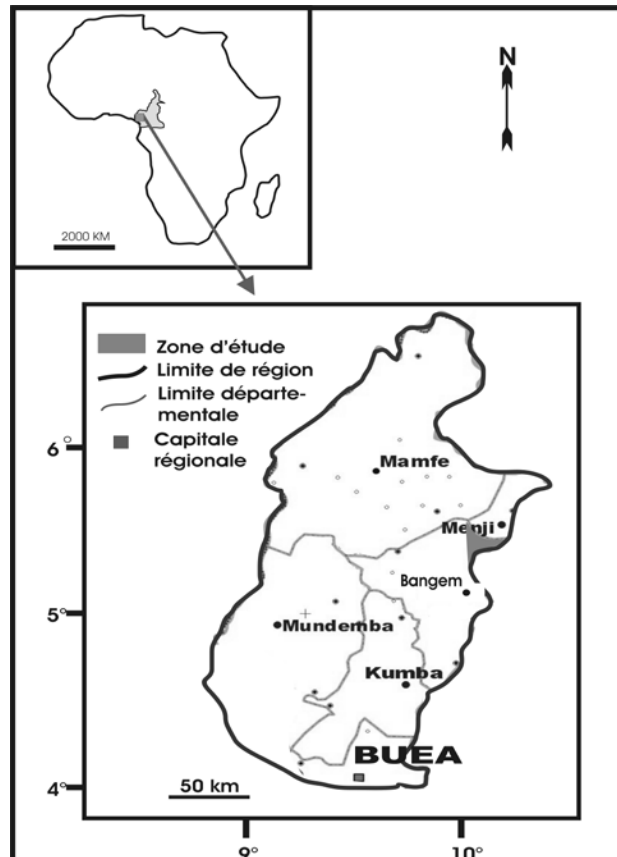
Quelques repères historiques

Schématiquement, trois principales périodes ont marqué l'évolution du système de santé au Cameroun.

Au sortir de la colonisation, l'accent avait été mis sur la médecine d'élite, matérialisée par la construction de grandes infrastructures hospitalières dans les grandes villes. Ce qui a renforcé la dissymétrie villes/ campagnes en matière de desserte médicale. En effet, les

viles de Yaoundé (capitale politique du Cameroun) et Douala (principale métropole économique du pays) concentrent à elles seules les 7 grands hôpitaux les mieux équipés du pays. Pour pallier à ce déséquilibre, il avait été mis en place et en principe de manière complémentaire, une médecine mobile, assurée par le Service des Grandes Endémies. Les dispositions gouvernementales prises dans le cadre de la lutte contre les principales endémies (en particulier la trypanosomiase Humaine Africaine ou maladie du sommeil) avaient privilégié Mbetta comme un important centre de soins.

