



SANTÉ TRANSFRONTALIÈRE : DU SOCIAL AUX CRISES PATHOLOGIQUES DANS LE MAYO-DANAY (EXTREME-NORD CAMEROUN)

CROSS-BORDER HEALTH: FROM SOCIAL TO PATHOLOGICAL CRISES IN MAYO-DANAY (EXTREME NORTH CAMEROON)

¹ BOULDAÏ LAMWE Marie-Hortence.

¹ Doctorante en sociologie /Université de Ngaoundéré (Adamaoua-Cameroun), bouldaimariehortence@gmail.com

BOULDAÏ LAMWE Marie-Hortence, Santé transfrontalière : du social aux crises pathologiques dans le Mayo-danay (extreme-nord Cameroun), *Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé* 4 (8), 27-40, [En ligne] 2021, mis en ligne le , consulté le 2021-08-07 00:02:32, URL: <https://retssa-ci.com/index.php?page=detail&k=181>

Résumé

Le mot « santé » fait partie des termes chargés de sens qui prêtent aux ambiguïtés et aux malentendus. Elle est donc la vie, et nécessite qu'on y investisse tout moyen. C'est l'une des raisons qui explique les mobilisations autour de la santé puis que « nous habitons tous une cité sans muraille ». En matière de santé, il n'y a pas de frontières. Il suffit de jeter un regard sur les mouvements autour de l'histoire sanitaire actuelle. De la diffusion jusqu'aux mouvements de ripostes, les mobilités de santé demeurent ancrées dans le quotidien des sociétés. Cependant, ce brassage s'avère être un danger pour l'humanité. L'objectif de cette contribution est de montrer que la migration sanitaire accentue la propagation des pathologies. Notre démonstration se fonde sur un cadrage à la fois

conceptuel et géographique, pour analyser la place des liens sociaux au-delà des frontières en termes d'incidence sur la santé. Pour ce faire, nous portons notre intérêt sur la Mayo-Danay au-delà de ses frontières avec le Tchad. La démonstration de notre idée s'appuie sur la recherche documentaire, l'observation directe, des décentes sur le terrain à l'occasion des multiples séjours effectués dans notre zone d'investigation. Les ressources méthodologiques sont analysées à travers l'interactionnisme d'Erving Goffman et le cosmopolitisme d'Ulrich Beck. Il ressort de cette analyse que la division issue de la conférence de Berlin est un danger pour l'offre de santé. Ce qui fait en sorte que, la prise en charge des patients est conditionné par leur nationalité.

Mots clés: Mayo-Danay, Santé, migration sanitaire, santé transfrontalière, transport sanitaire

Abstract

The word "health" is one of the terms loaded with meaning which is open to ambiguities and misunderstandings. It is therefore life, and requires investing in it in every way. This is one of the reasons that explains the mobilizations around health, since "we all live in a city without

a wall". When it comes to health, there are no borders. Just take a look at the movements around current health history. From dissemination to response movements, health mobility remains anchored in the daily life of societies. However, this brewing turns out to be a danger to humanity. The objective of this contribution is to show that sanitary migration accentuates the spread of pathologies. Our demonstration is based on a framework that is both conceptual and geographic, to analyze the place of social links beyond borders in terms of their impact on health. To do this, we are focusing our attention on Mayo-Danay beyond its borders with Chad. The demonstration of our idea is based on documentary research, direct observation, decents in the field during the multiple stays made in our area of investigation. Methodological resources are analyzed through the interactionism of Erving Goffman and the cosmopolitanism of Ulrich Beck. It emerges from this analysis that the division resulting from the Berlin conference is a danger for the health care supply. This means that the care of patients is conditioned by their nationality.

Keywords: Mayo-Danay, Health, health migration, cross-border health, medical transport.

INTRODUCTION

L'environnement sanitaire du Cameroun enregistre des personnes souffrant des maladies parfois chroniques et dangereuses pas pour une personne, mais pour plusieurs autres. Ces maladies sont parfois liées au climat et aux facteurs sociaux qui, à travers l'être-ensemble et le vivre-ensemble plongent les uns et les autres dans une sorte de crise pathologique qui va au-delà des frontières, le tout parfois associé à l'ignorance de certains individus. En Afrique, il s'avère « naturel » et « obligatoire » d'assister son frère qui, à travers un évènement (heureux ou malheureux) exige un certain nombre de contacts affectifs. Ces expressions du caractère affectif de l'Homme peuvent parfois rentrer en

contradiction avec certaines mesures sanitaires de lutte contre la propagation de certaines maladies. Ainsi, la vision du social défendue par J-M Ela (1998), Motaze Akam (2009, p.34), Joseph Domo (2013) pour ne citer que ceux-ci, traduit ce que Montesquieu (1979, p.462) appelle « l'esprit général d'une nation ». Cet esprit général est perceptible lors des cérémonies culturelles, surtout lorsqu'un membre de la famille agonise dans un lit d'hospitalisation, c'est tout le monde qui est là. Il suffit d'observer la pléthore de garde-malades dans nos Fosas, pour un patient. Cependant, cet élan de cœur porte en elle sa propre destruction. Les maladies telles que le choléra, la lèpre, l'Ebola, la Covid-19 etc. doivent leur reconnaissance, leur vitesse de propagation et le nombre de décès dont elles sont responsables, au social (P. Pontabry et J. Weber, 1970, p.49). Le social se définit par Motaze Akam (2009, p.54) comme l' « être-ensemble, vivre-ensemble, convivialité, c'est l'aboutissement d'une construction des acteurs eux-mêmes du développement (...) », qui oblige un contact permanent avec l'autre. C'est donc ce contact qui pose problème dans la diffusion des pathologies, surtout dangereuses et chroniques. Notre contribution tentera de montrer que le social au-delà des frontières (les barrières entre les pays) doit être pris en compte dans le champ de la santé. C'est-à-dire que l'ensemble de liens qui unissent les tchado-camerounais représente un élément crucial dans l'analyse de la santé. L'étude des communions sociales transfrontalières vise à dévoiler la mobilité des pathologies en tant que conséquences inattendues de la mobilité des hommes en partie liés par des entités anthropologiques de leur socialité. Convoquer l'histoire afin de bien circonscrire la notion de santé transfrontalière s'avère capitale, ceci dans l'optique d'aboutir à l'analyse du social à travers les éléments culturels dont se partagent le Cameroun et le Tchad, pour ensuite montrer comment ce social génère des « effets pervers » sur le bien-être à travers la propagation des maladies qui enregistrent des conséquences mortelles pour les populations d'ici et d'ailleurs (P. Fadibo, 2005,

