

COMPTES RENDUS
STATEMENTS

ZENDINGSVERSLAGEN
RELACIONES DE MISIONES

Un projet de développement intégré vu par une infirmière.

C. Tuchowski*

Résumé

Le projet du développement rural intégré du Nord-Ouest Bénoué au Cameroun est sommairement décrit. L'auteur donne des détails sur les activités médicales. Les résultats sont discutés et divers aspects négatifs du projet sont cités. L'avenir des populations déplacées est très préoccupant, et il est regrettable que les programmes ne sont pas discutés avec les principaux intéressés. D'importantes difficultés se situent parfois au sein des équipes d'encadrement.

Summary

The integrated rural development project in North-West-Benoué (Cameroon) is described briefly. Some details are given on the human health activities, the results are analysed and some negative aspects of the project mentioned. There is great concern about the future of the displaced populations, and it is regretted that the programmes are not discussed with the beneficiaries. Important difficulties within the managerial staff occur at times.

1. Le projet

1.1. Situation

A la demande du gouvernement camerounais, un périmètre de Développement Rural a été créé en 1976, dans la région du Nord-Est Bénoué (NEB) dans le but d'améliorer les ressources de la province du Nord du Cameroun.

Par la suite, un programme de migration de population a été mis en place dans cette région peu peuplée; on a choisi d'attirer une partie de la population de l'extrême nord, région montagneuse surpeuplée où se posaient des problèmes de terres épuisées. On leur a proposé de venir s'installer sur ce périmètre (NEB) et d'y cultiver principalement le coton.

Le financement de ce projet a été assuré en grande partie par le Fonds Européen de Développement (F.E.D.), avec une participation du gouvernement camerounais.

1.2. La population

Avant le projet, la population locale comportait une grande majorité de Peuls sédentaires (Fulbés) musulmans et quelques ethnies animistes. Durant le projet, grâce aux migrations, plus de 20 ethnies différentes, surtout chrétiennes et animistes, se sont ajoutées et ont formé de nouveaux gros villages « champignons » divisés en quartiers suivant les ethnies. Il me paraît important de noter le bouleversement que subit progressivement cette région par l'afflux de ces populations jeunes, parachutées sur le terrain, et qui se trouvent contraintes de reconstruire un village, de choisir

un nouveau chef, de trouver des terres pour vivre. Tout cela n'est pas toujours très bien accueilli par ceux qui sont déjà installés là depuis longtemps et dont les convictions religieuses sont différentes. N'oublions pas non plus qu'historiquement les Fulbés avaient été les conquérants de ces peuples qu'ils avaient refoulés dans les montagnes. Le désir des Fulbés de dominer les autres ethnies animistes ou chrétiennes existe toujours. Il en résulte une population très mélangée, de culture différente, déracinée, avec laquelle il est difficile de travailler. Nous étudierons plus loin les problèmes rencontrés.

1.3. La structure du projet

Présentons brièvement les différentes structures qui composent ce projet dit « intégré » et dont toutes les sections sont représentées. Le secteur administratif comprend un directeur camerounais aidé d'un conseiller expatrié (belge), un sous-directeur camerounais et un sous-directeur expatrié (belge), ainsi qu'un département secrétariat formé de personnel expatrié et local.

Le personnel du secteur « constructions » (bâtiment, pistes, hydraulique villageoise) est composé de deux ingénieurs (un volontaire hollandais, un camerounais) et un topographe camerounais.

La section agricole est supervisée par un ingénieur agricole camerounais aidé de moniteurs agricoles. Cette section travaille en collaboration avec la Sodecoton, chargée du développement cotonnier et qui possède ses propres cadres et moniteurs agricoles.

Deux forestiers camerounais s'occupent actuellement de la section forestière. Un secteur très important dans

* Quartier de Puy Redon; F-84210 Pernes-les-Fontaines, France.

la marche du projet est représenté par le garage dirigé par deux mécaniciens expatriés et un mécanicien magasinier camerounais responsables du parc des véhicules de service et des gros engins de travaux. On trouve enfin trois autres secteurs moins techniques. Le premier est celui qui fut le mien à savoir le secteur « Santé », composé à présent d'un médecin camerounais, deux infirmières MSF (*), deux infirmières VP (***) et un infirmier camerounais. Ensuite, le secteur « Animation » est constitué d'un animateur volontaire « maraîchage » aidé de moniteurs. Enfin, le secteur « Migration » qui est sous la responsabilité du sous-directeur camerounais. Il ne faut pas oublier dans tout cela le secteur « Etudes et suivi » dont un expatrié (français) est responsable depuis pratiquement le début du projet et qui est chargé des statistiques et des différentes recherches surtout agricoles.