FIGURE 1 Localisation de la zone d'étude

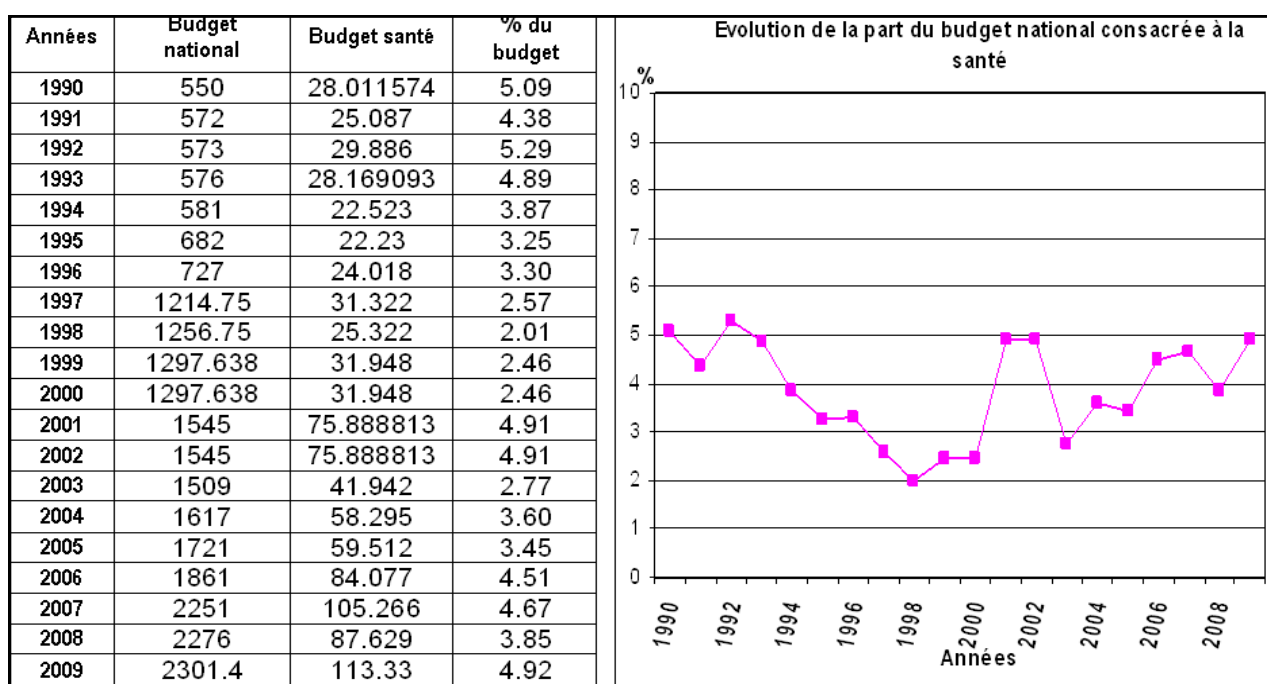


Du bilan de la période postcoloniale, pourrait se dégager le constat selon lequel le système de santé à double référent a relativement bien fonctionné jusqu'au milieu des années 1980. Cependant, aussitôt que les premières tendances d'éradication des principales endémies ont été observées, les équipes mobiles ont cessé de fonctionner. Seul a subsisté le type de médecine métropolo-centrée, qui pourtant se prêtait mal à l'objectif d'une couverture sanitaire populaire maximale. D'où la nécessité avérée d'une plus grande décentralisation de la politique en soins de santé.

La décennie 1980 fut alors celle des SSP (Soins de Santé Primaires). Ce modèle de développement de la santé, né de la conférence d'Alma-Ata avait l'avantage de permettre une plus grande couverture dans le domaine de la santé de la population. Toutefois, «le principe de gratuité de soins sur lequel s'appuyaient les S.S.P. buttait sur l'incapacité des pouvoirs publics à approvisionner tous les centres en matériels et dotations financières» (Médard, 2002). Les performances économiques du pays, très médiocres à partir des

années 1985, ainsi que les mesures de stabilisation et le Plan d’Ajustement Structurel (PAS) imposées par le Fonds Monétaire International (FMI), n’ont pas permis à l’État camerounais de maintenir ses dépenses de santé à un niveau compatible avec celui des besoins de la population (figure 2). La proportion du budget de l’État affectée à la santé reste faible par rapport à la déclaration de politique sectorielle de santé de 1992 qui prévoyait d’en assurer un accroissement progressif jusqu’à 10 % du budget de l’État, pour témoigner de la priorité accordée au secteur de la santé et de l’adhésion aux recommandations de l’O.M.S.

FIGURE 2 Évolution du budget de la santé (en milliards de F CFA) au cours des 20 dernières années



Source : Compilation des documents des Ministères de la Santé et des Finances.

La décennie 2000 a inauguré l’ère du district de santé perçu comme un échelon intermédiaire entre les deux précédents systèmes. En effet, "*celui-ci prend en compte les impératifs apparemment antagonistes de proximité des services par rapport aux populations, et de compétence dans la prise des décisions et la tenue de la comptabilité*" (Fassin, 1993).

Faiblesse et dysfonctionnement du système de santé publique

De manière schématique, l’offre des soins de santé au Cameroun s’organise en un système à trois paliers (figure 3).

Ainsi structuré, le système de santé camerounais repose sur deux types de médecines : la médecine dite moderne et la médecine traditionnelle. Cette dernière ne sera pas évoquée par ce travail qui s’intéresse au seul aspect de la médecine occidentale, même si la localité de Mbetta dont il est question ici offre un bel exemple du pluralisme thérapeutique qui a

cours presque partout en Afrique et notamment au Cameroun. L'organisation de la pratique de la médecine moderne montre une très forte compartimentation et une absence quasi-totale de coordination entre les différents éléments du système. Le souci de décentraliser les services au profit des zones rurales contraste assez nettement dans la pratique avec la politique de centralisme initial, du moment où l'essentiel du plateau technique se trouve concentré dans les formations en soins de santé en milieux urbains des niveaux II et III. Par ailleurs, le système d'orientation/Recours n'étant pas très fonctionnel, le patient doit très souvent se faire consulter directement dans un hôpital de référence. Or, l'idéal aurait été que les grands hôpitaux des niveaux intermédiaire et central servent de « 2ème ou 3ème recours pour les malades dont les cas dépassent les compétences des services de base » (Fassin, 1993)