p.63) (Saibou Issa, 1997, p.135). D'où l'interrogation qui nous anime : comment deux peuples homogènes à un espace géographique bien déterminé arrivent-ils à se « partager » des maladies ? Comment arrivent-ils à y faire face ?

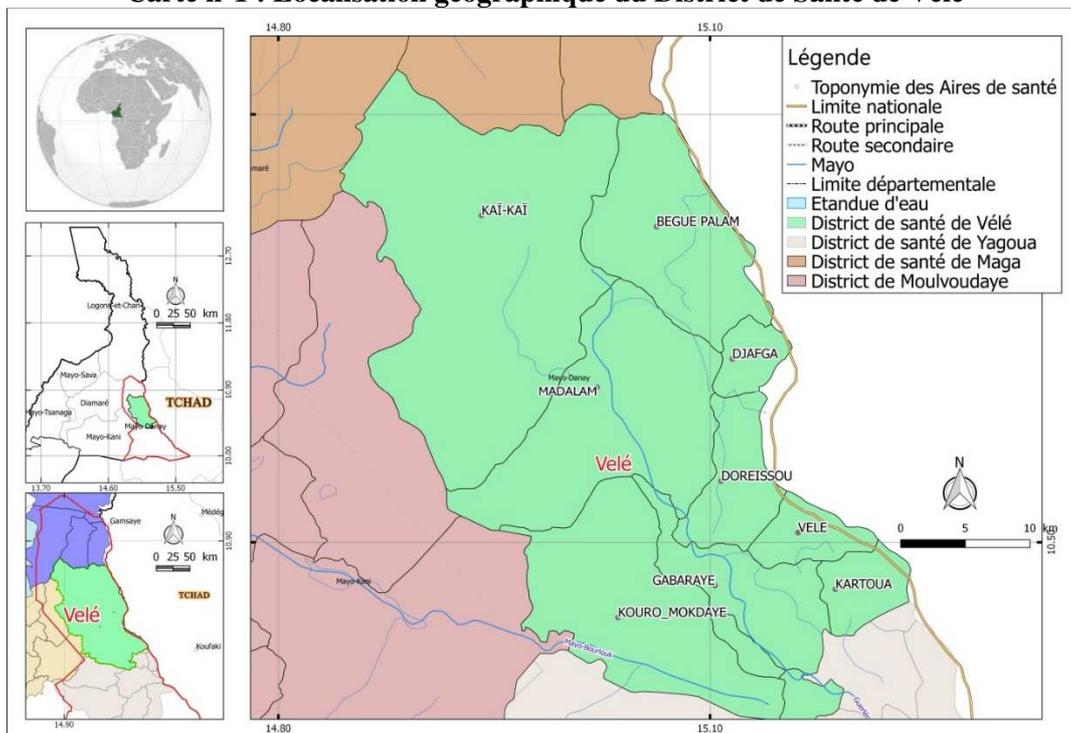
1. Matériels et Méthodes

1.1. Organisation sociogéographique de la zone d'étude

Le cadrage de la zone d'étude nécessite une circonscription géo-sanitaire du DS (District de Santé) de Vélé. Il est situé dans le département du Mayo-Danay, région de l'Extrême-Nord Cameroun. Le DS de Vélé est limité au Nord par le DS de Maga, au Sud par le DS de Yagoua, à l'Ouest par le DS de Moulvoudaye et à l'Est par le Tchad. Il est composé de 10 Fosas (formations sanitaires) à savoir 08 CSI (Begue Palam, Widigue, Karthoua, Doreissou, Djafga, Madalam, Kouro-Mokdaye, Gabaraye, Vélé), 01

CMA de Kai-Kai (Centre Médicaux d'arrondissement), 01 HD de Vélé (Hôpital de District). Son climat est de type soudano-sahélien avec deux saisons : une longue saison sèche (09) allant d'Octobre à Mai, et une courte saison de pluies de trois (03) mois (de Juin à Août). Le sol est de type D2 (simectide), caractérisé par l'argile et couvert de sable et sa capacité à ne pas laisser passer de l'eau. Ce qui explique les inondations et l'abondance des eaux stagnantes en saison de pluies. Ces eaux constituent de véritables nids larvaires, bactériologiques qui sont la cause de plusieurs maladies. En plus, n'ayant que des pistes comme routes, les eaux enfrennent les mobilités sanitaires, influençant ainsi les conditions d'évacuation sanitaire. La carte ci-dessous montre une présentation géographique plus détaillée de notre zone d'investigation.

Carte n°1 : Localisation géographique du District de Santé de Vélé



1.2. Données mobilisées

Les données collectées sur le terrain se structurent autour de deux étapes phares. Elles se situent en amont et en aval et sont focalisées sur la recherche documentaire, l'observation et les entretiens.

