

PROBLEMATIQUE DES GRANDES ENDEMIES AU CAMEROUN : DEFI SANITAIRE DES OBJECTIFS DU MILLENAIRE POUR LE DEVELOPPEMENT

Daniel Ledoux DONG RIM

Université de Yaoundé I

dongrimdan@gmail.com

Résumé

En 2000, la communauté internationale s'est donnée pour mission une palette de 15 objectifs à atteindre jusqu'en 2015. Parmi ceux-ci, l'objectif numéro 6, consistant en la lutte contre les grandes endémies telle que le SIDA, la tuberculose, et le paludisme. 2015 révolu, il convient de s'interroger sur le degré d'atteinte de ces objectifs au Cameroun. A partir d'une méthodologie historique d'analyse des données, il a été établi que les résultats obtenus en 2015 sont mitigés avec un taux de réussite de 66,66%. L'objectif des OMD pour le paludisme étant un échec, car le nombre de cas notifié reste crescendo. Des mesures doivent être ainsi prises pour pouvoir atteindre l'objectif d'éradication prévu pour 2030 par les ODD.

Mots clés : OMD, SIDA, paludisme, tuberculose, Cameroun

Abstract

In 2000, the international community set itself the mission of a range of 15 objectives to be achieved until 2015. Among these, objective number 6, consisting in the fight against major endemic diseases such as AIDS, tuberculosis, and malaria. 2015 is over, it is worth wondering about the degree of achievement of these objectives in Cameroon. From a historical methodology of data analysis, it was established that the results obtained in 2015 are mixed with a success rate of 66.66%. The MDG target for malaria has been unsuccessful, as the number of reported cases continues to rise. Steps must be taken to achieve the eradication goal set for 2030 by the SDGs.

Keywords: MDG, AIDS, malaria, tuberculosis, Cameroon

Introduction

La problématique sanitaire est une préoccupation moderne qui interpelle l'ensemble des pays et organisations. Les premières traces de lutte contre les grandes endémies et pandémies remontent bien avant la création de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), soit en 1348 avec la construction des premiers Lazarets. En 1948, l'OMS arrive avec une vision relativement nouvelle, et met en place de nouveaux protocoles pour l'élimination des maladies à potentielles épidémiques

(MAPE). La nouvelle structure sanitaire mondiale mis en place par l'OMS est ainsi verticale et, promeut une stratégie basée sur la lutte par la prévention à travers le règlement sanitaire international (RSI) et la promotion de la santé (PS) d'une part, juxtaposé par les mesures curatives basées sur les programmes d'éradication d'autre part. En 2000, la communauté internationale a émis huit objectifs à atteindre pour 2015. Parmi ceux-ci, trois étaient du domaine de la santé, soit l'objectif 4 (réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans), l'objectif 5 (améliorer la santé maternelle) et l'objectif 6 (combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies de santé publique prioritaires). Il s'agit donc pour ce dernier (l'objectif 6, objet du présent article) de stopper la propagation des maladies suscitées et d'inverser leur courbe de progression au plus tard en 2015. Autrement dit, quel est l'impact de la politique de l'OMS dans la problématique des grandes endémies au Cameroun entre pendant la durée du mandat des OMD ? Dans le but d'informer les décideurs des politiques de santé publique, il est important d'analyser le niveau d'atteinte des objectifs millénaires de développement (OMD) dans son objectif 6 entre 2000 et 2015 dans l'un des pays d'Afrique subsaharienne, le Cameroun ; avec un focus sur l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), la tuberculose, et le paludisme.

I. L'infection par le VIH au Cameroun et les OMD (2000 – 2015)

1.1. L'infection par le VIH au Cameroun

Le syndrome d'immunodéficience acquise, plus connu sous son acronyme SIDA, est considéré comme un ensemble de symptômes ayant pour origine la destruction de cellules du système immunitaire par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH).Après la découverte du virus causant le SIDA en 1983, le premier cas est rapporté deux ans plus tard au Cameroun, en 1985. Entre 1985 et 1986, 21 cas sont recensés contre 604 en 1991. Ces cas sont répertoriés comme suis :

Tableau 1 : Répartition sociologique des cas d'infection au VIH entre 1985 et 1986 au Cameroun

Tranches sociales	Taux de contamination
Milieu urbain	62%
Chômeurs	24%
Salariés	20%
Commerçants	15%
Fonctionnaires	11%
Niveau d'étude secondaire	50%
Niveau d'étude universitaire	6,5%

