



Fonctionnement et gestion de la médecine scolaire au Cameroun : cas des établissements de la ville de Maroua de 1958 à 2008

Bienvenue Germaine Nyane*

Résumé

Cet article vise à étudier l'évolution des problèmes de santé dans les écoles et de leur gestion par l'État camerounais et ses différents partenaires. Précisément, il s'agit de voir comment les problèmes de santé ont été gérés de 1958 à 2008 dans les établissements scolaires. Ce travail s'appuie sur des documents écrits (ouvrages, rapports, archives, etc.), des sources orales collectées à la suite de plusieurs visites dans les établissements scolaires, et de nos propres observations. L'analyse s'inscrit dans une approche pluridisciplinaire, notamment la vision de la sociologie, des études sanitaires, etc. Cette diversité des disciplines mobilisées se fait l'écho de l'évolution du système de gouvernance et de santé publique en milieu scolaire au Cameroun. Il en ressort que la gestion des structures de santé dans la ville de Maroua a connu des mutations au fil des années. De l'époque de l'État providence jusqu'à son désengagement dans ce secteur à partir des années 1987, l'on observe une faible prise en charge des apprenants dans un environnement marqué par la récurrence des maladies de toutes sortes. Certains établissements ne disposent pas de structures sanitaires, et les infirmeries qui existent sont gérées par lesdits établissements depuis la récession économique survenue au Cameroun en 1987. De nos jours, on note une implication de plus en plus accrue des ONG pour soutenir les établissements dans le domaine de la santé, mais les résultats restent toujours mitigés.

Mots clés : fonctionnement, gestion, médecine scolaire, Maroua, Cameroun

Abstract

This article is studying the evolution of health issues in schools and the response brought by the Cameroonian government and its various partners. Specifically, this report analyze how the health issues have been managed since

* Département d'Histoire, Université de N'Gaoundéré (FALSH). Email : ashtonne2@yahoo.fr

1958 to 2008 in schools? This work is based on written documents (books, reports, bills and laws, archives, etc.), oral sources collected following several investigations in schools and our own observations. The analysis has been conducted on a multidisciplinary approach combining sociology and health studies. This diversity of disciplines mobilized has outlined the evolution of governance of public health system in schools in Cameroon. It appears that the management of health facilities in the city of Maroua has undergone changes over the years. From the welfare state era until its withdrawal in 1987 the low support for learners observed in an environment marked by the recurrence of diseases of all kinds. Some institutions lack the health facilities and infirmaries that exist are managed by the said institutions since the economic recession occurred in Cameroon. It is observed today, a growing involvement of NGOs (Non-Governmental Organizations) to support institutions in the health sector but the results remain mixed.

Key Words : operation, management, school health system, Maroua, Cameroon.

Introduction

La situation sanitaire en Afrique est des plus préoccupantes, avec une multitude de maladies qui freinent le développement socioéconomique des sociétés. Elle est encore plus alarmante dans les milieux scolaires. La prise en compte de « la santé en milieu scolaire » reste de ce fait une préoccupation des pouvoirs publics et des organisations privées et internationales. Au Cameroun, plus particulièrement dans la région de l'Extrême-Nord, la santé des enfants dans les établissements constitue un défi, compte tenu du niveau de pauvreté des populations. L'accès aux soins des enfants en milieu scolaire doit donc être une priorité dans les politiques de santé du gouvernement camerounais.

Quelques travaux scientifiques abordent la question de la santé en milieu scolaire. Fadibo Pierre, par exemple, à travers ses différentes publications, analyse l'importance de la santé dans l'éducation. Il axe son travail sur les manifestations et les perceptions des maladies épidémiques par les différents groupes sociaux de cette région. Il met l'accent également sur les conséquences et les méthodes de prise en charge préconisées par les populations et l'État en cas d'épidémie (Fadibo 2005). Quant à Olivier De Sardan (1999), il décrit le contexte social, relationnel et institutionnel de la santé avec les axes d'une nouvelle socio-anthropologie de la santé. Les thèmes évoqués sont les services de santé, les politiques sanitaires, les projets de santé, les projets de prévention et les systèmes de santé. Cheick Ibrahima Niang (2008) analyse la situation sanitaire en Afrique et met à nu l'échec des systèmes de santé des États africains. Pour lui, il est nécessaire de reconceptualiser la question de la santé en prenant en compte les aspects culturels, sociaux et politiques

de la maladie dans les sociétés et communautés locales. Mouyébé Kera (1985), pour sa part, évalue les programmes des soins de santé primaire dans le département de Kaélé. Il analyse les incidences d'une maladie en milieu scolaire, et l'action qui consiste à réduire le risque d'apparition de cas nouveaux. Parlant justement du Nord-Cameroun, Iyebi Mandjek et Tourneux (1994) abordent dans une production commune l'historique de l'implantation de l'école occidentale à Maroua. Les auteurs font une description du contexte historique, démographique, économique et linguistique et se penchent aussi sur les problèmes de l'enseignement primaire dans la ville de Maroua. Ils décrivent les différents établissements coraniques et occidentaux et les méthodes pédagogiques utilisées, et analysent le rendement scolaire. Pour eux, la scolarisation progresse tandis que le rendement scolaire diminue. Ils recommandent l'usage de la langue peule comme langue d'enseignement au lieu du français, et montrent la nécessité de nouvelles stratégies éducatives. Néanmoins, ces études n'abordent pas d'une manière spécifique les problèmes de santé qui sévissent dans les établissements scolaires africains. Il s'agit alors, dans le cadre de cet article, de voir comment les problèmes de santé ont été gérés de 1958 à 2008 dans les établissements scolaires. Autrement dit, il s'agit d'analyser l'évolution de la politique de santé en milieu scolaire au Cameroun en s'appuyant sur l'exemple des écoles primaires et secondaires de la ville de Maroua et d'analyser la dynamique du fonctionnement des structures sanitaires dans les établissements scolaires.

Malgré les initiatives et les actions de l'État camerounais et de ses différents partenaires au développement, la santé en milieu scolaire reste et demeure une préoccupation essentielle dans le système de santé camerounais en général. Sur le plan méthodologique, la phase de collecte des données a mobilisé des sources écrites, orales et iconographiques, étayées par des observations sur le terrain. Les sources écrites constituées des ouvrages, des rapports, des textes et des lois, des archives, etc. ont été collectées dans plusieurs centres de documentation, dans les structures de santé scolaire, les ONG, les lycées, etc. à Maroua et à Yaoundé. Les sources orales sont les résultats des visites que nous avons menées dans la zone d'étude où plusieurs personnes (médecins, infirmiers, élèves, responsables des ONG, etc.) ont été interviewées. À ces éléments s'ajoutent l'observation et la collecte des sources iconographiques. Plusieurs approches (synchronique, systémique, etc.) ont été choisies dans le cadre de l'analyse, de l'interprétation des données et du recoupement des informations recueillies. Ces approches ont nécessité une vue pluridisciplinaire, notamment la vision de la sociologie de la santé, des études sanitaires, etc. Cette diversité des disciplines mobilisées se fait l'écho de l'évolution du système de gouvernance et de santé publique en milieu scolaire

au Cameroun. L'article est organisé en trois parties. D'abord, il présente la médecine scolaire pendant la période coloniale à Maroua, ensuite l'évolution du fonctionnement et la gestion des structures de santé dans les écoles de la ville de Maroua depuis l'indépendance du Cameroun, et enfin, la contribution des autres intervenants dans la gestion de la santé scolaire.