Pour ce qui est de la recherche documentaire, nous nous sommes focalisées sur les documents que nous avons consultés au niveau des laboratoires suivants : LERSAD (Laboratoire de Recherche en Sociologie et Anthropologie du Développement), Laboratoire Economie et Société (LESO), Laboratoire Homme et Société (LHOS) et l'utilisation d'internet via certains sites de recherche documentaire tels que Free full pdf. Certaines archives et registres des Fosas du DS de Vélé nous ont permis d'avoir une idée globale des patients étrangers reçus dans ces structures et les maladies dont souffrent ces derniers (même si ces documents ne donnent pas toujours avec exactitude le nombre des étrangers).

La deuxième étape quant à elle gravite autour de l'observation directe et des entretiens individuels approfondis. L'observation directe a été un très grand atout dans la collecte des données, grâce à elle, nous avons pu identifier l'existence du port ferroviaire local où s'effectue la mobilité transfrontalière.

Les entretiens se sont déroulés avec un nombre de 200 enquêtés, étalés sur une durée de deux ans (2019, 2020), respectivement trois (03) mois chaque année (Août-Novembre). Ils se sont déroulés dans les Fosas, et plus précisément au niveau d'un port fluvial créé par les populations. Le choix de l'enquêté a été soumis à une technique d'échantillonnage aléatoire, qui consiste à effectuer au hasard la sélection des personnes à interviewer. Ainsi, les informations extraites des entretiens concernaient la connaissance des distances à parcourir pour accéder aux Fosas et les différentes raisons qui poussent les populations à traverser la frontière, laissant derrière eux l'offre de santé qui leur est destinée. Les raisons avancées des interviewés nous ont permis de comprendre les choix

migratoires et les effets sanitaires qui en résultent.

1.3. Méthode d'analyse

Notre étude a privilégié la méthode qualitative. Celle-ci vise à rendre compte non seulement des travaux antérieurs, mais surtout à faire une analyse du contenu. Nous avons procédé à une description objective, systématique des communications avec pour but ultime de les interpréter. Il s'agissait de traiter tout le matériel de communication verbale (support de documentation) et le matériel de communication construit sur le terrain (entretiens). Des photos prises à partir de l'appareil photo de notre téléphone ont consolidé l'interprétation de nos données. Toutes ces données ont été traitées à l'aide du logiciel NVivo, dont l'objectif a été d'organiser et d'analyser les textes, les enregistrements audios de nos entretiens, les images, les entretiens directifs. Cette analyse et organisation vise à obtenir un résultat groupé afin de mieux structurer nos résultats.

2. RESULTATS

2.1. La frontière : mythe ou réalité

L'historien D. Mokam (2000, p.1) a montré que la barrière qui sépare les peuples de manière géographique n'a été conçue que dans les esprits des maîtres d'ouvrage. Il rejoint ainsi les travaux de J. Domo (2013, p.29) qui y consacra tout un ouvrage. L'histoire du partage de l'Afrique le traduit clairement. Assis autour d'une table, face à une carte, règle et crayon à la main, les 14 puissances jadis décidèrent de l'avenir de l'Afrique et surtout des africains. A Berlin ces acteurs de la vie des africains furent motivés par les échanges commerciaux (ivoires, richesses minières, caoutchouc, etc.), les découvertes géographiques (les sources du Nil par exemple) pour évangéliser les populations.

Entre consensus et manœuvre diplomatiques, la conférence aboutit à des décisions importantes. Tout d'abord, le principe du libre-échange économique et la libre circulation sont affirmés sur les fleuves Niger et Congo (I. Surun, 2005, p.59). Dans une logique qui n'est alors pas neuve, l'Europe se dota pour mission civilisatrice prétendant ouvrir le continent au commerce international et, par conséquent à un processus du développement. Il était donc question pour les Etats dominants de faire signer des traités, puis faire reconnaître la validité auprès des membres de la conférence avant d'établir une zone d'influence (un espace dont les contours doivent être délimités et sur lequel la domination politique et économique d'un Etat européen s'exerce). Autrement dit, « une puissance dite civilisée disposant d'un point d'appui sur la côte africaine avait droit d'y pénétrer à l'intérieur du continent jusqu'à ce qu'il rencontre une autre puissance dite civilisée » (C. Bouquet, 2003, p.181), (Christine De Germeaux et Laurin Amaury, 2013). Cette division au lieu de faire de l'Afrique une composition différentielle, a plutôt rapproché d'avantage les peuples. Ces derniers vivent comme s'ils n'appartenaient pas à deux nations différentes, ce qui est perceptible au niveau des langues maternelles et nationales (l'arabe est parlé des deux côtés). On aboutit de ce fait à des peuples traits d'union qui, comme le mentionne si bien J. Domo, au-delà de l'histoire politique « identique », le Tchad représente la « 11^e région camerounaise » (crédo que l'on retrouve chez les étudiants de l'université de Ngaoundéré).

Ainsi, ces « nouveaux maîtres du monde » au sens de Jean Ziegler, ont redéfini la géographie, bien qu'ils rencontrent une résistance des traits d'union à travers l'histoire des peuples, leur culture et leur terroir. Cette

résistance s'est avérée génératrice des dynamiques qui favorisent le recours aux soins de santé au-delà des frontières.