(OMS, 1992 : 145)

Le nombre de cas allait donc progressivement crescendo, touchant davantage les populations les plus démunies et les moins instruites. En 1994, le nombre de cas atteint 1761, Ce nombre va presque tripler en 1997 et atteindre 3950, puis en 1998, 6843 nouveaux cas seront détectés (Koubemba Mona, 2010 : 40). En 1999, le Cameroun totalise 18986 cas (OMS, 1999 : 402). On peut ainsi constater que la maladie a rapidement gagné du terrain tant au niveau géographique que du nombre de contamination. En un peu plus de 20 ans, le sida est déjà considéré comme un fléau au Cameroun. En 2000, on estime à 18986 le nombre de personnes vivantes avec le VIH/SIDA (OMS, 2000 : 383). Ce nombre n'a cessé de grimper ; en 2001, il va franchir la barre de 929000 cas (OMS, 2003 : 2). Le nombre de nouvelles infections reste croissant au fil des années et se situe à 51315 cas en 2010 (MINSANTE, 2010 : 25). Ainsi, jusqu'en 2015, le taux de prévalence du VIH/SIDA chez les personnes âgées de 15 à 49 ans est de 4,3% (Nkoussa, 2015). A ce sujet, Biatcha Jean Stéphane, alors secrétaire exécutif des Synergies africaines déclare "la pandémie de SIDA demeure la grande épreuve de notre temps" (Nkoussa, 2015).

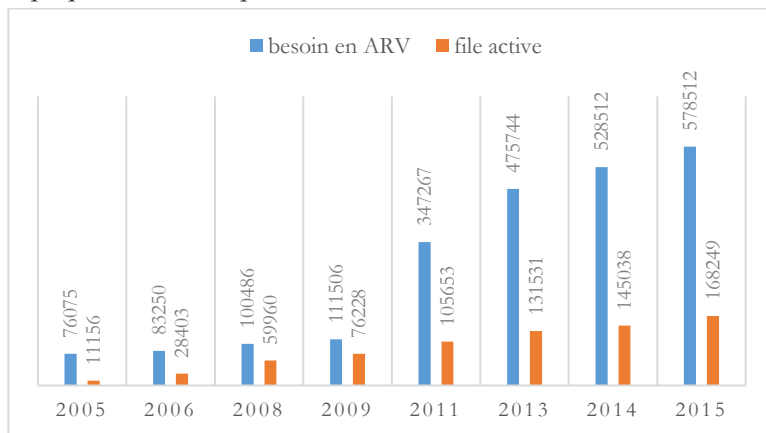
L'engagement du Cameroun auprès de l'OMS dans la lutte contre le SIDA a une fois de plus été martelé par le président Biya Paul, lorsqu'il déclarait dans son discours du 27 septembre 2007 lors de la 62^{ème} Assemblée Générale des Nations Unies à New York : "il me semble en effet capital que tous les efforts nécessaires soient déployés

pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le développement... Il est primordial que les engagements pris soient tenus dans toute la mesure du possible” (comité national de lutte contre le SIDA, 2008 : 21). Déjà en 1999, la lutte contre l’infection au VIH avait été érigée au rang des priorités nationales. En 2001, le pays s’est doté d’un programme multisectoriel de lutte contre le sida (PMLS), d’un plan stratégique de lutte contre le SIDA, multisectoriel et décentralisé, impliquant fortement la société civile, le secteur privé et les communautés pour une période allant de 2006 à 2010 (comité national de lutte contre le SIDA, 2008 : 21) ; enfin, en 2011, le pays a mis sur pieds un plan stratégique national de lutte contre le VIH, le SIDA et les infections sexuellement transmissibles (IST), sur une période allant de 2011 à 2015.

