

Cameroun : accès à des soins de santé et à une éducation spécialisée

Recherche rapide de l'analyse-pays de l'OSAR

Berne, 15 février 2019

Conformément aux standards COI, l'OSAR fonde ses recherches sur des sources accessibles publiquement. Lorsque les informations obtenues dans le temps imparti sont insuffisantes, elle fait appel à des expert-e-s. L'OSAR documente ses sources de manière transparente et traçable, mais peut toutefois décider de les anonymiser, afin de garantir la protection de ses contacts.

Impressum

Editeur

Organisation suisse d'aide aux réfugiés (OSAR)

Case postale, 3001 Berne

Tél. 031 370 75 75

Fax 031 370 75 00

E-mail: info@osar.ch

Internet: www.osar.ch

CCP dons: 10-10000-5

Versions :

français, allemand

COPYRIGHT

© 2019 Organisation suisse d'aide aux réfugiés (OSAR), Berne

Copies et impressions autorisées sous réserve de la mention de la source

1 Introduction

Le présent document a été rédigé par l'analyse-pays de l'Organisation suisse d'aide aux réfugiés (OSAR) à la suite d'une demande qui lui a été adressée. Il se penche sur les questions suivantes :

1. Un enfant souffrant de problèmes neurologiques et pulmonaires importants peut-il avoir accès à des traitements réguliers au Cameroun ?
2. Un enfant souffrant d'un retard de développement important peut-il bénéficier d'un accompagnement logopédique dans une école spécialisée au Cameroun ?
3. Existe-il au Cameroun une assurance-maladie, ou toute autre forme d'aide publique, qui couvre les frais de traitements et de médicaments ?

Pour répondre à ces questions, l'analyse-pays de l'OSAR s'est fondée sur des sources accessibles publiquement et disponibles dans les délais impartis (recherche rapide) ainsi que sur des renseignements d'expert-e-s.

2 Le système de santé au Cameroun

Un système de santé sous-financé et sous pression. Les dépenses de santé représentent à peine un pourcent du PIB. Les ménages représentent la principale source de financement. Selon l'*Organisation mondiale de la santé* (OMS), le système de santé du Cameroun est organisé sur trois niveaux : opérationnel (au niveau des districts), intermédiaire (appui technique) et central (élaboration de stratégies) (OMS, mai 2018). Selon la *Bertelsmann Stiftung*, ce système est sous pression. Les dépenses publiques en matière de soins de santé sont parmi les plus basses du monde, ne représentant que 0,9 pourcent du PIB. Cela se traduit par des services de santé limités (*Bertelsmann Stiftung*, 2018). Selon un rapport du *Ministère de la santé*, il n'existe pas de volonté politique suffisante pour faire de la santé une priorité au Cameroun. Le *Ministère* estime qu'il ne se voit attribuer que huit pourcents du budget de l'État (*République du Cameroun*, 11 janvier 2016). Selon l'*Institut national de la statistique* (INS), entre 2001 et 2011, cette part a oscillé entre 4 et 5,2 pourcents (*République du Cameroun*, 2016). En 2001, les pays membres de l'Union africaine (UA), dont le Cameroun, ont signé la *Déclaration d'Abuja* s'engageant à consacrer au moins 15 pourcents de leur budget annuel pour améliorer le secteur de la santé. L'OMS note que le système de santé est largement sous-financé et il n'existe pas de stratégie nationale de financement du secteur de la santé. Les ménages privés en sont la principale source de financement (OMS, mai 2018). Selon l'INS, en 2011, 51,4 pourcents des dépenses de santé étaient constituées par des paiements directs des ménages, le reste étant couvert par les administrations publiques (33,1 pourcents), les partenaires (12,2 pourcents), ainsi que des ONG, des entreprises privées et l'assurance maladie volontaire (3,3 pourcents) (*République du Cameroun*, 2016).