2.2. Les déterminants transfrontaliers du recours aux soins de santé

2.2.1. Les déterminants sociologiques : le lien social

J. Domo (2013, p.29) présente le Tchad et le Cameroun comme deux Etats aux entités socio anthropologiques identiques. Il insiste sur la relation frontalière entre ces deux pays et démontre que des espaces permettent d'apprécier le lien social. Il montre à cet effet que, l'organisation sociale, le mariage, la pêche et les autres activités locales sont déterminées par la présence du Logone, barrière naturelle entre les communautés environnantes. Pour lui :

Le Cameroun et le Tchad ont bien des choses en commun. La géographie l'a voulu ainsi même si les hommes ont profondément modifié la donne en clonant des individus dans un particularisme qui ont abouti à des préjugés néfastes pour tout le monde. La dispersion des mêmes groupes ethniques, mieux, des peuples divers dans les deux pays, est le signe évident qu'il existe bien une communauté de destins. (2013, p.29)

Les peuples ressortissants des deux pays sont : les Massa, les Tupuri, les Moudang, les foubés. Pour P. Pontabry et J. Weber (1970, p.49), l'attachement à la culture se présente chez le foubé comme un frein aux campagnes de vaccination et aux mesures d'hygiène, car dit-on « la saleté ne tue pas l'homme noir ». Les marchés, les manifestations culturelles (*Tockna massa*, *Feo Kake*), les rites d'initiation (le *labana*, le *goni*), des cérémonies funéraires se

déroulent des deux côtés. Ces mobilisations considérables des personnes sont couronnées de contacts de toute sorte et au sein desquels on retrouve également des porteurs sains, sont de vrais dangers sanitaires. Tel fut le cas de l'introduction du choléra dans le Margui Wandala en 1980 (P. Fadibo, 2013, p.29).

Une autre habitude qui reste dangereuse c'est aussi l'absence de culture de construction des toilettes modernes ; les défécations s'effectuent à l'air libre, au bord du Logone qui sert en même temps de baignoire, de lieux de pratique de la lessive, de la vaisselle et d'abreuvement des animaux et des hommes. Ce comportement non prophylactique serait un déterminant explicatif de la présence dominante des Verts de Guinée dans cette localité.

2.2.2. Proximité géographique et propagation pathologique

« C'est la proximité et le voisinage, avant tout autre facteur, qui amènent les patients à fréquenter ce dispensaire » (B. Hours : 1985). Ces propos de B. Hours nous introduisent dans la perception de la distance comme facteur de mobilité sanitaire. En effet, au niveau des frontières reliant le Tchad au Cameroun du côté du DS de Vélé, il est quasi impossible d'établir avec exactitude les barrières, bien que la digue soit un élément déterminant. Séparé de manière brusque et brutale par les acteurs de la colonisation, et surtout par la nature, il est question à ce niveau d'analyser la frontière comme espace de prolifération pathologique.

Le Tchad et le Cameroun partagent environ 1 094 km, répartis entre les régions du Nord et de l'Extrême-Nord, soit 929 km et 694 km. Le département du Mayo-Danay partage à lui seul 689 km. Cette distance prend en compte le fleuve Logone, qui lie le bec du canard inondé

par la forêt et autres cours d'eaux. Le trait d'union entre le Tchad et le Cameroun c'est aussi la déstructuration géographique coloniale du Tchad qui est devenu « un morceau brut découpé au cœur de l'Afrique, sans débouché fluvial aucun. Son principal réseau hydrographique va se perdre dans cette mer inutile, le Lac Tchad, dont on ne sait même pas si elle se développe ou si elle meurt » (J. Domo : 2005). Cette caricature du Tchad fait de lui une « pseudo dépendante » du Cameroun. Car la disposition géographique qui étrangle le Tchad l'amène à dépendre des autres pays pour sa survie. Ainsi, les échanges entre les deux Etats sont perceptibles sur tous les aspects de la vie. Cette porosité des frontières fait en sorte que les mobilités pathologiques se déploient effectivement.

Par ailleurs, la question sur l'identité doit être développée. Au niveau du port fluvial où nous nous sommes rendus, grande a été notre surprise d'observer l'absence d'une quelconque présence d'un agent de contrôle. Nous avons rencontré des malades souffrant du paludisme, de la diarrhée, certains étaient encore dans l'ignorance du nom de leur souffrance. Dans ce sillage, A. Beauvilain (1989, p.190) et Fadibo (2005, p.45) expliquent la recrudescence des épidémies à partir des migrations. Selon eux, les peuples qui se partagent des événements historiques, appelés à se retrouver sur un même terrain sont parfois à la base de certaines pathologies telles que la peste en 1347 introduite en Europe, le choléra venu du Nigéria par un pêcheur et qui a envahi le Lac Tchad en 1971 pour se retrouver en suite dans le Mayo-Danay. Les photos ci-dessous présentent les transports sanitaires empruntés par les populations tchadiennes pour se rendre dans les Fosas camerounaises pour les soins de santé. Une fois arrivés au Cameroun, les moyens de transport

varient d'une saison à l'autre : la pirogue, l'âne et le pousse-pousse. Même s'il peut arriver d'avoir l'effet inverse, le recours au vélo reste le moyen le plus rapide. Le brassage ne se passe

donc pas sans impasse. La photo ci-dessous montre le moyen de transport sanitaire adopté en saison de pluie, puis que l'état des routes ne permet pas de recourir au vélo.

Photo n°1 : le transport sanitaire de la digue vers le CMA de Kai-Kai



Prise de vue Bouldai, Kai-Kai le 28/10/2020

Photos n°2 : Le port ferroviaire au niveau de la digue, transportant les malades tchadiens venus pour les soins de santé au Cameroun.



Prise de vue par Bouldai, le 26/10/2020

Photo n°3 : Tchadiens à bord de la pirogue sur le Logone, précisément du côté de Djafga et de Doreissou comme moyen de transport sanitaire reliant le Tchad au Cameroun



Prise de vue par Bouldai, le 26/10/2020

2.3. Les effets pervers des migrations sanitaires au sein des Fosas dans le DS de Vélé

R. Boudon qualifie d'« effets pervers » l'ensemble des conséquences générées par la somme des actions individuelles qui se traduisent par la déconstruction d'une réalité sociale. Ce concept épouse l'idée que G. Balandier (2004) se fait des dynamiques sociales. L'individu étant rationnel il a donc toujours de « bonnes raisons » d'agir. Ces actions parfois ignorées et non contrôlées ne passent pas sans inaperçues. Les grandes pathologies d'ordre mondiales ont trouvé une résolution à travers la diffusion des connaissances médicales, des traitements et des expériences médicales. Toutefois, pour en bénéficier il est obligatoire pour l'individu, dépourvu de moyens de recourir à un lieu pouvant lui apporter satisfaction.