1.2. Le SIDA et les OMD : stopper la propagation et inverser la tendance

L’impact de la synergie entre le Cameroun, l’OMS et ses partenaires pour la lutte contre le VIH/SIDA a eu un retentissement dans tous les pays. Ainsi, au Cameroun on peut d’ores et déjà constater que le nombre de personnes vivant avec le VIH et sous ARV est en nette croissance, comme l’indique le graphe suivant :

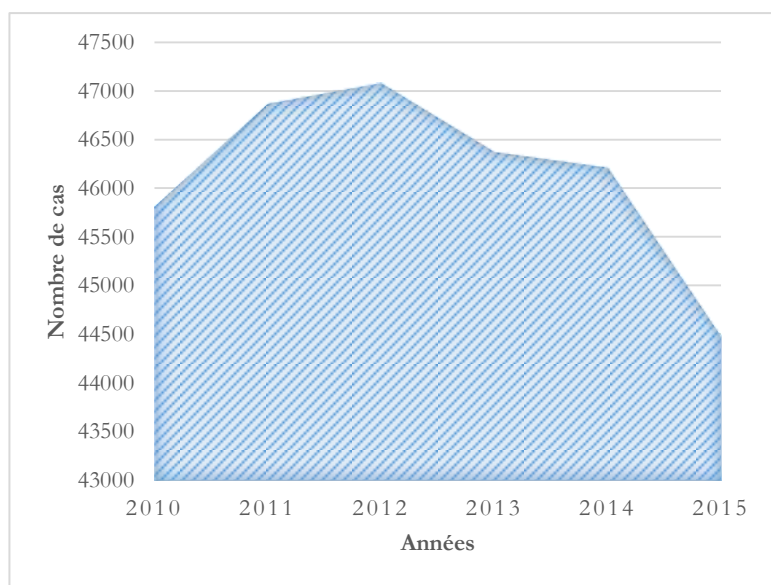
Graphique 1 : Besoins et personnes sous ARV au Cameroun entre 2005 et 2015



(MINSANTE, 2016 : 75)

Le graphique 1 ci-dessus nous montre ainsi les efforts du système de santé pour prendre en charge les personnes vivantes avec le VIH/SIDA (PVVIH/SIDA). Il s'agit donc d'un constat positif, car si plus de personnes ont accès aux ARV, cela inclus que davantage effort sont fournis par les pouvoirs publics pour prendre en charge les personnes vivantes avec la maladie. Cette prise en charge a donc permis de renverser la courbe évolutive du nombre de nouveaux cas incidents de PVVIH/SIDA, comme nous le montre la courbe ci-contre :

Graphique 2 : Evolution du nombre de cas de nouvelles infections VIH 2010-2015 au Cameroun



(MINSANTE, 2016 : 75)

La cible qui était donc d'inverser la tendance des nouveaux cas de PVVIH/SIDA en 2015. On est ainsi quitté de 45814 nouveaux cas en 2010, pour 44477 cas en 2015. C'est dire qu'on note un nombre de moins en moins important de nouveaux cas dépistés. Ceci dit, malgré les pics légers de 2011 et 2012, les OMD ont été atteints en 2015 au Cameroun, pour ce qui est d'inverser la tendance de la progression de l'infection par le VIH entre 2000 et 2015.

II. La tuberculose au Cameroun et les OMD (2000 – 2015)

2.1. *La tuberculose au Cameroun*

Jusqu'en 1988 la lutte contre la tuberculose était entièrement supportée et financée par le MINSANTE, du diagnostic au traitement et même l'hospitalisation ; les soins étaient donc totalement gratuits (MINSANTE, 2012 : 2). La crise économique et financière qui a frappé le Cameroun à la fin des années 1990 a entraîné un effondrement du budget de fonctionnement du MINSANTE se traduisant ainsi entre autres par la cessation de la gratuité de la prise en charge des malades ayant la tuberculose. La réorientation globale de la politique de la santé pendant cette période a permis l'opérationnalisation du district de santé (DS) qui a pris le relai de la prise en charge des malades ayant la tuberculose au niveau périphérique. En 2002, le Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT) a été reconnu comme programme prioritaire du MINSANTE, faisant suite à la création du Comité National de Lutte contre la Tuberculose (CNLT) la même année (MINSANTE, 2012 : 2). En 1996, le Cameroun a mis sur pieds le Programme National de Lutte Contre la Tuberculose, programme qui a atteint une quasi-couverture nationale en 2002 (Noeske *et al*, 2016 : 3). Cependant, en 2012, le Cameroun a mis sur pieds un programme national révisé de lutte contre la tuberculose (MINSANTE, 2012 : 3).