Trajectoire historique de la médecine scolaire à Maroua

L'introduction de la médecine occidentale dans la ville de Maroua date de la période coloniale. Elle a été introduite par les Allemands à partir de 1902, suivis en 1916 par les Français. Il a fallu attendre 1958, avec la création du Collège d'enseignement général (CEG) de Maroua, pour que soit mise en place la première structure sanitaire dans un établissement. De ce fait, le système de santé coloniale intègre la médecine scolaire.

Le système de santé pendant la période coloniale et la création des premières écoles dans la ville de Maroua

On distingue deux phases dans la période coloniale, notamment une première phase d'expansion coloniale, qui s'achève avec la Première Guerre mondiale et la stabilisation des frontières. La seconde phase est celle de la consolidation, marquée par l'intention déclarée de l'Occident « d'apporter la civilisation » aux populations colonisées. Ce n'est que durant la seconde période que les services médicaux, à l'intention des populations autochtones, vont prendre de l'ampleur. Jusqu'au début du XXe siècle, les conquêtes coloniales se poursuivent, rencontrant des résistances souvent durement réprimées. Une bonne connaissance de la politique coloniale de la médecine scolaire passe par une appréhension de la politique sanitaire globale adoptée par les administrateurs coloniaux. La nouvelle médecine occidentale était étrangère aux populations. Elle s'est implantée dans la ville de Maroua suivant un long processus. Cette médecine a commencé sous l'administration coloniale allemande, puis la France a poursuivi les œuvres des Allemands.

En effet, les premiers Allemands, en s'installant à Maroua, avaient introduit la médecine occidentale non pas pour soigner les indigènes, mais les Européens et leurs collaborateurs autochtones qui étaient les soldats, les cuisiniers, les boys et les employés des commerçants européens. C'est pourquoi cette ségrégation a amené certains à penser que c'était un moyen de préserver la santé des Blancs (Niang 2008:20). Ce n'est que plus tard, lorsque l'administration a eu besoin des forces indigènes, qu'elle a étendu les soins aux autres couches sociales dans le seul but d'accroître la productivité. La volonté des colons était aussi d'augmenter l'espérance de vie des indigènes afin de bénéficier de leurs taxes civiques et de la main-d'œuvre qu'ils constituaient.

Ce constat est d'ailleurs bien souligné par Chazelas :

Une bonne colonie qui produira et qui durera est une colonie où le matériel humain est amené à son maximum de rendement physique et intellectuel. Le devoir de la puissance colonisatrice est le même, qu'on le considère du point de vue de l'idéal ou du point de vue de l'intérêt. Il faut que l'indigène se porte bien, qu'il conserve sa santé et ses forces le plus longtemps possible, qu'il fonde une famille, que ses enfants vivent, se développent (Chazelas 1931:240).

Les médecins colons, en nombre très limité et ne comprenant pas la langue des autochtones, devaient avoir recours aux interprètes qui manipulaient un peu leur langue. L'administration coloniale allemande avait eu besoin d'un personnel local non seulement pour résoudre le problème de communication, mais également pour arriver à pénétrer les différentes composantes de la population et inspirer auprès de leurs frères noirs la confiance dans cette médecine occidentale. En effet, l'implantation de cette médecine n'a pas été chose aisée dans la mesure où la médecine traditionnelle avait déjà la confiance des autochtones en vertu de la large connaissance en botanique des charlatans et guérisseurs. Malgré tout, les colons allemands ont réussi à introduire et à imposer la médecine moderne. Le recrutement se faisait exclusivement par le gouvernement colonial allemand sur demande du médecin général résidant à Maroua (Chazelas 1931:260). La formation des indigènes à la médecine occidentale était très rudimentaire. D'ailleurs, aucun programme de formation n'existait, si bien que la formation se réduisait à la pratique ; une pratique elle aussi très limitée. Leur rôle principal était la protection sanitaire et l'hygiène des populations, la lutte contre les endémies afin d'entretenir la force de travail indispensable à la mise en valeur du territoire. De ce point de vue, la médecine coloniale, selon Frantz Fanon, servait les intérêts du système colonial (Fanon 1965).

Concernant les infrastructures sanitaires, durant la période coloniale, elles étaient rares dans la ville de Maroua, car les Européens n'avaient pas eu le temps nécessaire pour les mettre en place. Toutefois, ils ont utilisé certaines bâtisses pour isoler les personnes en cas d'épidémies. Au sein de l'hôpital régional de Maroua, il existait une bâtisse qui servait à isoler ou à mettre en quarantaine des malades présentant des symptômes d'épidémies. De façon générale, les services médicaux des débuts de la colonisation restaient à la fois limités et marqués par une très nette division sociale. Il y a des services curatifs destinés aux Européens et à leur personnel. Les autorités coloniales créèrent progressivement dans les villes des hôpitaux pour les militaires, colons, marchands et cadres européens, ainsi que pour le personnel indigène employé par l'armée et l'administration. Assez rapidement, les entreprises et plantations créèrent également des dispensaires pour soigner leur personnel indigène. C'est dans ce sens que les établissements scolaires, plus tard, vont

disposer des centres médicaux. Après le départ des Allemands en 1915, les Français les remplacèrent. Contrairement aux Allemands qui ne passèrent que dix ans à Maroua, les Français mirent plus de temps, allant de 1916 à 1960. C'est sous le régime français qu'est née la première école.

La scolarisation du Nord ne commença réellement que sous le mandat français, après la Première Guerre mondiale. La première école a été créée à Maroua en 1918 (Martin J.-Y. 1970:15). Il s'agissait d'une école régionale. Elle fonctionna à titre provisoire dans les locaux du palais du sultan jusqu'en 1936, où l'on construisit un bâtiment définitif. Jusqu'en 1944, date de la conférence de Brazzaville, qui redéfinit les objectifs de l'instruction publique dans les colonies, l'enseignement scolaire se limitait à former les auxiliaires de l'administration. Il n'y avait donc pas lieu de multiplier les écoles ; une seule suffisait à l'échelle régionale. À partir de cette année, les choses commencèrent à changer, et l'on intensifia l'implantation des établissements scolaires. Les Oblats de Marie Immaculée s'installèrent à Maroua à la fin de l'année 1948. Priorité fut donnée, de cette époque jusqu'à l'indépendance en 1960, à la mise en place d'un réseau secondaire des écoles. Deux établissements de Maroua datent de ces années : l'école de *Founangué* (1952) et celle de la mission catholique de *Djarengol* (1958). L'avènement du cycle secondaire au Nord est tributaire de la politique française de la scolarisation dans ses territoires. Tout comme le cycle primaire, l'émergence des établissements secondaires à l'Extrême-Nord a été tardive. Le collège d'enseignement général (CEG) voit le jour à Maroua en 1958. C'est justement dans ce collège que l'administration coloniale a mis sur pied le premier centre médical scolaire de Maroua qui avait pour but d'assurer la santé des apprenants.