2. Le secteur « Santé »

Le secteur « Santé » est donc celui dans lequel j'ai effectué deux années d'activités sous forme de volontariat. A mon arrivée, le secteur se composait d'un médecin VP que j'ai remplacé, d'un médecin MSF, et de deux infirmières MSF. Le périmètre est divisé en deux zones sanitaires. Le médecin MSF accompagné de ses 2 infirmières MSF s'occupe de la première. Nous nous sommes retrouvées dans la seconde zone à deux infirmières VP 4 mois après mon arrivée. Les objectifs à mon arrivée étaient en premier lieu de poursuivre et renforcer ce qui avait déjà été entrepris :

- Superviser les dispensaires, tenus par des infirmiers brevetés (ayant donc reçu une seule année de formation). Le dispensaire assure les différentes activités classiques de protection maternelle et infantile, vaccinations, consultations et notre rôle est d'encadrer l'infirmier en tâchant de lui apporter une aide dans ses difficultés et ses « insuffisances ». Il faut surtout le renforcer et l'encourager à développer l'éducation sanitaire au dispensaire et dans les villages. Le plus gros travail se situe donc au niveau du personnel local avec lequel nous devons travailler en équipe, dans une politique de soins de santé primaire.
- Effectuer des tournées régulières dans les écoles proposant aux maîtres d'écoles locaux un programme d'éducation sanitaire.
- Visiter les villages avec l'infirmier, y créer des petites pharmacies de village destinées à subvenir aux premiers soins, pharmacies tenues par les villageois eux-mêmes et supervisées par l'infirmier de la zone.
- Créer des propharmacies permettant l'achat à prix modérés de médicaments ne se trouvant pas au dispensaire.
- Recycler le personnel infirmier.
- Enfin, travail très important pour la cohésion de notre mission, éviter que le service médical respon-

sable de cette zone ne se décharge sur le personnel expatrié du projet et notamment sur nous. Cet objectif est poursuivi grâce à des contacts fréquents, des réunions régulières avec le service officiel des grandes endémies, avec le médecin responsable des infirmiers diplômés d'Etat et des propharmacies. Le but final est de proposer au service médical local de remplacer progressivement le personnel volontaire expatrié par du personnel local (médecin, infirmier, pharmacien), ainsi que prendre en charge la gestion des propharmacies.

Nous avons aussi beaucoup de contacts avec d'autres autorités locales (Sultan, Gendarmerie, Chef de district, ...) qu'il ne faut pas négliger, et sur lesquelles nous nous sommes décidés à nous appuyer pour les impliquer dans la réalisation du but recherché.

3. Résultats après deux années

Au niveau des dispensaires, j'ai pu constater une meilleure participation des infirmiers camerounais qui avaient en fait besoin d'être « supervisés » et surtout responsabilisés mais pas remplacés. Vers la fin de mon séjour, un grand nombre d'entre eux se déplaçaient seuls dans les villages pour faire l'éducation sanitaire ou créer une pharmacie de village. Dans d'autres cas après une absence prolongée, je me rendais compte que la protection maternelle et infantile, les vaccinations, les consultations suivaient leur cours et que les initiatives étaient prises par eux-mêmes. Ils ne faisaient appel à nous que pour les urgences, ou des situations plus complexes, ce qui était en partie ce que nous recherchions. Nous avons aussi organisé pour toute la zone des réunions et stages de recyclage avec les infirmiers d'Etat qui furent très bénéfiques.

Au niveau des gens, j'ai senti une meilleure prise en charge de leur santé. On ne demandait plus le « médicament gratuit » mais on se dirigeait vers la propharmacie (moins loin parfois) peu onéreuse. Cela n'a pas été facile d'interrompre cette dépendance, qui était installée depuis longtemps, des « soins et médicaments gratuits ».

Cela n'a pas été facile d'arriver à ne plus entendre « est-ce que tu as le médicament ? » à chaque fois que j'apparaissais dans un village. Les villageois nous ont trouvé parfois durs, mais le résultat a été pour eux bien meilleur. C'était encore plus vrai pour les infirmiers qui se trouvaient revalorisés lorsque nous leur renvoyions les malades pour les soigner. Nous avons exigé en effet que le malade passe avant tout par le dispensaire et ait un mot de l'infirmier qu'il y avait une urgence à laquelle il ne pouvait répondre.

Quant aux responsables du secteur santé local du service des grandes endémies, nous avons obtenu d'eux le remplacement du médecin MSF par un médecin camerounais, l'affectation d'un infirmier diplômé d'Etat camerounais, la prise en charge totale de la propharma-

(*) Organisation « Médecins Sans Frontière ».

(**) Organisation « Volontaires du Progrès ».

cie existante et la création d'une deuxième sur le terrain, un stage de formation en éducation sanitaire pour les infirmiers des dispensaires et de nombreuses tournées avec le médecin responsable dans les dispensaires.