Un système de santé inefficace et corrompu qui ne satisfait pas les besoins de santé d'une grande partie de la population. Selon le *Ministère de la santé*, le système de santé

souffre d'un manque d'efficacité qui se traduit par le double emploi des ressources. Alors que la dépense moyenne par habitant en 2012 était de 63 dollars, ou 63 francs suisses, les résultats obtenus étaient similaires à ceux obtenus dans les pays qui dépensaient entre 10 et 14 dollars. Ce manque d'efficacité était notamment dû à une large corruption (*République du Cameroun*, 11 janvier 2016). La *Bertelsmann Stiftung* note également que le système de santé est particulièrement corrompu, y compris au niveau des ministres gouvernementaux (*Bertelsmann Stiftung*, 2018). Selon l'OMS, les besoins en soins et services de santé ne sont pas ou peu satisfaits, notamment en raison d'une faible couverture des paquets minimums et paquets complémentaires de santé. Il existe également un important déficit quantitatif et qualitatif en ressources humaines. Ce problème est exacerbé par une mauvaise gestion, un manque de rationalisation, un faible taux de fidélisation du personnel dans les zones difficiles et un manque de motivation (OMS, 2018). Selon l'INS, en 2010 le ratio personnel de santé/population était de 0,63 pour 1 000 habitants, alors que la norme internationale se situe à 2,3 (*République du Cameroun*, 2016).

Manque d'équité dans l'accès aux soins de santé dû au manque d'équipements et à leur répartition inégale. Vétusté et manque d'entretien des infrastructures. Selon le *Ministère de la santé*, il existe un manque d'équité dans l'accès aux soins, un problème aggravé par l'absence d'une couverture sanitaire universelle. Il existe par ailleurs une importante disparité dans la couverture sanitaire des régions et des districts avec des infrastructures insuffisantes. Certaines structures médicales mises en place, comme par exemple les centres d'imageries médicales, ne fonctionnent souvent plus en raison d'un manque de maintenance (*République du Cameroun*, 11 janvier 2016). Selon l'INS, la population a un accès physique insuffisant aux soins de santé. Ceci est notamment dû à la répartition inégale des infrastructures et des équipements de santé, à leur vétusté et au manque d'entretien (*République du Cameroun*, 2016).

Accès aux soins de santé et aux médicaments limité par la pauvreté. Problèmes d'approvisionnement des médicaments essentiels. Selon *France Info*, la pauvreté - plus d'un tiers de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté - limite l'accès aux soins et aux médicaments. Les prix élevés des médicaments encouragent les gens à se fournir dans la rue, avec les risques que cela implique en termes de qualité (*France Info*, 17 décembre 2017). D'après l'OMS, outre de sérieuses lacunes au niveau du système d'information sanitaire, le système de santé souffre également de problèmes au niveau de l'approvisionnement de médicaments essentiels. La qualité des médicaments souffre également de l'absence d'une structure autonome de régulation du secteur pharmaceutique. Selon l'OMS, 97 pourcents des dépenses des ménages dans le secteur de la santé sont constitués par les paiements directs au point de contact (OMS, mai 2018). En 2016, le *Ministère de la santé* estimait ce pourcentage à 95 pourcents (*République du Cameroun*, 11 juin 2016).

Les combats entre les forces de sécurité et des militants séparatistes anglophones dans le sud-ouest du pays limitent l'accès aux soins de santé. Depuis 2017, des combats opposant les forces de sécurité à des séparatistes armés dans le sud-ouest du pays ont provoqué le déplacement de près de 437 000 personnes dans cette région, en plus de 32 000 autres qui ont fui au Nigéria voisin, selon des chiffres de l'ONU cités par la BBC. Le conflit limite l'accès à de la population à des soins de santé avec des établissements de santé obligés de fermer leurs portes en raison d'attaques attribuées aussi bien aux séparatistes anglophones qu'aux forces de sécurité. Selon la BBC, l'hôpital de la ville de Kumba a

été incendié le 11 février 2019, causant la mort de quatre personnes (BBC, 12 février 2019).