La politique sanitaire coloniale dans les écoles

Le développement économique d'une région ou d'un pays dépend étroitement de la santé de sa population, raison pour laquelle le bien-être des peuples colonisés retient de plus en plus l'attention de l'administration. Au Cameroun, la politique sanitaire a favorisé la mise en place des stratégies de lutte contre certaines maladies à travers la création des centres de santé.

L'avènement de la médecine occidentale dans la ville de Maroua a eu pour corollaire l'introduction des méthodes de prévention contre certaines maladies. La vaccination, l'éducation sanitaire des élèves et l'assainissement de l'environnement scolaire faisaient partie de la politique sanitaire coloniale. La lutte contre les maladies a été renforcée au Cameroun au lendemain de la mise sur pied des infirmeries scolaires créées dans les écoles et lycées où étaient installés des infirmiers et médecins scolaires.

La vaccination était l'une des mesures indispensables dans la prévention des maladies, car elle permettait de renforcer la résistance de l'organisme. Les séances de vaccinations étaient régulièrement organisées pendant cette période afin de protéger les élèves et écoliers contre certaines maladies qui sévissaient en permanence dans cette partie du territoire. La vaccination est devenue un moyen de lutte préventif très efficace contre les maladies dans les écoles. À côté de celle-ci, les autorités coloniales ont mis aussi l'accent sur l'éducation sanitaire des apprenants. Ainsi, dans les premiers modules de formation conçus par les colons, figurait l'enseignement de l'hygiène dont le but était de sortir le « Noir » – idéologiquement considéré par les défenseurs contemporains de l'occidentalocentrisme comme des « *êtres dont la saleté peut tuer* » – de la saleté et de la promiscuité (Bourdieu & Passeron 1970:48). En effet, les populations bénéficiaires n'arrivaient pas à établir des équivalences entre les enseignements ainsi reçus et les pratiques locales de la salubrité. Résultat : l'adhésion aux pratiques occidentales de l'hygiène n'a pas été totale. C'est ce qu'affirme E. Berthet :

Pendant la période coloniale, tout était importé. Les pratiques alimentaires, la mise vestimentaire, les techniques agricoles et même les contenus des cours dispensés dans les écoles qui ont vu le jour à cette période. Ainsi, les cours d'hygiène qui étaient enseignés dans ces espaces considérés comme cadre de socialisation à la vie moderne étaient en totale inadéquation avec les réalités africaines. Ils imposaient aux Africains la propreté de certains aliments, oubliant que ceux-ci se consomment avec de la cendre. Ils exigeaient la propreté des vêtements, dans l'ignorance que certains habits sales ont une signification culturelle. Autant d'incongruités qui ont conduit les stratégies occidentales dans l'abîme (Berthet 1973:32).

La prévention des maladies était également basée sur la sensibilisation des élèves et écoliers. L'éducation sanitaire consistait à inculquer quelques rudiments de la prophylaxie. Elle portait, pour l'essentiel, sur les modes de transmissions et les moyens de lutte contre certaines maladies. Le personnel sanitaire a joué à cet égard un rôle prépondérant. C'est ainsi qu'il est intervenu auprès des élèves et écoliers pour modifier des comportements spontanés qui allaient à l'encontre de leur santé.

Ainsi, avec la colonisation, l'on assiste à la mise en place d'une politique sanitaire en milieu scolaire. Celle-ci commence à Maroua avec l'implantation des infirmeries scolaires. Cette politique de gestion de la santé scolaire va prendre de l'ampleur durant l'indépendance du Cameroun. Désormais, la gestion et le fonctionnement des structures de santé dans les écoles sont au cœur de la politique sanitaire.

Fonctionnement et gestion des structures de santé dans les écoles de la ville de Maroua depuis 1960

Depuis 1960, la santé en milieu scolaire a toujours été une préoccupation pour le gouvernement camerounais. Le système de santé mis en place intègre parfaitement la médecine scolaire. Seulement, concernant la gestion, l'on est passé d'une période « d'âge d'or », où l'État était au centre du fonctionnement de ces structures de 1960 à 1987, à la période de son désengagement progressif, de 1990 à nos jours.

Un système de santé qui intègre la médecine scolaire

Le système de santé camerounais a une structuration qui lui est propre. Le texte qui le structure et l'organise date de mars 1995. Ce texte fixe les modalités de fonctionnement des structures de santé. Ce système de santé a été réorganisé par le décret n° 95/040 du 7 mars 1995 autour d'une structure pyramidale à trois niveaux : central, intermédiaire et périphérique. Il s'appuie sur certains engagements pris au niveau international, à savoir la déclaration d'Alma Ata de 1978, basée sur la stratégie des soins de santé primaires, la déclaration de Lusaka de 1985 qui définit le cadre africain de développement sanitaire organisé autour d'un système de santé de district, et enfin l'Initiative de Bamako de 1987 qui consacre l'implication des populations dans la gestion du système de santé et dans la participation aux coûts (Beyeme-Ondoua 2002:61).

Le système de santé scolaire peut se définir ici comme un ensemble de personnes, d'institutions et des ressources qui interviennent dans la prestation des soins de santé dans les établissements scolaires. Tout comme le système de santé camerounais, le système de santé scolaire présente des caractéristiques qui lui sont propres. La médecine scolaire est une médecine dispensée dans les établissements éducatifs publics et privés allant des structures préscolaires aux universités. Elle vise à préserver la santé des élèves et à assurer une veille sanitaire et la promotion d'un mode de vie sain. Elle s'intègre dans le système de santé de base.

La médecine scolaire est depuis longtemps une fonction importante de l'OMS). Dès 1950, le Comité d'experts sur les services de santé scolaire a défini les premières bases théoriques d'une action mondiale concertée. En 1986, l'OMS et l'UNICEF ont publié un document (*Helping a Billion Children to Learn About Health*) d'après les résultats d'une consultation internationale sur l'apprentissage de la santé. En novembre 1991, l'OMS, l'UNICEF et l'UNESCO ont convoqué une consultation pour préciser ensemble le contenu d'une éducation sanitaire complète en milieu scolaire

et les mesures que pourraient prendre les pays pour en renforcer la mise en œuvre. Dans la perspective actuelle de l'OMS, les programmes de santé scolaire sont aujourd'hui un instrument décisif de l'instauration de la santé pour tous. Bien que les définitions varient en fonction des besoins et des conditions spécifiques, une école-santé peut être caractérisée comme une école qui cherche constamment à être un cadre de vie, d'apprentissage et de travail toujours plus propice au développement de la santé. Ses principales composantes sont la surveillance épidémiologique, la visite médicale scolaire, la vaccination, la surveillance des conditions d'hygiène et de sécurité, l'éducation sanitaire, le recueil et l'analyse des données. Parmi les composantes de la santé scolaire, la visite médicale est obligatoire à différents moments du cursus scolaire.