FIGURE 3 Organisation pyramidale du système de santé camerounais



Une autre faiblesse du système de soins publics du Cameroun est liée à la gestion peu tatillonne des ressources disponibles et par l'absence de la recherche de l'intérêt collectif. De plus en plus, les patients insatisfaits se dirigent vers des structures autres que publiques, colportant parfois à raison le sentiment affreux que les services officiels de santé ont été transformés en établissements de commerce plutôt que de prestation de services en soins de santé.

Voilà en soi un ensemble de dysfonctionnements du système de santé publique qui suscite aujourd'hui chez les pouvoirs publics, et surtout chez des bailleurs de fonds une réflexion placée au cœur de la nouvelle stratégie sectorielle de la santé. En attendant l'assainissement et l'efficacité du système de santé publique, le secteur privé et surtout confessionnel essaie autant que faire se peut, d'occuper le vide imputable au laxisme des divers intervenants dans la chaîne des services de soins de santé publique et à l'incapacité de l'État d'assumer ses responsabilités.

Le secteur confessionnel est-il une alternative?

Le secteur confessionnel qui relève pour l'essentiel des missions chrétiennes (catholiques et protestantes) est de plus en plus intégré dans le système national en soins de santé où il tient d'ailleurs une place de choix. Il assure, selon le ministère de la santé publique, environ

20 % de l'offre de soins et 40 % des actes. Ce succès résulte d'une meilleure organisation et d'une gestion plus rigoureuse des services dans ce secteur. En particulier, la qualité de l'accueil et du service dans ces établissements missionnaires rend plus harmonieuse la relation patients/praticiens de santé. De ce point de vue, le secteur confessionnel s'est opportunément constitué comme une alternative incontournable pour pallier aux insuffisances de l'offre de soins du secteur public.

«Mbetta Health Center »: solution idoine aux problèmes sanitaires des populations locales

Pour mieux comprendre le pourquoi de cette initiative, il importe de rappeler le contexte socio-géographique de la localité de Mbetta.

Une population dynamique, malgré un milieu physique contraignant

Mbetta est un village fortement enclavé de l'arrondissement de Nguti, département du Kupé-Manengouba, dans la Région anglophone du Sud-Ouest Cameroun. Les communautés constituant cette entité occupent le prolongement Sud-Est de la cuvette de Mamfé. Cet espace géographique est cerné de toutes parts par des collines et montagnes culminant à 1500 m environ.

Cependant, les contraintes environnementales ne semblent limiter, ni les ambitions, ni les efforts de ces populations rurales estimées à 4000 personnes environ. En effet, par mimétisme du dynamisme réputé de leurs voisins Bamiléké, les populations de Mbetta ont entrepris, grâce à des efforts essentiellement endogènes, des initiatives pouvant être attestées par la réalisation d'un certain nombre de projets de développement local. Outre la participation actuelle aux activités du MHC (Mbetta Health Center), l'on peut citer la construction d'une église catholique dès les années 50. Ce témoignage d'un des acteurs de cette œuvre est édifiant : *“Nous transportions du ciment et des tôles de Ntalé jusqu'ici, c'est au moins 60 km à pied ! De même que les jeunes creusent aujourd'hui avec les mains la route qui permet la sortie vers Santchou ; voilà ! c'est notre peine et nous devons la supporter puisque nous n'attendons rien de personne d'autre”*. L'ensemble de ces réalisations constitue un *savoir-faire* et un *savoir-être* communautaire caractéristiques des populations de Mbetta. En somme, on se trouve en présence d'une population qui sait composer avec les difficultés inhérentes à son milieu physique.