3 Accès à des soins spécialisés (neurologie, logopédie/orthophonie)

Des soins spécialisés onéreux et des services souvent sous-équipés. Selon l'OMS, le système de santé du Cameroun se caractérise par des coûts très élevés pour des soins médicaux spécialisés (OMS, mai 2018). Selon le *Ministère de la santé*, parfois les services spécialisés existent, mais ils sont mal équipés. Les maladies respiratoires chroniques peuvent par exemple en principe être prises en charge dans les hôpitaux de 1^{ère} et de 2^{ème} catégorie, mais dans bien des cas, les équipements ou médicaments font défaut ou sont insuffisants (*République du Cameroun*, 11 janvier 2016). D'après des chiffres disponibles sur le site du *Ministère de la santé*, il existe un total de 626 médecins spécialisés au Cameroun. Sur ce total, on trouve 63 pédiatres, onze pneumologues, 15 neurologues et un seul neuro-pédiatre (*Ministère de la santé*, pas de date).

Très faible nombre de neurologues au Cameroun. Selon *Esther Cubo*, une neurologue espagnole, la plupart des pays de l'Afrique sub-saharienne comptent moins de un neurologue pour un million d'habitants et manquent également de personnel médical qualifié (*Esther Cubo et al.*, 24 janvier 2017). Ce chiffre est confirmé par le professeur *Amadou Gallo Diop*, chef du département de neurologie de l'*hôpital universitaire de Fann* au Sénégal, cité par le *Journal du Cameroun*. Selon le professeur, le standard de l'OMS est de un spécialiste pour 50 000 habitants (*Journal du Cameroun*, 26 juillet 2018). Selon le courriel, daté du 2 février 2019, d'une *personne de contact de l'OSAR qui travaille dans le département de neurologie d'un hôpital à Yaoundé* (personne de contact A), il y a aujourd'hui cinq neuro-pédiatres qui exercent au Cameroun, dont quatre à Yaoundé et un à Douala. Un-e seul-e exerce exclusivement dans le privé, les quatre autres exerçant dans le public mais aussi à temps partiel dans le privé. Le prix d'une consultation varie entre 3 300 francs CFA en hôpital public et 16 400 francs en cabinet privé, ou entre 5,6 et 28 francs suisses¹.

Structures de prise en charge rudimentaires pour les enfants. Deux mois d'attente en moyenne avant d'obtenir une consultation. Selon la *personne de contact A*, les structures de prise en charge et d'accompagnement des enfants souffrants de problèmes neurologiques sont encore au stade rudimentaire et le délai d'attente pour obtenir une consultation est en général de deux mois.

Seulement entre trois et cinq logopédistes/orthophonistes au Cameroun. Pas de services de logopédie/orthophonie dans le secteur public. Les délais d'attente peuvent atteindre six mois. Selon *Lilly Tchoungui Oyono*, logopédiste et chercheuse à l'*université de Cape Town*, les possibilités de traiter les problèmes de retard de développement, notamment dans le domaine du langage, sont très limitées au Cameroun. Il n'existe que trois logopédistes/orthophonistes dans le pays et tous travaillent dans le secteur privé. Ces services de santé spécialisés n'existent pas dans le secteur public. En conséquence, les enfants qui ont besoin de ces services n'en bénéficient pas car ils n'existent pas ou ne sont

¹ Au taux de change du 15 février 2019.

financièrement ou géographiquement accessibles. Par ailleurs, il n'existe pas de programme de formation universitaire dans le domaine de la logopédie/orthophonie au Cameroun (*Lilly Tchoungui Oyono*, mai 2018). Selon le courriel, daté du 6 février 2019, d'une *personne de contact de l'OSAR qui travaille comme logopédiste/orthophoniste au Cameroun* (personne de contact B), il y a actuellement trois logopédistes/orthophonistes qui exercent dans le pays, deux à Yaoundé et un à Douala. Tous exercent dans le secteur privé. Selon cette source, il faut compter entre 30 000 et 250 000 francs CFA, ou entre 52 et 433 francs suisses pour un bilan logopédique. Le temps d'attente pour une consultation logopédique est en moyenne de six mois. Selon le courriel, daté du 10 février 2019, d'une *personne de contact qui travaille comme rééducateur orthophonique à Douala* (personne de contact C), il existe cinq orthophonistes au Cameroun qui travaillent tous dans le privé. Le prix d'une consultation avec évaluation est de 30 000 francs CFA, ou 52 francs suisses et pour une consultation simple, il faut compter 10 000 francs CFA, ou de 17 francs suisses.