Au Cameroun en général et dans la ville de Maroua en particulier, la santé scolaire s'organise autour de trois niveaux : le niveau central, le niveau intermédiaire et le niveau local.

Au niveau central, la santé scolaire est régie par l'administration centrale du MINESEC (ministère de l'Enseignement secondaire) et le MINEDUB (ministère de l'Enseignement de base). Elle est sous la tutelle de la sous-direction de la santé, des sports et des activités post et périscolaires dudit département ministériel. D'après ces ministères, la sous-direction est composée de trois services, à savoir le service de santé scolaire, d'hygiène et de la prophylaxie, le service de l'éducation physique et des sports scolaires, et le service des activités post et périscolaires. Le premier service a pour but d'élaborer les projets, les politiques ou les lignes d'actions sanitaires applicables dans le système éducatif camerounais à l'échelle nationale. Ainsi, les décisions prises à ce niveau sont transmises vers le bas, c'est-à-dire au niveau intermédiaire (Okalla & Le Vigoureux 2005:181).

Il met en action les délégations régionales et départementales des enseignements primaires et secondaires. Pour jouer pleinement son rôle, chacune des délégations abrite en elle un service de l'orientation, de la carte des activités post et périscolaires, une inspection médico-scolaire. Cette dernière est un sous-service déconcentré du MINSEC (ministère des Enseignements secondaires) et du MINEDUB (ministère de l'Éducation de base) qui s'investit directement dans le domaine de la santé scolaire. Ces services fonctionnent en partenariat avec le MINSANTE (ministère de la Santé publique). Chaque élève y contribue à hauteur de 100 FCFA, et de 50 FCFA pour les écoliers. Le montant global constitue le fonds d'appui à la santé scolaire (Nyane 2013). Ces différents niveaux de versements couvrent respectivement les activités de l'IMS (inspection médico-scolaire), à savoir les visites médicales systémiques, les campagnes de vaccination et de dépistage VIH/SIDA.

De par son action directe dans le domaine de la santé scolaire, l'IMS est une courroie de transmission entre les services déconcentrés et les établissements scolaires. C'est à ce niveau que les soins de santé sont véritablement perceptibles au niveau scolaire. La présence d'une infirmerie scolaire, d'un personnel et des équipements scolaires en permanence est l'indicateur permettant de définir l'accès et la qualité des soins de santé administrés aux élèves. L'on note que les établissements, qu'ils possèdent ou non une infirmerie, disposent tous d'une boîte à pharmacie. Elle est fournie grâce aux frais exigibles d'inscription des élèves. Toutefois, le financement des soins des élèves peut venir de l'APE (Association des parents d'élèves). Elle achète quelquefois les équipements sanitaires. En général, les infirmeries scolaires sont coordonnées par les IMS, structures d'encadrement et d'appui à la santé scolaire. De ce fait, elle travaille en synergie avec les infirmeries, à travers les visites médicales systématiques qu'elle organise au début de chaque année scolaire, sans oublier les campagnes de vaccination et de dépistage du VIH/SIDA qu'elle planifie pendant la période scolaire.

La gestion de structures sanitaires dans les établissements scolaires de Maroua

Depuis l'indépendance du Cameroun en 1960, la médecine scolaire a connu des mutations. On est passé de la période dite de « nivaquinisation » marquée par l'intervention de l'État de 1960 à 2000 à une période de désengagement progressif de l'État.

La santé scolaire de 1960 à 2000 : la période dite de « nivaquinisation »

La période de « nivaquinisation » débute en 1960 et s'achève en l'an 2000. C'est une période marquée par la mise à la disposition de la « nivaquine » à titre de prévention. Cette période se subdivise en deux phases : de l'indépendance en 1960 jusqu'en 1984, le Cameroun adopte, à l'image des pays d'Afrique subsaharienne, la gratuité des soins comme mode de fonctionnement des structures publiques de santé, mais très vite, les différentes crises pétrolières mettent fin à l'État providence, et présentent la nécessité de l'assurance santé. Mais face aux difficultés croissantes de financement, d'accessibilité et d'équité dans le domaine de la santé dès le milieu des années 1970, la Conférence d'Alma Ata préconisa en 1978 une réforme fondamentale des systèmes sanitaires et érigea une stratégie d'accès aux soins de santé primaires pour tous. Cependant, il était difficile de garantir l'équité dans l'accès aux soins de santé jugés prioritaires. Aussi l'Initiative de Bamako lancée en 1987 conjointement par l'OMS et l'UNICEF émergea-t-elle dans ce contexte de couverture inégalitaire, de médiocre qualité des soins et de dégradation des infrastructures sanitaires.

Elle privilégia le financement communautaire des soins de santé dans le cadre d'une politique de recouvrement des coûts dans les structures de santé publique (Martin 1921:127). Cette politique de recouvrement des coûts, qui consistait en un cofinancement par l'État et les populations du système de santé, et à l'accès aux médicaments génériques, a certes amélioré l'offre de santé au Cameroun, mais elle n'a pas été suivie d'un accroissement de la demande de soins, car « les plus démunis sont souvent dans l'incapacité financière de recourir aux structures sanitaires » (Mengue 1999:415).

C'est dans ce cadre que des comprimés sont distribués à chaque enfant scolarisé durant les débuts et la fin de la saison des pluies. Il s'agit des comprimés de chloroquine¹ qui appartiennent à la classe des médicaments appelés *antipaludéens* utilisés pour la prévention et le traitement des crises de paludisme (malaria). Ils avaient pour objectif de prévenir le paludisme qui menaçait beaucoup d'apprenants et diminuait le taux de réussite scolaire. En outre, les comprimés étaient un moyen efficace de prendre en charge les apprenants les plus démunis qui ne pouvaient subvenir à leurs besoins sanitaires faute de moyens. Quant aux adultes, c'est-à-dire les personnes âgées de plus de 15 ans, ils recevaient deux doses de 500 mg, contrairement aux enfants qui n'en recevaient qu'une. Les premiers cas de résistance de *Plasmodium falciparum* à la chloroquine au Cameroun ont été décrits en 1985 dans le sud et le nord du pays puis en 1986 dans la ville de Yaoundé. Cette situation nouvelle étant la même dans la ville de Maroua, le premier cas a été détecté en 1989. Peu à peu, le parasite est devenu résistant à ce traitement. De ce fait, le traitement préventif a dû être modifié. Depuis le premier cas de résistance, les études ont été menées afin de remédier à la situation. Suite à ce constat, le gouvernement camerounais a dû suspendre la chloroquine sur toute l'étendue du territoire à partir de l'an 2000. D'autres méthodes de prévention du paludisme ont été mises en place. Il s'agit, entre autres, de :

- l'utilisation de la moustiquaire imprégnée à longue durée d'action (Milda) qui est l'un des éléments majeurs de cette lutte contre le paludisme ;
- drainer ou assécher les eaux stagnantes, désherber les alentours des écoles ;
- placer des couvercles sur les puits et robinets en gardant leurs alentours propres ;
- traiter gratuitement le paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans ;
- couper les hautes herbes autour des établissements scolaires.