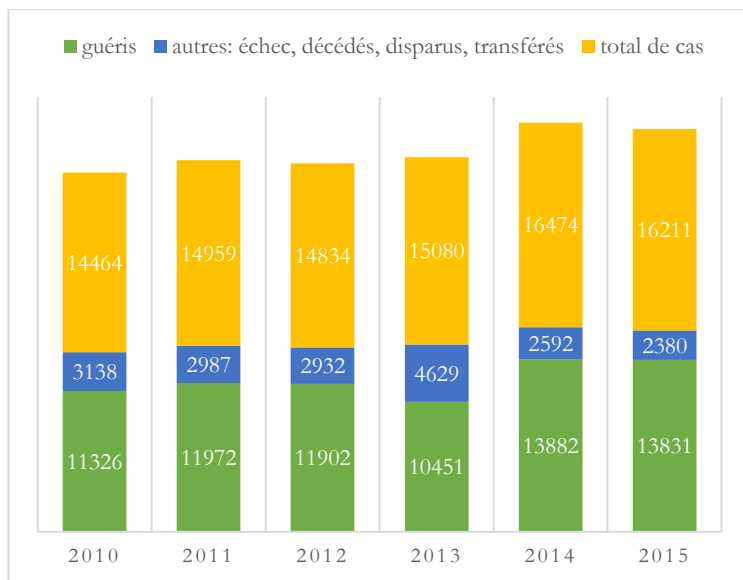
La mise en œuvre du programme était ainsi diligentée en trois niveaux : le niveau central qui avait pour mission la définition des grandes orientations et des objectifs généraux de lutte contre la tuberculose ainsi que la mobilisation des ressources nécessaires ; le niveau intermédiaire qui avait pour mission d'organiser, de coordonner, de suivre et d'évaluer la mise en œuvre de la lutte contre la tuberculose au niveau régional ; et le niveau périphérique qui a intégré la lutte contre la tuberculose au niveau du DS dans le paquet minimum d'activités, ce dernier étant la base de l'organisation de la lutte antituberculeuse (MINSANTE, 2012 : 8).

2.2. *La tuberculose et les OMD : stopper la propagation et inverser la tendance*

D'une manière générale, les résultats escomptés furent très mitigés, car on note des différences peine visible entre 2000 et 2015. Ainsi, le nombre de nouveaux cas enregistrés au Cameroun reste

sensiblement en stagnation entre 2010 et 2015. C'est dire que la cible d'inverser la tendance du nombre de nouveaux cas de tuberculose n'est pas encore pleinement atteinte si non elle commence à peine à l'être, comme nous le présente le graphique 3 suivant :

Graphique 3 : Evolution des nouveaux cas de tuberculose au Cameroun de 2010 à 2015



(MINSANTE, 2016 : 76)

Le graphique ci-dessus instruit sur le nombre de cas de tuberculose entre 2010 et 2015. Ainsi, en 2010, on a recensé 14464 cas. Entre 2011 et 2013, ce chiffre reste oscillant puis, en 2014, le nombre de cas monte à 16474, puis en 2015 à 16211. Ces données interpellent ainsi le Cameroun et l'OMS pour une prise de conscience, pouvant se manifester par un réajustement des politiques afin de mieux les adapter à la situation du Cameroun.