Un nombre très limité d'écoles spécialisées pouvant prendre en charge des enfants avec troubles neuro-moteurs. Selon la *personne de contact B*, il n'existe qu'une seule école publique spécialisée pouvant accueillir un enfant avec des troubles neuro-moteurs. Il s'agit du *Centre de réhabilitation des handicapés* à Yaoundé. Toujours selon la personne de contact, ce centre est vétuste et manque d'équipement et de matériel. Sinon, il existe trois écoles spécialisées privées à Yaoundé et Douala, mais celles-ci ne sont pas spécialisées dans la prise en charge d'enfants avec troubles neuro-moteurs. Les tarifs de ces écoles varient entre 400 000 et 3 000 000 francs CFA, ou entre 692 et 5 190 francs suisses pour une année de prise en charge.

4 Sécurité sociale et assurance maladie

Seuls sept à 10 pourcents de la population est couverte par le système public de sécurité sociale qui n'offre qu'une couverture limitée. Selon le dernier rapport de la *Bertelsmann Stiftung*, les mesures mises en place par l'État pour limiter et atténuer les risques sociaux sont limitées. Le système public de sécurité sociale, la *Caisse nationale de prévoyance sociale* (CNPS), ne couvre que 10 pourcents des travailleurs-euses du pays, ceux et celles qui sont actifs et actives dans le secteur formel. Pour beaucoup de citoyen-n-e-s, les structures familiales, les églises et autres réseaux primaires de solidarité sont les seules options viables pour diminuer les risques. Ces réseaux sont même utilisés par des personnes couvertes par la CNPS, celle-ci n'offrant aux travailleurs-euses qu'une couverture limitée. Un nouveau régime d'assurance de la CNPS, étendu au secteur informel sous la forme d'un plan d'assurance volontaire, a permis jusqu'à maintenant d'enregistrer 110 000 nouveaux membres (*Bertelsmann Stiftung*, 2018). Selon le BIT, seuls les salariés du secteur privé structuré, régis par le Code du travail, sont couverts par la CNPS. En 2011, seuls 580 200 personnes, ou moins de 7 pourcents d'une population totale de 8,4 millions de personnes à l'époque, étaient couvertes par la CNPS (BIT, 2014).

Aucune aide de l'État pour couvrir les frais de santé des plus démunis-e-s. Seul deux à 3 pourcents de la population bénéficient d'une couverture assurance-maladie. D'après le BIT, il n'existe pas de système d'assurance maladie pour l'ensemble de la population et seuls les travailleurs-euses du secteur privé structuré et les fonctionnaires, ainsi que leurs familles, bénéficient d'une prise en charge de leurs soins de santé. Il existe un certain

nombre de mutuelles d'assurance maladie (158 en 2009), mais celles-ci ne couvrent que 2 pourcents de la population (BIT, 2014). Selon *Jean Colbert Awomo Ndongo*, un chercheur camerounais, il est difficile de connaître le véritable taux de couverture, mais celui-ci se situe probablement autour de 3 pourcents, la majorité de la population rurale et du secteur urbain informel en étant largement exclue (*Jean Colbert Awomo Ndongo*, 2015). Selon *Georges Djandja*, responsable d'une entreprise d'assurance à Yaoundé, interrogé par le site d'information *Camer.be*, la principale raison derrière le faible nombre de personnes bénéficiant d'une assurance maladie au Cameroun est la pauvreté, la majorité de la population n'ayant pas un pouvoir d'achat suffisant pour se permettre de s'assurer en privé. D'après *Georges Djandja*, il faut compter au moins 350 000 francs CFA par année, l'équivalent de 605 francs suisses, pour s'assurer en privé. Beaucoup de gens ignore également qu'il est possible de contracter une assurance maladie privée (*Camer*, 9 février 2017). Selon le courriel de la personne de contact A, les patients, même les plus démunis, ne bénéficient d'aucune sorte d'aide financière de la part de l'État.