La période d'avant 1990 est considérée comme le printemps des services sanitaires en milieu scolaire pour plusieurs raisons. En effet, à partir de 1987,

on comptait un infirmier pour 3 000 habitants (De Backer *et al.* 2000:135), ce qui correspond aux standards de l'OMS, car selon les normes de cette organisation, il est prévu un infirmier pour 3 000 habitants et un médecin pour 10 000 habitants.² Ainsi, en 1988, la ville de Maroua comptait quatre infirmiers scolaires et un médecin parmi son personnel. Ceux-ci étaient alors affectés régulièrement par l'État. Il convient de relever qu'à cette époque, en plus du personnel de santé mis à la disposition de la communauté éducative, les établissements secondaires bénéficiaient de subventions en médicaments de la part de l'État. En outre, dans les infirmeries, le service de garde était assuré tous les jours.

La santé scolaire depuis 1987 : le désengagement progressif de l'État

La décennie 1990 au Cameroun est marquée, en plus de la crise économique, par la multiplication des établissements secondaires. Dans le système de la santé, la politique du gouvernement consiste en une multiplication des centres de santé et hôpitaux. Ces différents centres de santé, pour fonctionner, nécessitent un personnel adéquat tant en nombre qu'en qualité. Cette exigence est renforcée par la recrudescence des maladies endémiques, à l'instar de la tuberculose, du paludisme, de la typhoïde. D'autres fléaux nouveaux progressent aussi rapidement. Il s'agit de la drogue et des IST/SIDA qui gagnent du terrain à travers la prostitution des jeunes. Au regard de la multiplication des établissements scolaires et des structures sanitaires, la rareté, ou tout au moins l'insuffisance du personnel de santé qualifié, est devenue progressivement un casse-tête pour l'État. Il faut de ce fait reconnaître que le pays traversait une crise économique qui ne permettait plus à l'État de recruter un nouveau personnel. Dès lors, les établissements scolaires vont souffrir automatiquement de cette crise de personnel de santé qui s'est manifestée dans les établissements par le rappel des infirmiers en exercice dans les établissements scolaires.

Pour remédier à cette situation désagréable, les responsables des établissements scolaires, soucieux de veiller à la santé des élèves et de l'ensemble de son personnel, optent pour une formule alternative. Cette option consiste en un recrutement des infirmiers vacataires. Cette alternative est confirmée par la situation sur le terrain, car dans les établissements scolaires de Maroua, notamment le lycée classique et moderne, le lycée bilingue, le lycée Domayo et l'école « des champions », ce personnel n'exerce pas en tant qu'agent de l'État. La situation et les conditions de traitement de ces infirmeries varient d'un établissement à un autre, même si les tâches et les prestations attendues de ces derniers, de même que les difficultés de fonctionnement, sont naturellement identiques.

Les infirmiers sont astreints à être présents dans l'établissement tous les jours ouvrables du matin à la fin des classes. En plus des consultations cliniques

pour les cas de malaise, les infirmiers sont également des encadreurs des clubs santé dans le cadre des activités post et périscolaires dans leurs établissements d'attache. Il faut relever que les infirmeries dans les établissements scolaires n'ont pas les mêmes capacités d'accueil. C'est ainsi qu'au lycée classique et moderne, au lycée Maroua Domayo et au lycée bilingue, l'on a des lits et des bâtiments qui sont affectés à ces services d'encadrement et au suivi sanitaire des élèves et du personnel. Dans chacun de ces établissements, il y a un infirmier en place. Cependant, au lycée technique et au collège Jacques de Bernon, il existe un bâtiment destiné à l'infirmerie, mais il n'y a pas d'infirmier, contrairement à ce qui se passe dans les lycées précités. Au lycée technique de Maroua, par exemple, les risques sanitaires sont multiples et sont dus aux accidents liés aux travaux dans les ateliers, qui sont nombreux. Il n'y a qu'une boîte à pharmacie, comme dans certains établissements de la ville de Maroua.

Dans ces établissements (école Kaigama, école mission de Djarengol, lycée de Kakataré, collège Sabil), la boîte à pharmacie est confiée à un responsable de l'établissement pour sa gestion. C'est auprès de ce responsable que toute personne victime d'un malaise doit se rendre pour la prise des médicaments. La plupart des établissements s'approvisionnent auprès du centre d'approvisionnement pharmaceutique régional de l'Extrême-Nord (CAPR-EN). L'admission pour la prise des médicaments auprès des infirmiers ou auprès du gérant de la boîte à pharmacie est gratuite pour les élèves. En effet, les infirmeries dans les établissements scolaires ne bénéficient plus de la subvention de l'État pour leur fonctionnement comme par le passé. Désormais, ce sont les élèves qui font fonctionner ces structures dans leurs établissements grâce aux frais exigibles qu'ils paient. L'inspection médico-scolaire est la structure qui coiffe les infirmeries qui sont dans les différents établissements scolaires. Elle est dirigée par un médecin affecté régulièrement par l'État. C'est à l'inspection médico-scolaire que s'effectuent les tests de dépistage du VIH/SIDA et la prise en charge de ceux qui sont infectés. Les élèves et le reste de la communauté éducative reçoivent également des conseils sur la vie sexuelle et sur la santé de la reproduction.

Ainsi, dans la ville de Maroua, la médecine scolaire a connu deux périodes diamétralement opposées. Celle d'avant la décennie 1990 considérée comme le printemps des services sanitaires en milieu scolaire et celle de 1990 à nos jours marquée par la rareté ou l'insuffisance du personnel et du matériel de santé dans les infirmeries scolaires. Ces multiples problèmes vont occasionner l'intervention de plusieurs nouveaux acteurs dans la gestion de la santé scolaire.

Les problèmes de la médecine scolaire à Maroua et les autres intervenants dans la gestion de la santé scolaire

La médecine scolaire rencontre aujourd'hui plusieurs problèmes pour satisfaire la demande. La prise en charge des élèves dans les établissements de la ville de Maroua est devenue très difficile en raison du nombre limité des infirmeries et des difficultés de gestion de celles qui existent. Plusieurs autres partenaires interviennent pour appuyer les établissements dans ce domaine.