III. Le paludisme au Cameroun et les OMD (2000 – 2015)

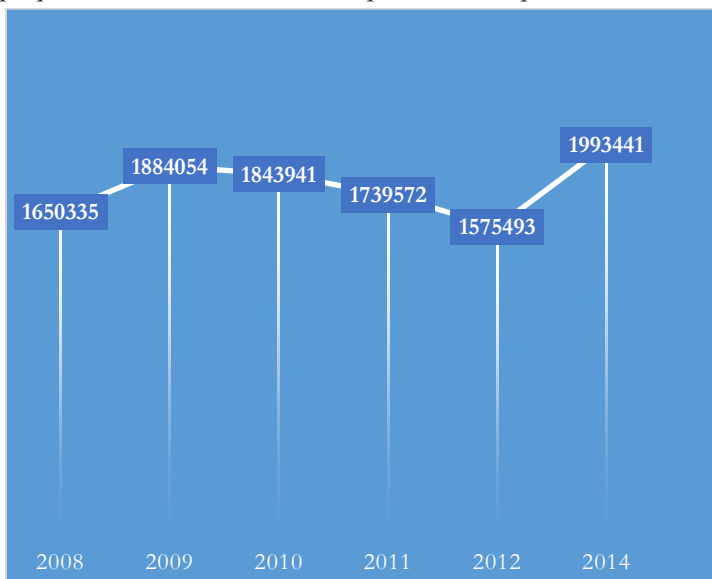
3.1. *Le paludisme au Cameroun*

Le paludisme est une maladie qui est endémique particulièrement dans le continent africain. Le Cameroun subit donc de plein fouet ses effets. L'OMS a ainsi très vite mis en place un programme permettant de lutter contre cette maladie. Ainsi, la politique de l'OMS de lutte contre le paludisme connaîtra deux grandes périodes : la première période allant de 1946 à 1978, est ponctuée trois faits majeurs : l'utilisation du dichlorodiphnyltrichloroéthane (DDT) entre 1946 et 1954, les résultats obtenus laisse place à une perspective d'éradication entre 1955 et 1969, et entre 1969 et 1978 l'OMS entrevoit une possibilité d'éradication de la maladie (OMS, 1989 : 347). La seconde période va de 1978 à 2015 ; elle est ponctuée par deux grands moments : celle allant de 1978 à 1999 marquée par une prise de conscience des difficultés à surmonter et la mise sur pieds d'une nouvelle stratégie pour l'éradication basée sur la prévention (Nana Tomen, 2008 : 23), et celle allant de 2000 à 2015 marquée par non plus une utopie d'éradication, mais par un désir de stopper la propagation de la maladie et d'en inverser la tendance (OMS *et al*, 2015 : 5). Cependant, il faut attendre les grandes épidémies survenues dans la région de l'Extrême Nord en 2013 pour que la maladie soit considérée comme MAPE. Débute donc le processus de notification instruit par l'OMS en 2014 qui s'étendra progressivement à toute l'étendue du territoire jusqu'en 2015 (OMS, 2016 : 5).

3.2. *Le paludisme et les OMD : Stopper la propagation et inverser la tendance au Cameroun*

En 2015, la lutte contre le paludisme suit son cours au Cameroun. Celle-ci est principalement axée sur la prise en charge des cas et la prévention. Cependant, le taux de morbidité hospitalier reste encore très élevé entre 2008 et 2015 (voir graphique 4) :

Graphique 4 : Evolution de morbidité hospitalière liée au paludisme 2008-2014



(MINSANTE, 2016 : 79)

On peut d'ores et déjà constater déjà qu'en 2014, la morbidité hospitalière est fortement à la hausse, quittant de 1.650.335 en 2008, pour 1.993.441 en 2014. Ceci trahit sans doute une prise en charge problématique du programme synergique de lutte contre le paludisme.

Tableau 2 : Nombre de cas suspects de paludisme notifiés par région au Cameroun entre 2014 et 2016

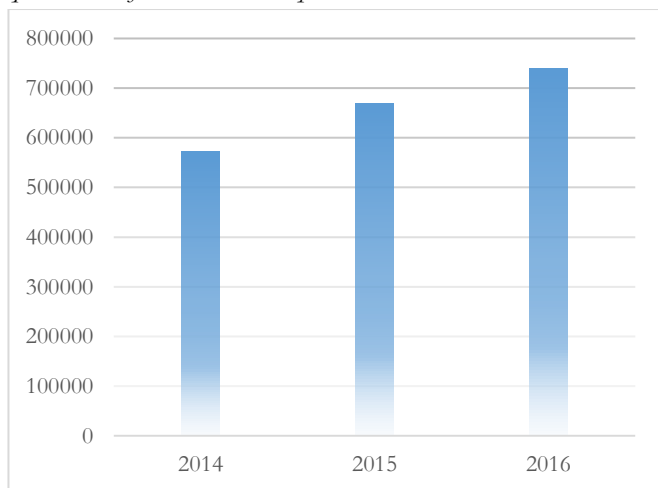
Année	2014		2015		2016		Moyenne annuelle	
	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès
National	571934	582	669586	512	740009	579	660510	558

(OMS, 2016 : 5)

Le tableau 2 n'est ainsi que le reflet de l'état du paludisme au Cameroun. On note ainsi une endémie sévère crescendo entre 2014 et 2016, bien relevée par le graphique 5 ci-contre. L'impact de la lutte contre le paludisme au Cameroun n'aura pas ainsi atteint les résultats escomptés en 2015. Au lieu d'assister à une diminution du nombre de

cas, on assiste plutôt à un constat contraire. Seulement entre 2014 et 2015, on a assisté à une augmentation du nombre de contamination au paludisme de l'ordre de 97.652 nouveau cas, soit un taux d'augmentation de 14,58%, même si le nombre de décès a relativement diminué.