Implantation du centre de santé de Mbetta dans un contexte de crise en soins de santé

Le MHC voit le jour dans un contexte particulier, marqué par la recrudescence des épidémies et autres endémies, responsables d'une mortalité infantile très élevée. Les archives des révérends pères Antony et John Arten (fondateurs de la mission catholique de Mbetta) révèlent des taux de mortalité infantile dépassant 20%. Les populations gardent encore en mémoire les épisodes cholériques des années 1960 à cause de nombreuses victimes qu'elles provoquèrent au sein de la population et surtout parmi les enfants. Toutefois, la situation de morbidité et de mortalité était d'autant plus critique à cette époque, que les seuls centres de santé accessibles se trouvaient à environ 50 km et à 70 km, respectivement pour le centre de Fontem et de Dschang. Ainsi en 1964, réagissant à la

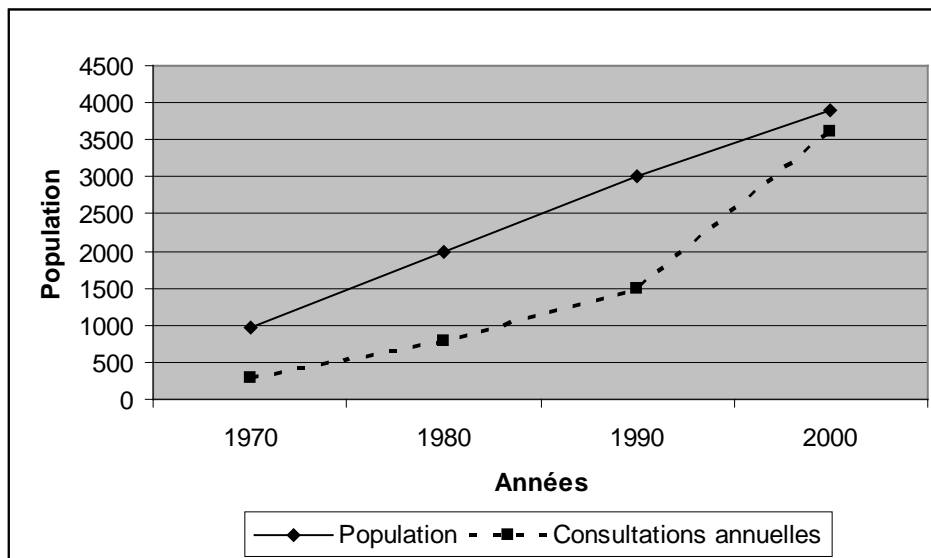
demande des missionnaires hollandais, la mission-mère ordonna à une structure similaire déjà installée à Shisong (Région du Nord-Ouest) de créer un centre annexe à Mbetta. Ce dernier fonctionna d'abord comme une filiale du centre de Shisong avant d'acquiescer son autonomie¹ quelques années plus tard.

Essor et rayonnement actuel du MHC

Du petit dispensaire qui à sa création en 1964 tenait essentiellement lieu de maternité, le MHC connaît aujourd'hui un rayonnement qui peut être appréhendé sous divers angles. De 1964 à 2003 le centre a vu sa capacité d'hospitalisation augmenter de 1 à 32 lits et son personnel passer d'une infirmière à 17. Il convient d'ajouter à ce nombre de nombreux jeunes gens du village qui apportent aussi leur soutien au centre à titre bénévole dans l'exécution des tâches d'entretien et de sécurité. Le centre de santé reçoit sur une base régulière la visite de médecins spécialistes en provenance des centres spécialisés de Shisong et de Fontem qui appartiennent au même réseau de santé.

En outre, le taux de fréquentation du MHC ne cesse de croître au fil des décennies. Afin de représenter les changements liés à l'utilisation et à la fréquentation de ce centre de soins, nous avons retenu comme variable le nombre de consultations annuelles, dont la moyenne par décennie a été comparée dans la figure 4 à la population cible. En partant du postulat que dans une population donnée, environ 10% d'individus sont supposés avoir un problème de santé nécessitant une consultation, on déduit qu'il y a un apport important de patients extérieurs à la communauté. Ceci parce qu'en rapportant le nombre moyen de consultations à la population cible, on est largement au-delà de ce pourcentage, quelle que soit la période de référence. Ces taux de fréquentation auraient été plus importants n'eut été la création en 1982 des centres annexes dans d'autres villages, à l'instar de ceux de Tabonkwa et d'Ekwenjo d'où étaient originaires de nombreux patients (figure 5).