Les problèmes de la médecine scolaire à Maroua

La médecine scolaire est confrontée à un certain nombre de problèmes qui limitent son efficacité en matière de lutte contre les maladies dans les établissements scolaires à Maroua. Il s'agit, entre autres, des problèmes de financement, d'une gestion opaque, d'une complexité s'agissant des soins, de l'inefficacité du personnel et des infrastructures, et même de la non participation des élèves.

La première difficulté rencontrée par la médecine scolaire n'est rien d'autre que le manque de moyens financiers. Ce problème est perceptible dans la mesure où les fonds alloués pour le fonctionnement de la boîte à pharmacie de l'établissement ou de l'infirmerie scolaire sont toujours insuffisants pour couvrir les soins de santé des élèves durant l'année scolaire. Dans la plupart des établissements scolaires, les responsables des centres médicaux reconnaissent que leurs pharmacies ne sont pas suffisamment pourvues en médicaments. En effet, les infirmeries dans les établissements scolaires ne bénéficient plus de la subvention de l'État pour leur fonctionnement comme par le passé. Et l'on constate que, dans pratiquement tous les établissements publics, les responsables ne reversent pas la totalité de la somme prévue pour le fonctionnement de leurs infirmeries.

Le système éducatif et sanitaire camerounais éprouve d'énormes difficultés. La vision du gouvernement camerounais sur l'enseignement se lit à travers les objectifs globaux et projets prioritaires du du MINESEC et du MINEDUB. Il s'agit d'assurer la santé scolaire et de renforcer la lutte contre les IST/SIDA en milieu scolaire grâce à l'appui du MINSANTE. En revanche, dans les projets prioritaires, la santé scolaire n'est pas prise en compte. Jusqu'à ce jour, la politique pour la santé en milieu scolaire n'est pas encore définie, car son élaboration est en gestation au sein de la sous-direction de la santé, des sports et des activités périscolaires. Les actions de ces ministères sont plus définies dans les textes ou circulaires ministériels, mais moins visibles sur le terrain. La direction sanitaire est la structure administrative de la santé qui est la tête des infirmeries scolaires. Cette structure coordonne et supervise tous

les programmes et activités des institutions sanitaires en milieu scolaire. Elle arrive difficilement à jouer ce rôle vu son personnel réduit et l'insuffisance des moyens.

À l'examen, il s'avère que le secteur de santé n'échappe pas au phénomène généralisé de la corruption dans la mesure où, sans relation, un élève malade a peu de chances de se faire soigner normalement. L'accès aux soins tient ainsi compte de deux critères, à savoir le capital social et les inégalités sociales. Bien plus, les infrastructures et les équipements médicaux sont dans un état de délabrement avancé et mal gérés à cause de l'absence d'une politique d'entretien et d'un manque flagrant de ressources financières. Aucune priorité n'est accordée à la formation d'un personnel chargé de l'entretien et des réparations, aggravant davantage la détérioration matérielle. Les infirmeries scolaires qui existent sont sous-équipées ou très mal équipées, ne disposant que du strict minimum.

La situation de la couverture sanitaire en milieu scolaire dans la ville de Maroua n'est pas reluisante en raison du pauvre encadrement médical. L'incapacité des pouvoirs publics à approvisionner les infirmeries scolaires en médicaments constitue un obstacle pour une bonne prise en charge des malades. De même, les médicaments manquent parfois dans les infirmeries scolaires et à l'inspection médico-scolaire. Non seulement les infrastructures sanitaires sont insuffisantes et en mauvais état, mais elles sont réparties géographiquement de manière très inégale. C'est le cas du lycée bilingue dont les infrastructures sont en mauvais état et ne disposent que d'un seul lit dépourvu de drap. Tous les malades, peu importe leurs maladies, sont reçus sur ce lit. Le mur est sale sur toutes les parois de la cellule et surtout sous le lit et la toiture. Les fenêtres sont bouchées et empêchent l'aération de la salle. Les odeurs asphyxiantes se propagent. Quant à l'urinoir, il est aussi mal entretenu que la salle de repos des malades. En ce qui concerne la qualité des infrastructures, la situation est précaire dans la plupart des infirmeries : manque d'eau potable, de matériels et de médicaments essentiels.

Au lycée de Maroua Domayo par exemple, on a un seul lit pour recevoir tous les élèves malades. L'infirmerie est dépourvue de médicaments et si elle est par moments pourvue, on y trouve seulement des comprimés de paracétamol, des plaquettes de flagyl, ou encore des compresses et sparadraps qui sont utilisés en cas de premiers soins. Pour les lycées, les médicaments viennent de la délégation régionale de la santé. Pour les collèges, à l'instar du collège Jacques de Bernon, l'infirmerie fonctionne grâce à l'argent prélevé sur les frais d'inscriptions des élèves en début d'année.

De plus, le personnel médical, minimal, travaille dans des conditions souvent pénibles, ce qui complique la prise en charge des malades. L'insuffisance en personnel médical rend difficile la mise sur pied de l'assurance

qualité. L'absence dans tous ces établissements d'un médecin généraliste rend difficile la prise en charge effective.

Par ailleurs, il existe d'autres obstacles qui empêchent les jeunes filles et les garçons d'utiliser les infirmeries scolaires, plus particulièrement dans les lycées de la ville de Maroua. Il s'agit, entre autres, de l'ignorance ou de la méconnaissance des risques en matière de grossesses non désirées, les IST, le VIH et le Sida ; l'ignorance des signes et symptômes des IST qui fait que certains adolescents et jeunes ne savent pas quand et où ils doivent consulter. Le manque d'informations sur la disponibilité des services fait que de nombreux adolescents et jeunes ne savent pas où l'on peut obtenir des services de santé de reproduction et ne connaissent pas non plus les types et la gamme des services offerts. Les centres de santé où ils doivent se rendre ne sont pas forcément ouverts à des heures qui leur conviennent. Il n'existe pas de moyens de transport pour se rendre dans un centre de santé en cas d'urgence. En outre, certains obstacles sont particulièrement liés au sexe du jeune. Les adolescentes sont peu enclines à se faire examiner par des hommes et les jeunes hommes peuvent avoir du mal à parler de symptômes des maladies liées au sexe avec un prestataire de soins de santé de sexe féminin. Ils préfèrent s'adresser à leurs amis pour obtenir un traitement. L'expérience d'une personne devient alors le critère sur lequel reposent les décisions prises par un groupe de jeunes en matière de soins de santé.

Les autres intervenants dans la gestion de la santé scolaire

La lutte contre les maladies épidémiques, endémiques en milieu scolaire, suscite la mobilisation de plusieurs acteurs sociaux. Il s'agit de présenter les ONG de l'autorité traditionnelle, des partenaires au développement et de l'État qui interviennent tant dans les écoles primaires publiques que dans les établissements secondaires. Ils appuient les structures sanitaires en matière d'équipement en matériels médicaux en sensibilisant les jeunes sur la santé de la reproduction et en apportant leur contribution financière.