2.3.1. La recrudescence épidémiologique et virale

Les efforts en santé sont des débats atemporels. Ainsi, nous allons relever quelques maladies qui, dans le DS de Vélé sont encore dominantes dans les Fosas, malgré les mobilisations consenties. On enregistre des cas de paludisme, de vertes de Guinée, de Choléra, de méningite, de rougeole chez les enfants. Ces quelques épidémies bien qu'ayant existé avant la colonisation, ont migré de l'animal à l'homme grâce aux contacts de ces deux êtres vivants, lors des différentes activités qui mettent l'homme en rapport permanent avec l'eau (agriculture (riz), pêche). Il est primordial de noter à ce niveau que le facteur naturel est un élément très important dans la pérennisation pathologique. La présence de la digue, des rizières (le département de Yagoua est connu pour son riz, qui est cultivé majoritairement dans le DS de Vélé) plonge la

population dans un contact permanent avec les germes des maladies telles que choléra, Vers de Guinée, et les moustiques qui au lieu d'être saisonniers sévissent durant toute l'année. La structure du sol ne permettant pas un enfouissement de l'eau, joue également le rôle de nid bactériologique, facteur aggravant la morbidité.

2.3.2. La santé transfrontalière et l'accès à l'offre de santé

Dans le domaine de la santé, l'offre de santé est conçue comme une proposition ou une présentation de l'aspect matériel (les biens) à l'instar des formations sanitaires, des matériels de santé (les salles d'hospitalisation, de consultations, les pharmacies garnies de médicaments, les lits d'hospitalisation, le plateau technique, du matériel médical pour le service des soins de santé, etc.), tout ce qui relève du matériel, de l'aspect concret. Quant à l'offre en santé, elle couvre le secteur des services à l'exemple des personnels soignants (médecins, des infirmiers, des aide-soignants, techniciens de laboratoire, des agents d'entretien, etc.) et leurs différentes prestations (l'accent est mis sur les différents soins qu'ils prodiguent aux populations, de la manière dont ils le font, de l'ensemble des rapports qu'ils entretiennent). La demande en santé quant à elle représente l'ensemble des populations en quête des soins de santé. Cette population est beaucoup plus chiffrée que qualifiable. Ainsi, celle qui concerne l'aspect matériel représente les populations qui viennent au niveau des Fosas et des pharmacies pour solliciter les soins de santé, les médicaments, les appareils sanitaires, etc. La demande en santé renvoie à l'aspect services: la demande en personnel sanitaire en quantité et en qualité. La santé transfrontalière quant à elle, n'étant pas seulement consacré sur l'offre, elle

renvoie au partage, à l'esprit collectif, au vivre-ensemble, à l'être-ensemble dans la logique distributive de la santé à travers l'offre. Il est donc question de tout partager, non pas seulement les liens sociaux ou géographiques qui mettent en danger un silence bavard (les maladies), le plus souvent la santé en elle-même, nos avoirs en termes de dispositif sanitaire. Autrement dit, il faut outre passer les exigences de l'OMS sur la couverture sanitaire qui obligerait à respecter un certain nombre de ratios entre personnels soignants/population pour une bonne prise en charge sanitaire et une réponse aux besoins de santé exprimés par la population, même si cette exigence est d'emblée loin d'être prise en compte au plan local. Il est donc question pour l'offre de santé de prendre en considération les « frères » de l'autre côté dans les dispositifs sanitaires. Si pour l'OMS il faut avoir 01 médecin pour 1000 habitants à raison de 01 CS (Centre de Santé pour 10 000 habitants, le DS de Vélé a la particularité d'être bien loin de cette réalité. Il compte 11 Fosas pour 157 797 habitants. Le tableau ci-dessous nous présente l'offre de santé du DS de Vélé. Suivant nos investigations sur le terrain, le tableau ci-dessous nous présente l'offre de santé en termes de Fosa (Formation sanitaire), de matériel (lit d'hospitalisation), de capacité d'encadrement (nombre de personnel soignant).

Tableau n°1: Présentation de l'offre de/en santé

Airs de Santé (AS)	Formations sanitaires (Fosa)	Population estimée/Fosa	Cadre matériel	Cadre technique
BEGUE PALAM	CSI BEGUE PALAM (Fosa fermée durant nos séjours sur le terrain)	12 321	Nombre de Lits : 00 Plateau technique : 00	01 AS
DJAFGA	CSI DJAFGA	11 226	Nombre de Lits : 02 Plateau technique : 00	01 AS
DOREISSOU	CSI DOREISSOU	16 476	Nombre de Lits : 02 Plateau technique : 01 microscope, 01 pharmacie	01 AS, 01 AS recruté par le centre 01 commis
GABARAYE	CSI GABARAYE	16 462	Nombre de Lits : 08 Plateau technique : 01 microscope et 01 salle d'accouchement, 01 pharmacie	01 IDE, 02 AS recruté par le centre, 01 commis
KAÏ_KAÏ	CMA KAÏ_KAÏ	35 169	Nombre de Lits : 20 Plateau technique : Un laboratoire, une salle d'accouchement, salle des soins, 01 pharmacie	01 médecin généraliste, 07 AS recruté par le centre 01 technicien de laboratoire, 02 commis
KARTOUA	CSI KARTOUA	9 487	Nombre de Lits : 00 Plateau technique : 00	01 AS
KOURO_MOKDAYE	CSI KOURO-MOKDAYE	11 820	Nombre de Lits : Plateau technique :	01 AS
MADALAM	CSI MADALAM	16 278	Nombre de Lits : 08 Plateau technique : 00	01 AS, 01 Commis
VELE	CSI VELE	17 619	Nombre de Lits : 01 Plateau technique : 01 microscope	01 AS 01 technicien de laboratoire
	HD VELE		Nombre de Lits : 15 Plateau technique : 01 Laboratoire, 01 pharmacie : 01	01 médecin généraliste, 02 IDE, 08 AS recrutés par le centre 01 technicien de laboratoire, 01 Commis
WIDIGUE	CSI WIDIGUE	10 939	Nombre de Lits : 04 Plateau technique : 01 laboratoire, 01 Pharmacie : 00	01 AS permanent, 02 AS recrutés par l'hôpital
10	11	157 797	Nombre total de Lits : 50 Total pharmacie : 04 Total Plateau technique : 05	01 médecin, 03 IDE, 05 AS,