FIGURE 4 Évolution du nombre de consultations par rapport à la population cible

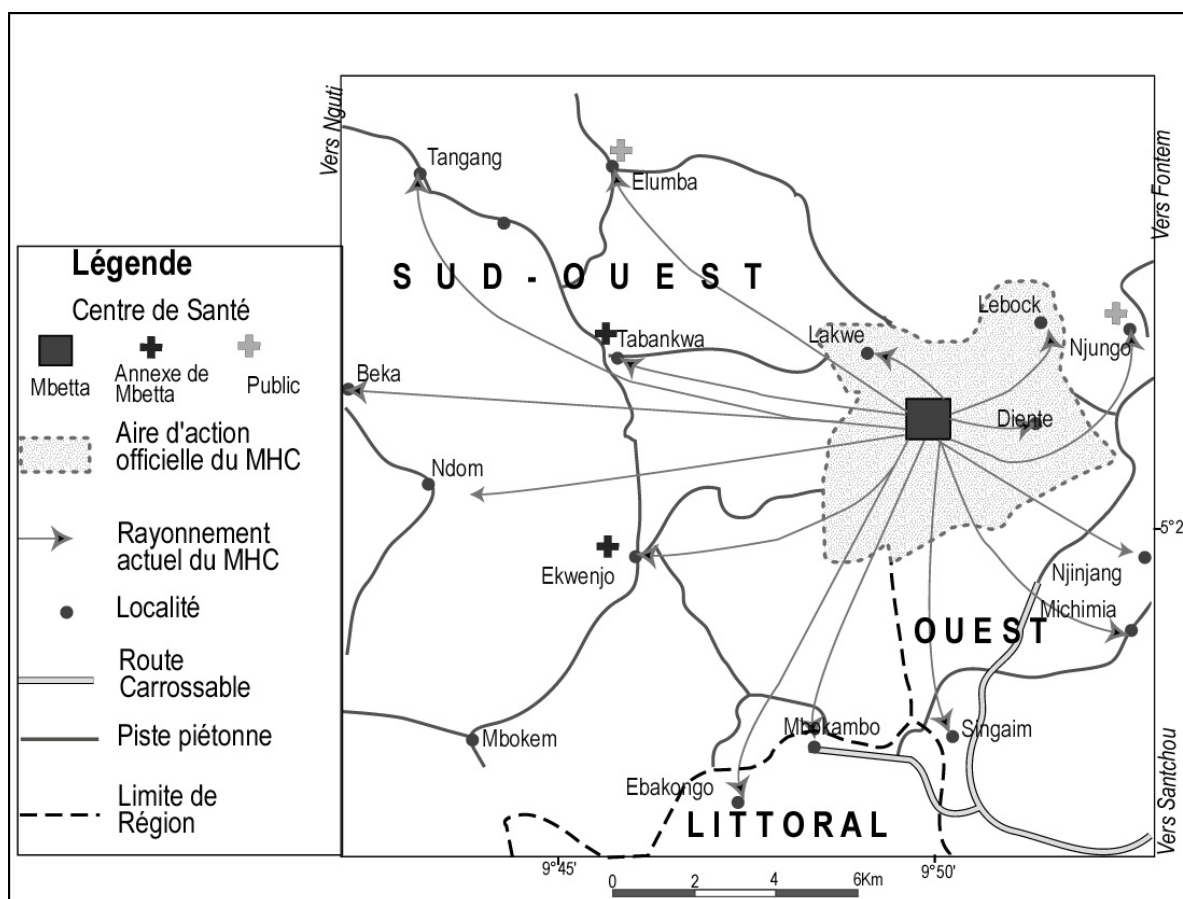


¹ L'autonomie est surtout dans la gestion financière; toutefois, comme la plupart des établissements de santé missionnaires, le « Mbetta Health Center » se trouve intégré dans un réseau thérapeutique assez important où il bénéficie non seulement de l'achat de médicaments à des prix préférentiels, mais aussi de l'assistance technique de structures plus perfectionnées du même ordre.

Voilà bien comment un modeste centre de santé créé initialement pour desservir la population de Mbetta a fait de ce village oublié de tous un carrefour dans la prestation de soins de santé en milieu rural camerounais.

L'affluence au centre de santé de Mbetta des patients originaires des villages comme Élumbe et Njungo (Région du Sud Ouest) où sont pourtant implantés des dispensaires publics est assez remarquable (figure 5).