L'appui des infirmeries scolaires en matériels médicaux

Le gouvernement est soutenu dans sa politique sanitaire par plusieurs ONG nationales et internationales qui apportent leur appui aux établissements scolaires.

Le COPRES-SA (Centre opérationnel pour la promotion et la régénération économique et sociale secteur Afrique), par exemple, est une ONG créée en 1999 et qui s'attache au domaine éducatif. L'objectif est de réduire le taux de sous-scolarisation des enfants dans la ville de Maroua et des endémies qui sévissent dans les écoles. Il offre régulièrement dans les écoles primaires

et secondaires de la ville de Maroua des médicaments tels que les cartons de comprimés de paracétamol, les cartons de plaquette de flagyl. Plan Cameroun est l'une des anciennes et importantes organisations de développement de l'enfant au monde. C'est une organisation indépendante, sans affiliation religieuse, politique ou gouvernementale. Son objectif au départ était de fournir la nourriture, le logement et l'éducation aux enfants dont les vies avaient été bouleversées par la guerre civile. À côté des déclarations de valeurs, Plan Cameroun dispose d'une approche de programme appelée Développement communautaire centré sur l'enfance (DCCE). Dans cette approche, les enfants sont les participants actifs et le moteur de leur propre développement. À travers le partenariat signé avec le MINEDUB pour accroître l'accès au système scolaire et surtout améliorer la qualité de santé, Plan Cameroun apporte les appuis institutionnels et techniques sur la nouvelle approche par compétence. À côté de ces ONG, *Ident Africa*, créée en 2004, apporte sa contribution aux objectifs du Millénaire pour le développement. Pour *Ident Africa*, sans soins de santé primaires adéquats, le défi pour une éducation totale dès la base n'est pas soutenable. Elle veut remédier à cela et soutenir les projets suivants : l'éducation et le soutien des personnes vulnérables, les soins de santé primaires et la construction des centres de santé et des infrastructures scolaires durables. Leurs actions sont visibles dans les écoles de la ville de Maroua, telles que l'école publique de Palar, l'école publique de Kakataré, l'école bilingue de Maroua (Nyane 2013).

Le projet PASSAGE-Maroua (Projet d'approche solidaire en santé génésique) est un projet financé par l'Union européenne à travers le programme d'aide aux politiques et aux actions relatives à la santé génésique et sexuelle et aux droits connexes dans les pays en développement. Les lieux de réalisation de ces activités sont assez divers. On peut noter, entre autres, les quartiers, les établissements scolaires tels que le lycée classique et moderne de Maroua, le lycée Maroua Domayo, le lycée de Kakataré et le lycée technique. Outre ces lieux d'activités, l'on peut citer les lieux de cultes, les groupes de femmes et de jeunes, et enfin les centres de jeunes. Le projet a apporté un appui pour l'aménagement des locaux, pour l'équipement (mobilier, appareils audiovisuels, matériel médico-technique, supports éducatifs) et pour le fonctionnement. Grâce à ce projet, les jeunes apprenants sont mieux préparés à affronter la vie sexuelle, car les méthodes de préventions contre les maladies sexuellement transmissibles et les préventions des grossesses précoces, non désirées, leur sont enseignées dans ces différents établissements à travers les campagnes de sensibilisation organisées.

À côté de ces ONG on note aussi des institutions des Nations Unies telles que le PNUD, l'UNICEF, l'UNESCO qui apportent régulièrement leur concours dans les domaines de l'éducation et de la santé dans la ville

de Maroua. Certains établissements ont pu bénéficier de l'appui de ces institutions. Tels sont les cas des centres médico-scolaires du lycée classique et moderne de Maroua et du lycée bilingue de Maroua.

La sensibilisation des jeunes sur la santé de la reproduction et le VIH/SIDA

Les ONG nationales ont lancé plusieurs méthodes très efficaces en vue d'une éducation et de la santé. En effet, ces ONG, dans l'optique de venir en aide à l'État pour relever les défis de l'élévation du taux de scolarisation et de l'amélioration des conditions de santé dans la ville de Maroua, opèrent par des méthodes qui diffèrent d'une ONG à une autre. Le RESAEC (Réseau des animateurs pour l'éducation des communautés), par exemple, est un organisme créé en 2001 avec pour objectif d'opérer un changement positif de comportement en termes de santé, d'éducation et d'environnement afin d'appuyer le développement durable des communautés. Sa principale activité est la sensibilisation et l'éducation. Il lance en 2009 un projet d'établissement de 600 actes de naissance pour les écoliers dans les différentes localités de la ville. Il renforce également les capacités en formant les communicateurs et accompagne les bénéficiaires dans la gestion de leur structure scolaire. Aussi organise-t-il des campagnes de sensibilisation dans les écoles primaires sur les comportements responsables. Il s'agit de l'hygiène corporelle, en insistant sur ses bienfaits (Nyane 2013).

L'organisme national le *Public Concern* voit le jour en 2002. Il intervient spécialement dans la ville de Maroua. Cette organisation se donne pour objectif d'éduquer et de sensibiliser les écoliers sur les causes de certaines maladies, telles que le paludisme, le choléra, et les moyens pour y remédier. Pour ce faire, elle aide les écoliers à connaître les effets néfastes de ces maladies. L'objectif à long terme est de diminuer le pourcentage des écoliers victimes du paludisme. Elle s'engage à produire l'accès gratuit aux soins de qualité. Outre la santé génésique, le projet PASSAGE porte également sur la sensibilisation des jeunes à la prévention du choléra. Par exemple, pour la fabrication de la solution de réhydratation orale locale, il suffit d'avoir à sa disposition 1L d'eau potable, où l'on met cinq morceaux de sucre et une pincée de sel. Le mélange ainsi fait, on le secoue pour obtenir un mélange homogène. Celui-ci est administré au malade avant de le conduire au centre de santé le plus proche (Nyane 2013).

L'Association de lutte contre les violences faites aux femmes (ALVF) a été créée en 1991 sous l'initiative de sept Camerounaises. Cette association à but non lucratif est la réponse à la recrudescence des violences faites aux femmes. En effet, elle procède par la sensibilisation des écoliers contre ces phénomènes aux conséquences néfastes. La conséquence majeure des brimades ou des viols est le traumatisme.³

Dans le domaine du VIH/SIDA, l'action de l'ACMS (Association camerounaise pour le marketing social) est l'observation sur le terrain. Cette ONG œuvre en collaboration avec les clubs de santé des différents établissements dans la sensibilisation et la lutte contre les fléaux sociaux tels la toxicomanie, l'alcoolisme, les IST, le VIH/SIDA et les autres comportements à risque (avortements, prostitution). Les différentes sensibilisations se passent dans le cadre des causeries éducatives qui intègrent aussi l'hygiène. VSO (Voluntary Service Overseas) a accompli de nombreuses réalisations dans les domaines de sécurisation des moyens de subsistance, la lutte contre le VIH/SIDA dans les écoles. L'UNICEF s'est investi pour la santé en milieu scolaire. Cet organisme s'est également engagé dans la lutte contre le VIH/SIDA dès 1996 et parraine depuis 2001 le Programme de participation et de développement de l'adolescent (PPDA). Ce programme vise à faire de l'adolescent l'acteur et le bénéficiaire de son développement (Alima 2008:85-86). L'UNICEF intervient dans tous les lycées et collèges de la ville de Maroua et prend en charge tous les enfants recensés par les infirmiers scolaires dans les différents établissements de la ville victimes des maladies sexuellement transmissibles ainsi que des démunis.