Source : Données de terrain, 2019

Le tableau n°1 décrit avec quelques détails près la carte sanitaire du DS de Vélé. Cependant, il est classé comme le DS qui reçoit le plus de patients venant du Tchad, qui le doit à sa position géographique (la majorité de ses Fosas sont situées le long de la digue, facilitant ainsi l'accès aux soins de santé). Dans la plus part des Fosas, il s'avère difficile de retrouver un technicien de laboratoire, ce qui fait en sorte que pour les Fosas disposant d'un microscope pour la réalisation des examens, le CC (Chef de Centre) n'ayant pas qualité à le faire est le plus souvent obligé de le laisser dans son emballage : CSI Djafga, CSI Kartoua, CSI Madalam, CSI Begue Palam, CSI Kouro-Mokdaye. Les examens sont le plus effectués à partir des tests rapides en ce qui concerne le paludisme (TDR), la typhoïde (Vidal) et le choléra. Pour ceux qui nécessitent un approfondissement, le patient est référé au niveau de l'HRY. Pour les lits d'hospitalisation, leur absence est compensée par les nattes d'hospitalisation. Aux CSI de Doreissou, de Begue Palam par exemple, elles servent de lits au niveau de l'accueil (CSI de Begue Palam) et de lits d'hospitalisation (CSI de Doreissou), car viennent en complément des 02 lits qu'on retrouve dans la salle d'hospitalisation. Certaines Fosas telles que le CSI de Kartoua où il n'y a pas de lit d'hospitalisation, mais une seule natte traditionnelle à fonction multiple. Cette natte, en même temps sert de lit d'hospitalisation, de lit pour la pratique de la petite chirurgie et également le lit sur lequel se pratique des accouchements. Nous constatons également que, le CSI de Begue Palam a été enregistré comme non fonctionnel en raison du personnel soignant inexistant.

Photo n°4 : la salle à tous faire du CSI de Kartoua (lit hospitalisation, salle d'accouchement, toilette pour patient, etc)



Prise de vue par Bouldai le 22/10/2020 à Kartoua

Les difficiles dispositifs sanitaires qui d'ailleurs sont insuffisants pour la population destinée, doivent cependant supporter également les besoins exprimés de l'extérieur. En effet, les migrations de santé sont les plus fréquentes dans le Mayo-Danay ce qui pousse certains personnels soignants à pratiquer du favoritisme, en mettant dans les poches de sa blouse son serment d'Hippocrate qui l'oblige à assister toute personne en danger sans distinction quelconque. L'accès aux Fosas devient complexe pour les malades étrangers, le social célébré plus haut dégage, laissant place à ce que les patients appellent « leurs frères d'abord et nous après. Si on va qu'à même prendre soins de nous on va se contenter du peu, pourvu qu'on n'est plus mal », affirme l'une des mamans couchées sur la photo ci-dessous. Ces tchadiens doivent cependant se contenter du peu qu'ils reçoivent, une AS nous l'a fait si bien remarquer dans une Fosa de la place, dans l'anonymat Dès son arrivée au centre, elle vint nous retrouver avec son collègue dans la salle d'accueil où nous étions en plein entretien. Se dirigeant vers les deux salles d'hospitalisation dont dispose l'hôpital et où l'on retrouve les

camerounais, muni d'un carton à la main contenant des produits de soins, elle va d'abord s'occuper de ses frères, puis après une heure de temps de ce côté, elle se dirigea enfin à l'extérieur pour les migrants de la santé. De retour dans la salle d'accueil, nous lui avons demandé pourquoi un tel traitement, la santé devrait-elle être partisane ? Elle répliqua en disant « ma fille où sont les produits là ici, quand tu regardes le centre tu vois quelque chose ? Si on doit non seulement laisser tout le monde bénéficier personne ne sera satisfait. Comme nous sommes au Cameroun, donc mes frères d'abord et les autres après. Ils peuvent aller chez eux et profiter des soins là-bas ». Pour cette dernière, il est facile de reconnaître l'étranger puis qu'elle est de la zone. On se poserait la question de savoir si l'on ne se retrouve pas dans une santé inhospitalière défendue par J. P. O. de Sardan et Y. Jaffré (2003). La photo ci-après nous montre la place réservée aux étrangers dans le centre

Photo n°5 : Tchadiens occupant leur salle d'hospitalisation dans une Fosa (CMA de Gobo) de la place



Prise de vue par Bouldai le 21/10/2020.