Le Cameroun a lancé depuis 2017 une réflexion autour d'un projet d'assurance maladie universelle. Un projet pour lequel l'État aurait besoin de 2,2 milliards de francs suisses. Selon *France Info*, les autorités ont depuis 2017 relancé un projet de réflexion autour d'une assurance maladie universelle, pour atteindre une couverture sanitaire universelle (CSU). Selon le *Ministre de la santé, André Mama Fouda*, ce projet, qui visera en particulier à couvrir des soins concernant les mères et les enfants, nécessitera que l'État trouve 1 300 milliards de francs CFA, l'équivalent de 2,2 milliards de francs suisses (*France Info*, 17 décembre 2017). Selon *Tribune Afrique*, la CSU prendrait en charge les soins de base ainsi que 185 interventions et 101 sous-interventions et serait financée, entre autres, par le biais de prépaiements de la part de la population (*Tribune Afrique*, 16 décembre 2017). *France Info* rappelle qu'en 2006, une précédente tentative d'instaurer une couverture sanitaire universelle s'était soldée par un échec (*France Info*, 17 décembre 2017).

5 Situation socio-économique et revenu mensuel moyen

Une détérioration de la situation économique depuis 2014 qui a exacerbé la pauvreté. Plus d'un tiers de la population vivrait en-dessous du seuil d'extrême pauvreté. Selon un rapport de l'*International Crisis Group* (ICG), la situation économique du Cameroun s'est détériorée depuis 2014. D'après des chiffres de la *Banque mondiale*, cité par ICG, la croissance était de 3,2 pourcents en 2017, comparée à 5,7 pourcents en 2015. Toujours selon l'ICG, l'*Institut national de la statistique* (INS) estime qu'une croissance de 7t pourcents est nécessaire pour réduire la pauvreté extrême. L'augmentation de la pauvreté exacerbe le mécontentement social et augmente, selon l'ICG, le risque d'une violence généralisée similaire à celle qui s'est produite en février 2008. Selon des chiffres de l'INS, le taux de pauvreté est passé de 29 à 37,5 pourcents entre 2010 et 2016. Selon des économistes et des statisticiens consultés par l'ICG, ces chiffres sous-estimeraient la pauvreté et indiqueraient plutôt le taux d'extrême pauvreté, c'est-à-dire les personnes vivant avec moins de 1,5 dollar par jour (ICG, 3 octobre 2018). Selon le *Bertelsmann Stiftung*, avec un PIB par habitant de 1 429 dollars en 2014, le Cameroun est un pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure. Pourtant, de nombreux indicateurs sociaux sont plutôt caractéristiques de la situa-

tion d'un pays à bas revenu. L'espérance de vie est par exemple de seulement 54 ans et 43,5 pourcents de la population vivent en-dessous du seuil de pauvreté de trois dollars par jour. Le Cameroun est classé en 153^{ème} position sur 188 selon l'indice de développement humain (IDH) et est considéré comme un pays à faible niveau de développement humain. Ces dernières années les progrès dans ce domaine ont été très faibles, les progrès enregistrés dans la réduction de la pauvreté étant annulés par la croissance de la population (2,5 pourcents). En conséquence, le nombre de pauvres a augmenté de 12 pourcents entre 2007 et 2014 pour arriver à 8,1 millions de personnes (Bertelsmann Stiftung, 2018). Selon le *Bureau international du travail* (BIT), le revenu par habitant était de 240 dollars, ou 240 francs suisses, en 2014, ce qui plaçait le Cameroun dans la catégorie des pays à revenu moyen inférieur et en 2007, près de la moitié de la population vivait avec moins de 738 francs CFA par jour, ou 1,3 franc suisse (BIT, 2014).