FIGURE 5 Espace de rayonnement du MHC



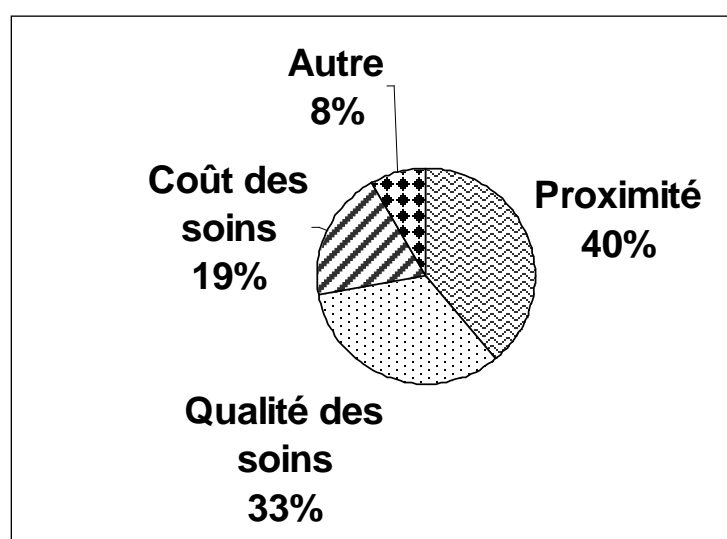
L'évidence est que le «Mbetta Health Center» jouit aujourd'hui d'une réputation meilleure à celle d'autres structures de même rang sur l'échelle de la pyramide nationale en soins de santé. Pour comprendre les raisons d'un tel rayonnement, nous avons pendant deux journées d'observations, interrogé un échantillon de 36 patients qui ont fréquenté le centre sur les raisons de leur choix. Trois principales raisons ont été avancées, notamment la proximité, le coût et la qualité des soins :

- La proximité : C'est l'argument le plus évoqué par les patients interrogés et qui viennent d'ailleurs; 14 des personnes enquêtées (soit 40%) ont affirmé que ce centre de santé leur était géographiquement plus accessible que tout autre, et par conséquent, servait au moins de premier recours en cas de maladie.
- La qualité des services : Des personnes enquêtées, 33 % ont justifié leur préférence pour le dispensaire de Mbetta par la réputation dont jouit ce centre de santé auprès des

populations. L'adhésion à des valeurs chrétiennes telles que l'amour du prochain, le désintéressement et l'attention aux plus démunis contribuent à améliorer la qualité des services dans ce dispensaire. Ceci s'observe d'abord au niveau de l'accueil. Une patiente a fait opportunément la remarque suivante : «Ici, l'accueil est le premier médicament »; ceci dans la mesure où tous les gestes de l'infirmier s'accompagnent de «*ashia*», qui par empathie (en *pidgin*, langue locale dérivée de l'Anglais) signifie «*patience*» ou «*ça ira mieux*». Marc- Eric Gruenais (2004) souligne que «*la proximité du médical et du religieux dans ces organisations confessionnelles entraîne nécessairement un label de qualité*».

- Coût de soins accessibles à tous les patients : La plupart des patients interrogés au MHC, même ceux pour qui le coût des soins de santé n'était pas la raison principale de leur choix, ont rapporté que le coût du traitement était de 30 à 50 % moins élevé ici que dans les dispensaires publics. Par ailleurs, la prise en charge des membres de la communauté de Mbetta n'est pas conditionnée par le paiement au préalable d'une caution ou des frais de cession comme c'est le cas ailleurs. En outre, les malades les plus indigents bénéficient d'une tarification particulière du coût des soins de santé, et lorsqu'ils ne peuvent pas assumer cette tarification réduite ou d'exception, ils jouissent d'une prise en charge collective qui témoigne d'une solidarité communautaire.

FIGURE 6 Les raisons du choix du centre hospitalier de Mbetta par les patients



Source : Enquêtes de terrain.

Projet bien intégré aux réalités locales et adopté par la communauté

Dès sa création au milieu des années 1960, le MHC fut accueilli avec beaucoup d'enthousiasme par les populations longtemps acquises au catholicisme² et qui, jusque-là, étaient exclues à toute fin pratique de tout champ de couverture médicale. La participation de la communauté villageoise aux activités du centre de santé se fit de manière spontanée :

² Cette localité a déjà donné à l'Église catholique, un nombre important de prélats, parmi lesquels l'actuel archevêque de Bamenda.

Des brigades de jeunes gens se sont volontairement constituées en une main-d'œuvre bénévole pour tous les travaux d'entretien et d'aménagement des infrastructures, ainsi que le transport à dos d'hommes du matériel hospitalier destinées au centre. En outre, les jeunes membres scolarisés de la communauté villageoise sont recrutés et formés en soins de santé pour servir comme personnel dans ce centre. Cette contribution des populations locales aux activités de ce centre permet de réduire considérablement ses dépenses de fonctionnement.