Ce difficile accès aux soins de santé pour les frères de l'autre côté n'est qu'un exemple parmi d'autres. Cependant, les populations venues du Tchad ne rencontrent pas uniquement

des difficultés dans l'accessibilité aux infrastructures sanitaires. Durant nos séjours dans le Mayo-Danay et plus particulièrement au CSI de Widigue où la vente des produits destinés pour les enfants de 00 à 05 ans pour la lutte contre le paludisme, sont vendus aux adultes afin de renfourrer les poches. En effet, pour les deux personnels soignants non permanents, les populations étant incapable de régler les factures de soins de santé, ceci parfois par manque de moyens, se livre à des actions anti-déontologiques. Car, lorsque ces populations en traversant la frontière trouvent refuge de l'autre côté, auprès des Fosas, posant comme besoin les maux de tête, la fièvre, après examens ces derniers sont soumis à des traitements dont les médicaments sont, soit gratuits, soit la date de péremption est proche où déjà là.

Les résultats annoncent la présence du paludisme comme étant le mal dont souffre le patient, aussitôt la question lui est posée : « as-tu de l'argent sur toi ? », si la réponse est négative, il continue « qu'est-ce que tu as en échange » (entretien réalisé avec un AS de Widigué) dans les Fosas du Mayo-Danay, le troc fait encore partir des moyens pour régler la facture, il suffit d'apporter du mil, du maïs. Le cop ou la chèvre sont les plus fréquemment apportés. Les médicaments destinés pour le traitement gratuit du paludisme sont donc vendus aux adultes et l'argent de la vente est destiné : une partie pour la caisse de l'hôpital, l'autre est partagé entre les soignants. Le profit a pris la place de la santé. Car, que le médicament traite ou pas le paludisme chez l'adulte, ce qui est important n'est pas de donner la santé. L'AS (homme) dira à ce niveau que : « ils reviendront et nous auront rassemblé à la fin la somme qu'ils devaient payer normalement. Vous pensez que nous on vit comment ? Nous ne sommes pas recrutés par l'Etat, dont notre salaire dépend de ce que l'hôpital gagne. » (Entretien réalisé avec les deux

AS dans la salle d'accueil le 27/10/ 2020 au CSI
de Widigué)

3. DISCUSSION

Dans une perspective basée sur les données recueillies sur le terrain, cette étude vise à ressortir la question de frontière dans l'analyse des mobilités pathologiques. L'analyse des données de terrain a montré que le réalisme de la frontière véhiculée par les textes et la division coloniale reste anodin pour les populations tchado-camerounaises. Les migrations, les transports sanitaires se déroulent sans aucune contrainte, plongeant ainsi le monde dans une crise sanitaire (tel le cas de la Covid-19). En plus, les mobilités des populations des deux pays n'étant soumis à aucun contrôle », génèrent des effets pervers. Bien plus, les résultats de cette étude révèlent que, dans la course vers d'autres contrées pour l'acquisition des soins de santé, la migration sanitaire rencontre d'autres barrières : celles liées à l'offre de santé effective, qui d'emblée est insuffisante pour la population autochtone. Dans une telle situation, les acteurs de la santé au sein des Fosas arrivent à imposer leur volonté en choisissant qui ou non à droit à une meilleure prise en charge. Le nationalisme dont fait preuve le personnel soignant épouse ainsi les travaux de certains auteurs (Fadibo, Hours, Sardan, Pontabry, etc), qui pensent que l'accessibilité aux Fosas est conditionnée par un ensemble de capitaux (le social).

En plus, les résultats sous le prisme des théories de l'interactionnisme de Goffman et du cosmopolitisme de Beck, ces dernières permettent d'approfondir davantage la compréhension du phénomène à étudier. En effet, le regroupement des populations tchado-camerounaises dans la nécessité du recours aux soins de santé, fortement ancrés sur les interactions et les éléments socioculturels sont véritablement des dépotoirs pathologique.

Par ailleurs, la gestion géographique de la demande en santé préconisée par l'OMS (Stratégies spatiales, 2019, p.04) aux Etats, l'offre de santé est fonction de la population.

C'est-à-dire pour une meilleure prise en charge sanitaire, chaque état doit mettre à la disposition de ses populations un paquet minimum (1 médecin/1000 habitants, un plateau technique, etc). Ce qui fait en sorte qu'aucun Etat ne met à la disposition d'un autre Etat son offre de santé (personnel de santé, infrastructure sanitaire), elle est donc réservée uniquement à la population locale. Cependant, la frontière ballait du revêt de la main cette répartition, et donne un nouveau visage à l'offre de santé : s'il est préconisé 1 médecin/1000 habitants par l'OMS, et que pour le Mayo-Danay c'est 1 médecin/8000 habitants, au niveau des frontières la réalité en est tout autre (1 médecin/15000 habitants au moins (entretien réalisé avec le chef de district de santé de Vélé le 22/10/2020 au CSI de Vélé), car il couvre plus de 35 villages (HD de Vélé)). Ce qui fait en sorte que le personnel de santé est obligé à ce niveau de jouer la carte de la nationalité. Cette situation corrobore avec celle d'Y. Jaffré, J. P. O. De Sardan, B. Hours (1985) qui trouve que la santé lorsqu'elle seconde autres facteurs (social, culturel, économique, etc) devient inhospitalière. Puisque c'est par attachement socioculturel que les populations se retrouvent au-delà des frontières. Cependant, cet attachement est loin de faire partir des priorités une fois de l'autre côté. On assiste à ce qu'A. Njalla (2020, p. 90) qualifierait de « violence ». Toutefois, ces résultats contrastent avec d'autres spécialistes en la matière.