Un revenu mensuel moyen de 36 000 francs CFA, ou 62 francs suisses, en 2012 qui cache d'importantes disparités. Selon le dernier rapport du *Département d'État américain* (USDOS), le salaire minimum dans tous les secteurs est de 36 270 francs CFA par mois, l'équivalent de 63 francs suisses. Dans la réalité, les employeuses-eurs parviennent souvent à imposer des salaires inférieurs, notamment en exploitant le taux élevé de chômage dans le pays. Des salaires inférieurs sont également courants dans le secteur public ainsi que dans le secteur du travail domestique (USDOS, 20 avril 2018). Selon le site d'information *Cameroun24*, qui cite un rapport d'enquête sur l'emploi et le secteur informel au Cameroun publié par l'INS, sur les neuf millions de personnes qui exercent une activité professionnelle dans le pays, huit sont actives dans le secteur informel, dont plus que la moitié dans le secteur informel agricole. Au niveau du pays, en 2012 le revenu mensuel moyen se situait autour de 36 000 francs CFA, ou 62 francs suisses, par mois. Il existe d'importantes disparités avec un revenu mensuel moyen de 13 800 francs CFA, ou 24 francs suisses, dans le secteur informel agricole et un salaire mensuel moyen de 145 400 francs CFA, ou 252 francs suisses, dans l'administration publique (*Cameroun24*, 28 mai 2012).).

6 Sources

BBC, 12 février 2019 :

« Au Cameroun, au moins quatre personnes seraient mortes après l'incendie d'un hôpital situé dans le sud-ouest du pays.

On ne sait pas encore qui était derrière l'attaque qui s'est produite dans la ville de Kumba, objet de nombreux affrontements entre séparatistes anglophones et l'armée camerounaise.

L'hôpital de la ville de Kumba a été incendié pendant la nuit. Les victimes ont été prises au piège et au moins quatre personnes seraient décédées.

Plusieurs bâtiments ont été totalement détruits - leurs toits se sont effondrés.

Cet hôpital revêt une importance capitale dans la zone car plusieurs autres établissements de santé du même district ont déjà été obligés de fermer à cause d'attaques.

Le gouvernement en a imputé la responsabilité aux séparatistes anglophones.

Cependant, des soldats auraient également pris pour cible des hôpitaux par le passé, convaincus que des combattants séparatistes y étaient soignés.

La semaine dernière, les États-Unis ont déclaré qu'ils mettaient fin à une partie de leur assistance militaire au Cameroun en raison d'allégations de violation des droits de l'homme attribuées aux forces de sécurité du pays.

La rébellion anglophone avait commencé dans le nord-ouest et le sud-ouest du Cameroun en 2016 suite à des manifestations de la minorité anglophone contre l'armée.

Dans cette zone, depuis fin 2017, des combats opposent régulièrement les forces de sécurité à des groupes épars de séparatistes armés qui, cachés dans la forêt équatoriale, attaquent gendarmeries et écoles et multiplient les kidnappings.

La minorité anglophone réclame plus d'autonomie et un meilleur traitement par les autorités camerounaises.

Selon l'ONU, 437.000 personnes ont été déplacées par le conflit dans les régions anglophones, et plus de 32.000 autres ont fui au Nigeria voisin. » Source: BBC, Un hôpital attaqué dans la zone anglophone du Cameroun, 12 février 2019: www.bbc.com/afrique/region-47212432.

Bertelsmann Stiftung, 2018 :

« With a per capita GDP of \$1,429 in 2014, Cameroon is a lower middle-income country. Yet, many social indicators reflect those of a low-income country. For instance, life expectancy is only 54 years, while 43.5% of the population lives below the national poverty line of \$3 a day. Cameroon is ranked 153 out of 188 countries in the 2016 HDI and only qualifies as a country with “low human development.” The calculated HDI value of 0.512 is slightly higher than previous years. However, the overall picture is one of severe stagnation over the past decade, considering that population growth (2.5%) outpaces the reduction in poverty incidence. As a result, the number of poor increased between 2007 and 2014 by 12% to 8.1 million people.[...]

State measures to avert and alleviate social risk are limited. The public social insurance system (Caisse nationale de prévoyance sociale, CNPS) covers just 10% of Cameroon's workforce, that is to say those in the formal sector. The CNPS was for a long time notoriously overextended, poorly managed and under-performing, and in the past has often been plundered as a slush fund for the government. In 2016, it ran a deficit of 16.5 billion XAF.