En somme, le MHC est un système assez original de partage du risque/maladie, qui repose avant toute chose sur un puissant sentiment d'appartenance et sur l'entière adhésion des populations rurales (villageois, élites locales et extérieures) au projet. Toutefois, il importe de s'interroger sur les enjeux et les objectifs profonds de cette œuvre de l'Église catholique locale.

Mbetta Health Center: œuvre de charité ou stratégie missionnaire d'évangélisation des communautés rurales paupérisées ?

Le souci de soulager la souffrance des défavorisés, la prise en charge des malheureux font incontestablement partie de l'idéal chrétien. Mais derrière ce sentimentalisme généreux (Pirotte et al, 1991), on peut lire la volonté des Églises d'étendre leur influence dans les régions où elles sont installées. Les missionnaires catholiques comptent parmi les premiers évangélistes chrétiens arrivés à Mbetta autour des années 1930, au moment où au Cameroun chaque chapelle religieuse cherche à se définir un territoire d'action le plus large possible. L'œuvre missionnaire étant essentiellement évangélistique, la congrégation des *prêtres diocésains* de Mbetta a dû d'abord utiliser la stratégie de soins de santé pour asseoir son image sociale auprès des populations, afin ensuite de mieux la convertir au catholicisme. Bien que les efforts des missionnaires en vue d'améliorer la couverture en soins médicaux des populations de cette partie du Cameroun ne soit pas à minimiser, il convient tout de même de souligner, que l'attention piteuse portée à ces populations, présentées dans la littérature missionnaire de l'époque comme démunies et se trouvant dans un état de santé lamentable, procède d'une tactique routinière bien connue et bien rodée, savamment maniée tant par l'Administration coloniale, que par les missionnaires durant l'époque coloniale. En effet, les ONG missionnaires avanceraient « *masquées et mêleraient le prosélytisme au secours ou à l'action de développement* » (Duriez et al, 2007). Excellente entrée en matière sous-tendant les relations avec les potentiels fidèles, une œuvre missionnaire telle la Mbetta Health Center vise somme toute à servir subtilement les intérêts assujettissants de ses promoteurs. Ceci est d'autant vrai que, dans le fonctionnement au quotidien de ce centre, le service médical rendu aux patients s'incline devant l'orthodoxie religieuse, car chaque journée de travail commence par une séance de prière à laquelle tous les malades doivent assister, peu importe leur obéissance religieuse. Cette pratique confirme ostensiblement la mission première qu'a l'Église catholique d'imposer subtilement et par tous les moyens, ses rituels à tous partout où elle s'implante. Cette mission se résume à christianiser et ramener dans le giron du catholicisme ces pauvres âmes perdues qui ont eu le malheur d'être malades et le bonheur de s'être présentées à leurs portails. On peut alors affirmer avec Raymond Masse (2006) que "*la religion prend prétexte de la souffrance pour pénétrer le monde profane. Elle y trouve un incitatif à un missionnariat créatif. La gestion de la souffrance interpelle tant le religieux que les religions profitent de la maladie comme champ d'intervention*". Et le contexte s'y

prête d'ailleurs, puisque le patient camerounais en particulier, se comporte comme s'il voulait que son thérapeute assume à la fois les rôles de biomédecin, guérisseur, prophète, et prêtre...(Wamba, 2005). À propos de la proximité entre ces deux objectifs de l'Église, le Père Damien note très opportunément : "*Quelquefois en faisant du bien au corps de nos malheureux malades, on arrive petit à petit à l'âme*"³. Ces deux urgences sont si concordantes que quelquefois le maintien d'une structure de soins de santé se fait non pas pour des nécessités de service mais uniquement au nom de la présence historique de l'Église dans une zone particulière (Chiffolleau, 2002). Eu égard à ce qui précède, il y a lieu de croire que la prétendue œuvre de charité de l'Église catholique dans quelque contrée que ce soit, se ramènerait à la consolidation de sa mission évangélisatrice sur les populations désœuvrées.

Sur le plan financier, si les soins de santé au dispensaire de Mbeta peuvent être jugés de peu coûteux, il ne faut pas perdre de vue que ceci est imputable aux diverses formes de collaboration et mécanismes de compensation endogènes mis en place pour garantir à cette structure confessionnelle, l'équilibre financier nécessaire à sa survie. Citons entre autres la rétention des malades qui recouvrent leur santé étant insolvables, et qui doivent travailler pendant de longs mois pour payer leurs frais médicaux. Lorsqu'un malade insolvable réussit à tromper la vigilance des gardiens pour s'enfuir, on transfère subtilement ses frais impayés, soit aux autres patients originaires du même village, soit à d'autres malades, qu'importe les liens de parenté, et cela à leur insu. Voilà une pratique qui est bien loin de la charité chrétienne. En outre, la communauté villageoise soutient l'effort missionnaire par de multiples petits dons en nature ou financiers. Elle participe aussi à divers travaux manuels liés au fonctionnement du centre hospitalier. Cet astucieux système de gestion rend difficile l'évaluation du niveau de satisfaction et du coût réel des services rendus aux populations de Mbeta par le centre confessionnel de santé local, ceci d'autant qu'elles n'ont aucune alternative.