Pour Ibrahim Molioum (2018, p.99), le social est capital pour accéder aux soins au sein des Fosas dans la région de l'Extrême-Nord Cameroun. Cet atmosphère confère le convivial et conduit les uns et les autres à recourir aux Fosas où ils vont retrouver leurs frères. Il suffit, comme suivant J. Domo (Op cit), D. Mokam (Op Cit) et H. Mimché (Op Cit), d'être unis par la culture, la langue et l'histoire pour tout partager, même la maladie et la santé. L'accès aux soins de santé doit transcender les frontières, non pas uniquement dans les comportements de santé, mais surtout et d'entrée de jeu dans la mise en place des politiques de santé. Il doit prendre en compte la frontière comme à part entière dans la

distribution de l'offre de santé puisque ses réalités sont autres. Si le colon en créant les premières Fosas en Afrique a choisi les frontières, c'est parce qu'une plus-value en termes d'individu se fait le plus ressenti (Césarine Sambou, 2018, p. 334).

CONCLUSION

La santé n'a pas de prix, elle n'a pas de frontière, nous le disons tous. La santé transfrontalière loin de nous renseigner sur les mobilités sanitaires uniquement, nous a permis de montrer la face cachée de l'iceberg. Elle a exposé combien les partages socioculturels, les évacuations qui ont pour objectif principal la recherche de la santé, loin d'être des solutions aux problèmes de santé, créent plutôt des pathologies tant socioculturel que sanitaire. Dans cette course affolée pour rejoindre son frère, une masse de bactéries se ballade mettant ainsi en danger de santé les populations. Cependant, dans cette diffusion pathologique liée au phénomène migratoire, l'accès aux soins de santé devient problématique car le retour à l'identité, à l'espace géographique surgit. Lorsqu'il faut bénéficier de l'offre de santé pour répondre aux besoins de santé provoqués par l'attachement aux lieux socioculturels, la carte « je suis camerounais » ou « je suis tchadien » doit être présentée, sinon la prise en charge, le serment d'Hippocrate sont à remettre en question. On verra donc les camerounais du côté des frontières sur les lits d'hospitalisation et les tchadiens occupant le sol. Pour y riposter le retour au social doit être observé. Il est important de sensibiliser la population pour qu'elle prenne en main sa santé, car la frontière ne saurait être maîtrisée par l'Etat. Les deux Etats doivent prendre en compte l'effet transfrontalier dans l'offre en/de santé, car dans cet espace géographique il n'existe pas de différence entre les individus, ce qui rend difficile le contrôle au niveau des frontières et favorise ainsi la mobilité pathologique. Considérés comme « les damnés de la terre », ces populations, nous l'avons vu avec le corona virus et ses différentes solutions thérapeutiques, sont capable d'aller jusqu'au

souterrain pour réveiller la santé. Il faut donc qu'on prenne en compte leur savoirs locaux.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- BEAUVILAIN Alain, 1989, Nord Cameroun. Crises du peuplement, Tome 1.
- HOURS Bernard, 1985, L'Etat sorcier. Santé publique et société au Cameroun, Paris, l'Harmattan.
- LUGAN Bernard, 2018, Atlas historique de l'Afrique : Des origines à nos jours, Paris, ROCHER.
- SAMBOU Césarine, 2018, « Paludisme du retour : une anthropologie du risque palustre chez les voyageurs migrants originaires d'Afrique subsaharienne de Bordeaux », Paris, Université de Bordeaux.
- BOUQUET Christian, 2003, « L'artificialité des frontières en Afrique subsaharienne. Turbulences et fermentation sur les marges. », Cahiers d'Outre-Mer.
- MOKAM David, 2000, « Les peuples traits d'union et l'intégration régionale en Afrique Centrale : le cas des Gbaya et des Moudangs », Ngaoundéré-Anthropos, Revue des Sciences Sociales, Annales de la FALSH, Vol V.
- DE Germeaux et LAURIN Amaury, 2013, L'Europe coloniale et le grand tournant de la conférence de Berlin, Paris, Ed. Le Manuscrit.
- MIMCHE Honoré et YVES Bertrand Djouda Feudjio, 2018, Famille et santé en Afrique. Regards croisés sur les expériences du Cameroun et du Bénin, Paris, l'Harmattan.
- MOLIOUM Ibrahim Bienvenu, 2005, « Capital social et prise en charge dans les services pédiatriques de l'Extrême-Nord du Cameroun », Famille et santé en Afrique. Regards croisés sur les expériences du Cameroun et du Bénin, Paris, l'Harmattan, 2018, 99-116.
- DOMO Joseph, 2013, Les relations entre frontaliers. Cameroun-Tchad, Paris, l'Harmattan.

Santé transfrontalière : du social aux crises pathologiques dans le Mayo-danay (extrême-nord Cameroun)

DOMO Joseph, 2000, « Notes sur les pratiques culturelles et les représentations sociales chez les Massa du Cameroun », Ngaoundéré-Anthropos, Revue des Sciences Sociales, Annales de la FALSH, Vol V.

AKAM Motaze, 2009, Le social et développement, Paris, l'Harmattan.

PONTABRY Patrick et WEBER Jacques, 1970, Contribution à l'étude des problèmes économiques de santé au Nord-Cameroun, Université de Grenoble 2, IREP.

FADIBO Pierre, 2005, « Les épidémies dans l'Extrême-Nord Cameroun : XIX^{ème}-XX^{ème} Siècles », Doctorat/Ph.D, Département d'Histoire, Université de Ngaoundéré.

SAIBOU Issa, 1997, « Impact socioéconomique du séjour des réfugiés tchadiens à Kousseri 1979-1980 », Ngaoundéré-Anthropos, Revue des sciences sociales, Ngaoundéré, Vol II.

SURUN Isabelle, 2005, « La conférence de Berlin et le partage de l'Afrique » in L'Afrique, Paris, Atlande

JAFFRE Yannick et OLIVIER DE SARDAN Jean Pierre, 2003, Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest, Paris, Kartala.