Au niveau des écoles, nous avons effectué des tournées régulières avec le responsable inspecteur de la région, ce qui a permis de constater enfin les énormes problèmes des instituteurs, de créer de nouvelles écoles, et de rehausser ce secteur qui crouissait (meilleure scolarisation des enfants, meilleure surveillance médicale).

Un autre point que nous avons tenté de développer alors qu'il venait d'apparaître, était de travailler en équipe avec d'autres secteurs tels que l'animation maraîchage, foresterie ou puits. Il nous arrivait ainsi d'aller dans les villages accompagnés de l'animateur ou des moniteurs pour voir ensemble les problèmes de jardin, de culture ou de plantation d'arbres fruitiers, domaines importants pour la nutrition. Cette démarche s'est révélée profitable, avec un meilleur impact sur la population et sur notre effort d'éducation sanitaire. Cela a permis de faire comprendre aux gens que la santé était un ensemble de choses qui ne pouvaient être séparées.

Le point sans doute le plus important est représenté par le fait que nous nous sommes collées à une structure nationale existante, ce qui augmente les chances de continuation après le départ des équipes expatriées alors que les structures parallèles créées de toutes pièces sont parfois plus efficaces mais ne persistent pas.

Je note cependant quelques aspects négatifs. Ils se situent d'abord au niveau du projet même, de son envergure, de ses « prétentions ». Beaucoup trop grand, beaucoup trop de temps passé inutilement sur les pistes, peu de travail en profondeur parce que trop d'activités menées de front.

J'ai souvent ressenti un certain décalage entre les gens du terrain et ceux qui travaillent à la direction du projet, où l'on manque parfois de réalisme face à des problèmes pratiques. L'aspect social du projet n'apparaissait que très peu.

Je n'ai toutefois pu m'empêcher de constater de gros problèmes dans la population migrante particulièrement. Ces familles de jeunes ont quitté leur village, leur chef, leurs grands-parents ou parents, leurs traditions aussi. De nombreuses familles ont sombré dans l'alcoolisme, dans la nonchalance ou dans la délinquance.

Il m'a toujours été très difficile de proposer une activité basée sur l'esprit collectif dans des quartiers de migrants. L'autorité traditionnelle ou familiale n'est plus assez prononcée. A cela s'ajoutent les problèmes de mélange entre musulmans et chrétiens ou animistes. La cohabitation, j'ai pu l'observer, n'est pas toujours

très facile et j'ai eu par exemple de graves difficultés à permettre la création d'une école dans un territoire qui appartenait à deux ethnies. Il a fallu beaucoup de temps et l'intervention des autorités locales pour que les enfants soient mélangés dans une même école. D'autres exemples sont nombreux et je me borne à citer ici le très délicat problème du partage des terres.

Je pense donc que l'on fait une grosse erreur en voulant mélanger sans précautions des peuples aussi différents. Cela dérange beaucoup trop le travail du secteur médical et social. Les autres secteurs sont parfois confrontés aux mêmes problèmes.

4. Conclusion

Après avoir passé deux années comme infirmière dans cet intéressant projet de développement intégré, je puis conclure que cette période a été entièrement bénéfique à un niveau très personnel, mais cela ne suffit pas. A mon sens, pour affronter un projet si vaste et si complexe il aurait fallu réunir de nombreuses compétences que je n'avais pas. Et je crois que cela ne s'applique pas seulement à la santé, mais aussi à l'agriculture, à la foresterie et peut-être à d'autres secteurs. Des connaissances techniques ne suffisent pas; il faut aussi une formation qui prépare à affronter les problèmes d'ordre sociologique. Le devenir de ces populations à qui on propose un changement total de vie avec toutes les répercussions qu'il entraîne, doit préoccuper chacun de nous.

Nous en revenons une fois encore à l'envergure de ce projet qui matériellement ne favorise pas beaucoup les réunions fréquentes de tous les secteurs pour aborder les problèmes de fond. A mon sens, il eût été bien plus intéressant et plus fructueux pour la population de créer ensemble des programmes communs surtout avec les secteurs qui touchent de près la santé.

Trop souvent les gens se sont plaints auprès de nous de l'abondance du personnel, sans cesse renouvelé, passant les uns après les autres dans les villages sans coordination entre les secteurs. A plusieurs reprises et beaucoup trop souvent, je me suis posé la question: « Offre-t-on véritablement à ces gens que l'on a déplacés tout ce que l'on avait promis pour une vie meilleur?... N'y avait-il pas mieux encore à faire dans la réalité du terrain? » Par ailleurs, il apparaît que les problèmes de santé humaine sont souvent très mal compris par les agronomes et par les dirigeants à la formation agronomique qui ne sont pas préparés à tenir compte des implications médicales.

Dernière réflexion bien personnelle pour terminer: la plupart des problèmes réels existent le plus souvent au sein même des équipes qui dirigent un projet, plutôt qu'entre ces équipes et les populations, où tout finit toujours par s'arranger.