Conclusion

La crise économique que traverse le Cameroun depuis les années 1980 a comme conséquence le recul de l'État dans sa fonction régaliennne de principal financier et pourvoyeur aux citoyens du bien-être en général et des soins de santé en particulier. Pour pallier les insuffisances de l'offre de soins du secteur public dans certaines zones rurales défavorisées, les missions chrétiennes ont créé des centres de santé que les populations bénéficiaires jugent plus accessibles, du fait souvent de leur proximité, et surtout des coûts abordables des soins. Le centre de santé catholique de Mbeta en est une illustration parfaite. La participation des populations locales aux activités de ce centre de soins permet d'améliorer son fonctionnement, son rendement et son rayonnement au-delà de son site d'implantation. Bien que cette collaboration des communautés villageoises concoure à la résolution des problèmes cruciaux de santé auxquels elles sont confrontées, leur assujettissement au catholicisme suscite quelques inquiétudes. Ceci dans la mesure où, le but visé par cette œuvre confessionnelle apparemment de bienfaisance, semble être l'aliénation culturelle des bénéficiaires, qui n'ont ni autres possibilités de se soigner, ni la liberté de continuer à pratiquer leurs us et coutumes ancestraux tombés en désuétude

³ Un étrange bonheur. Lettres du P. Damien lépreux (1885-1889) Introduction et notes par Edouard Brion, Paris, Cerf 1988, p. 43.

depuis l'avènement du christianisme. Vu sous cet angle, le centre de santé des missionnaires catholiques de Mbetta a bien atteint son objectif.

En définitive, il n'est pas erroné de croire que partout dans la sphère du colonialisme, les missionnaires ont sagement mis en avant leurs œuvres sociales, notamment dans les domaines de la santé et de l'éducation pour atteindre efficacement leur finalité, à savoir : évangéliser les peuples, leur apprendre la bonne nouvelle de Dieu. Le succès du centre de santé missionnaire de Mbetta est-il synonyme de l'abandon du patrimoine socio-culturel local (us et coutumes, biodiversité riche valorisée par les tradi-praticiens) au profit des valeurs modernes incarnées par la religiosité chrétienne ?

Bibliographie

- Chiffolleau S. 2002. *Politiques de santé sous influences étrangères*. Lyon : Maison de l'Orient Méditerranéen.
- Fassin, D. 1993. *Coopération et politiques de santé en Afrique*. Paris : Karthala, *La France et l'Afrique* (coll.).
- Gruenais, M.E. 2005. « Les qualités de l'offre de soins confessionnelle en Afrique subsaharienne. » *Les objets de la santé. Autrepart* 29.
- Cameroun, Ministère de la santé publique 2002. *Stratégie sectorielle de santé 2001-2011*. Yaoundé : Les publications du Ministère de la santé publique.
- Duriez, B. et al. 2007. *Les ONG confessionnelles: Religions et action internationale*. Paris : L'Harmattan.
- Masse, R. 2006. « Introduction. Rituels thérapeutiques, syncrétisme et surinterprétation du religieux ». *Convocations thérapeutiques du sacré*. Paris: Les Éditions Karthala, 5-12
- Médard, J.F. 2002. « Décentralisation du système de santé publique et ressources humaines au Cameroun. » *Un système de santé en mutation : le cas du Cameroun*. Bulletin de l'APAD, 21.
- Organisation Mondiale de la Santé. 2000. *Rapport sur la santé dans le monde*. Genève : Les publications de l'O.M.S, 2000.
- Pirotte, J. et H. Derroitte. 1991. *Mission et santé du XIX^e siècle à nos jours. Enjeux et Stratégies*. New-York.
- Wamba, A. 2005. « Entre religion, tradition et modernité : la construction d'un réseau de compétences thérapeutiques au Cameroun : Cliniques du corps. » *L'Autre*, 6 (2) : 227-237.