Graphique 5 : Notification de cas de paludisme au Cameroun entre 2014 et 2016



(OMS, 2016 : 5)

L'observation du comportement de l'évolution du paludisme au Cameroun fait état d'un échec à l'atteinte des OMD pour ce cas précis. Non seulement la courbe n'est pas décroissante, elle est clairement évolutive.

Conclusion

Le processus de lutte contre les grandes endémies poursuivi par l'OMS en 1948 a connu plusieurs rebondissements. La survenance des maladies telles que le VIH/SIDA, la tuberculose ou encore le paludisme ont convaincu la communauté internationale d'introduire dans les OMD des objectifs sanitaires en leur offrant une place de choix. Entre 2000 et 2015, le Cameroun, partie de l'OMS et des OMD, a tenté d'atteindre cet objectif numéro 6, à savoir stopper la

propagation des grandes maladies et inverser leur tendance. En 2015, le point d'achèvement des OMD reste ainsi loin des espérances. Même si on a observé que la courbe des cas notifiés de VIH/SIDA est en baisse, parallèlement on observe aussi celle de la tuberculose reste relativement indemne, plus grave celle du paludisme est crescendo. Même si la tendance générale reste à l'optimisme, les pouvoirs publics ont un intérêt impératif de davantage investir sur la promotion de la santé, le règlement sanitaire international, et les programmes spécifiques de lutte contre les MAPE afin de ne pas louper leur éradication prévue pour 2030 par les objectifs du développement durable (ODD).

Références bibliographiques

OMS (1992), *Relevé épidémiologique hebdomadaire*, N° 20, Genève, Organisation mondiale de la santé.

Koubemba Mona (2010), *Analyse du statut sérologique au VIH /SIDA et de ses déterminants chez les femmes enceintes au Cameroun*, Mémoire d'ingénieur d'application de la statistique (IAS), Institut sous régionale de statistique et d'économie appliquée (ISSEA), Yaoundé.

OMS (1999), *Relevé épidémiologique hebdomadaire*, N° 47, Organisation mondiale de la santé.

OMS (2000), *Relevé Épidémiologique Hebdomadaire*, N° 47 Organisation mondiale de la santé.

OMS (2003), *VIH/SIDA : couverture de certains services de prévention et de soins dans les pays peu développés en 2001*, Organisation mondiale de la santé.

MINSANTE (2010), *Plan stratégique national de lutte contre le VIH, le sida et les IST, 2011-2015*, ministère de la santé publique, Yaoundé.

Nkoussa Jean (2015), *VIH/SIDA : 4,3% de taux de prévalence en 2015*, cameroon-info.net, consulté le 4 décembre 2015.

Comité national de lutte contre le sida (2008), *Mise en œuvre de la déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA*, rapport de progrès n°3, Yaoundé.

MINSANTE (2016), *Profil sanitaire analytique 2016 - Cameroun*, ministère de la santé publique, Yaoundé.

MINSANTE (2012), *Programme national de lutte contre la tuberculose : guide technique pour les personnels de santé*, Ministère de la santé publique, Youndé.

Noeske J., Nana Yakam A., Abena Foe J-L (2016), *National Tuberculosis Programme*, Faculty of Economics Sciences and Applied Management, University of Douala.

OMS (2016), *Relevé Épidémiologique Mensuel du Cameroun*, N° 16/02, Organisation mondiale de la santé

Djeutchouang sayang collins (2010), *Intérêt de l'utilisation des tests de diagnostic rapide du paludisme sur le coût et l'efficacité de la prise en charge des patients fébriles à Yaoundé, Cameroun*, Thèse de Médecine, Université de la méditerranée de Marseilles.

OMS (1989), *Le paludisme et l'action de l'OMS*, Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé, p. 347-363.

Nana Tomen Henry (2008), *Le paludisme dans le bassin Nyong Sanaga : connaissances et stratégies de lutte*, Rapport rédigé en vue de l'obtention du diplôme d'Ingénieur d'Application de la Statistique, Institut Sous-régional de Statistique et d'Économie Appliquée, Yaoundé.

OMS et UNICEF (2015), *Atteinte de la cible des OMD pour le paludisme : inversion de la tendance entre 2000 et 2015*, Genève, Organisation mondiale de la santé.