Malgré la contribution des ONG, la santé en milieu scolaire demeure une préoccupation. Les établissements scolaires, pour l'essentiel, ne sont pas dotés des infrastructures sanitaires et même ceux qui en disposent ne sont pas suffisamment équipés. La politique sanitaire actuelle en milieu scolaire mérite qu'on l'adapte et qu'on y mette des moyens financiers et humains adéquats pour améliorer la santé de base en général.

Conclusion

Avec l'occupation et la colonisation européenne, l'on va voir progressivement se mettre en place une médecine dite « occidentale ». Avec la création des premières écoles, l'on va assister à la création des premiers centres médico-scolaires. Cette médecine scolaire va évoluer avec le temps. Après l'indépendance du Cameroun en 1960, le système de santé scolaire a connu deux périodes, à savoir celle d'avant la récession marquée par une médecine scolaire sans reproche ; un bon entretien des infirmeries scolaires et une bonne organisation de ces infirmeries. La période d'après la récession économique est marquée par la chute ou le déclin des structures sanitaires. Désormais, chaque établissement recrute son personnel médical et paye ses équipements médicaux. Les établissements primaires, pour leur part, suspendent les infirmeries scolaires, seule l'école des Champions aménage ces structures. L'analyse du système de santé scolaire à Maroua met d'abord en évidence la disparité géographique des équipements sanitaires, infrastructures et personnel sanitaire ; ensuite, l'impuissance de

l'administration scolaire et l'inertie de l'IMS de Maroua ; enfin, les difficultés techniques dans les infirmeries scolaires, le statut précaire de l'infirmier et l'absence de médicaments essentiels à l'IMS.

En effet, faute de moyens financiers et à cause des difficultés qu'éprouve le système éducatif camerounais, les ONG et les partenaires de développement interviennent en vue de remédier à la question de santé et d'éducation, qui reste virtuelle en milieu scolaire. Il s'agit des ONG nationales et internationales, des partenaires de développement, des activités des jeunes. Les ONG internationales telles que Plan Cameroun, l'UNESCO, la Croix rouge, l'UNICEF sont aussi déterminantes dans leurs actions. En effet, l'UNICEF, par exemple, s'est investi pour la santé en milieu scolaire. Cet organisme s'est également engagé dans la lutte contre le VIH/SIDA. La gestion des structures de santé dans la ville de Maroua a connu des mutations au fil des années. De l'époque de l'État providence jusqu'à son désengagement dans ce secteur à partir des années 1987, l'on observe une faible prise en charge des apprenants dans un environnement marqué par la récurrence des maladies de toute sorte. Certains établissements ne disposent pas de structures sanitaires, et les infirmeries qui existent sont gérées par lesdits établissements depuis la récession économique survenue au Cameroun en 1987. Malgré une implication de plus en plus accrue des ONG pour soutenir les établissements dans le domaine de la santé, les résultats restent toujours mitigés. Le débat aujourd'hui doit donc s'orienter vers la mise en place d'une assurance maladie efficace pour les apprenants au Cameroun.

Notes

1. Elle tue les parasites du paludisme, vraisemblablement en détériorant leur ADN (matériel génétique). Ce médicament est également prescrit pour le traitement d'une autre affection causée par les parasites, l'amibiase extra-intestinale.
2. www.rpp.dj./fr/syst/_santé.htm, consulté le 19 août 2012.
3. Entretien avec Martha à Maroua le 14 octobre 2012.

Références

- Berthet, E., 1973, *Information et éducation pour la santé*, Paris, PUF.
- Beyeme-Ondoua, J.-P., 2002, « Le système de santé camerounais », *Actualité et dossier en santé publique*.
- Bourdieu, P. & J.-C. Passeron, 1970, *La reproduction*, Paris, Minuit.
- Chazelas, V., 1931, *Territoires africains sous mandat de la France : Togo, Cameroun*, Paris, Sté d'éditions géographiques maritimes et coloniales.
- De Backer, L., J.-L. Francis & J.-L. Ledecq, 2000, « Les infrastructures sanitaires », dans C. Seignobos & O. Yebi-Mandjek (Éds.), *Atlas de la province de l'Extrême-Nord Cameroun*, planche III, IRD, Paris.

- Fadibo, P., 2005, *Les épidémies dans l'Extrême-Nord du Cameroun (XIX^e et XX^e siècles*, thèse de doctorat Ph. D. d'histoire, Université de Ngaoundéré.
- Fanon, F., 1965, *A Dying Colonialism*, trans. Haakon Chevalier, New York, Grove Press.
- Iyebi Mandjek, O. & H. Tourneux, 1994, *L'école dans une petite ville africaine : Maroua, Cameroun. L'enseignement en milieu urbain multilingue*, Paris, Karthala.
- Martin, J.-Y., 1970, *L'école et les sociétés traditionnelles au Cameroun septentrional*, Paris, ORSTOM.
- Mengue, M.-T., 1999, « La pauvreté à Yaoundé : le cas du quartier d'Oyom-Abang », dans *Citadins et ruraux en Afrique subsaharienne*, cahier de l'UCAD n° 4, Yaoundé, Paris, UCAC et Karthala.
- Mouyébé, K., 1985, *Évaluation du programme des soins de santé primaire de Lara. Département de Kaélé : 1975-1983 (province de l'Extrême-Nord Cameroun)*, Yaoundé, Université de Yaoundé, CUSS, thèse de doctorat de médecine.
- Nyane, B. G., 2013, *La médecine scolaire dans la ville de Maroua de 1918 à 2008*, mémoire de master en histoire, Université de Ngaoundéré.
- Niang, C. I., 2008, *Santé, Société et politique en Afrique*, Green Book, CODESRIA, Dakar, Sénégal.
- Okalla, R. & A. Le Vigoureux, 2001, « Cameroun : de la réorientation des soins de santé primaires au plan national de développement sanitaire », bulletin de l'APAD (en ligne), 21/2001, mis en ligne le 1^{er} mars 2006, consulté le 27 septembre 2012 URL : <http://apad.revues.org/181>.
- Olivier De Sardan, J.-P., 1999, *Anthropologie de la santé*, bulletin de l'APAD n° 14.