Some progress in management practices have been recognized in recent years, and **the CNPS is now reaching out to the informal sector, including retail traders (bayamsellam) and offers voluntary insurance schemes. Since the inception of this scheme, the CNPS has registered 110,000 new members.**

However, family structures, church structures and other primary solidarity networks remain for most citizens the only viable options for reducing risk, and these function comparatively well. However, even CNPS-beneficiaries are relying on these networks as social insurance benefits for average workers are insufficient.

The famous informal credit and savings associations called “tontines” remain very popular in Cameroon and are becoming increasingly sophisticated. They serve as a vehicle for investment and savings for the population given the low banking penetration rates. The state health care system is overextended and has been compromised significantly by corruption, including at the top level of government ministers. Public expenditure on health care is one of the lowest in the world with only 0.9% of GDP, which translates into poor health care services. Life expectancy at birth stands at 55.5 years, on par with South Sudan (55.7) and Somalia (55.4). The mortality rate of under children under 5 is still high, with 95 deaths per 1,000 births in 2012. » Source: Bertelsmann Stiftung, Cameroon Country Report, 2018, p.14, 20: www.ecoi.net/en/file/local/1427402/488294_en.pdf.

BIT, 2014 :

« Avec un revenu par habitant de 240 dollars, le Cameroun est considéré comme un pays à revenu moyen inférieur. Durant ces deux dernières décennies, le pays a connu une croissance économique soutenue, avec un taux d'inflation relativement bas d'après le Fonds monétaire international (FMI). La croissance économique a ralenti durant la crise financière en 2008-09, mais elle a repris en 2010. En plus du développement économique, le Cameroun a profité de l'initiative de la remise de la dette en faveur des pays pauvres lourdement endettés. Le Cameroun est un pays producteur de pétrole, mais le rôle de la production de cette matière première dans la croissance du pays a décliné ces dernières années en raison de la diminution de la production. Le pétrole demeure néanmoins une source importante de revenu pour le gouvernement. En 2010, il a contribué à hauteur de 26 pour cent. [...]

Le Cameroun se caractérise par des taux élevés de pauvreté et de faibles taux de développement humain. Dans le rapport sur le développement humain de 2011, le Cameroun a été classé au 150^e rang sur 187 pays étudiés (PNUD, 2011). Selon la Troisième enquête camerounaise auprès des ménages (ECAM3) réalisée en 2007, qui est la plus récente, 39,9 pour cent la population vivait en dessous du seuil de pauvreté estimé à 738 francs CFA par jour, et 9,6 pour cent de la population vivait dans l'extrême pauvreté, soit avec moins de 1,25 dollar (PPA) par jour (environ 610 francs CFA). La situation s'est améliorée depuis 1996. En effet, alors qu'en 1996 plus de la moitié de la population (51,5 pour cent) vivait en dessous du seuil de pauvreté, cette proportion était de 40,2 pour cent en 2001. Toutefois, le taux de pauvreté est resté stable depuis cette date. Les améliorations dans l'éradication de l'extrême pauvreté sont également significatives.

Concernant la pauvreté des enfants et du monde rural, en 1996, les niveaux de pauvreté des enfants et de la population rurale étaient comparables au niveau de pauvreté national avec

notamment 49 pour cent des enfants vivant en dessous du seuil de pauvreté. Ce niveau s'est légèrement amélioré en 2001 (45,9 pour cent), et il a depuis lors stagné, avec un taux de 46 pour cent en 2007. Le taux de pauvreté en milieu urbain a fortement baissé, en passant de 41,4 pour cent en 1996 à 17,9 pour cent en 2001, et à 12,2 pour cent en 2007, tandis qu'il est resté élevé en milieu rural. Actuellement, 87 pour cent de la population pauvre vit dans des zones rurales (FMI, 2011: 5).

Les années qui ont immédiatement suivi ces résultats les plus récents n'ont pas été particulièrement favorables à la réduction de la pauvreté: durant l'année 2009, la crise économique mondiale a fait chuter le taux de croissance du PIB à 2 pour cent (Banque mondiale, 2012). Ainsi, **la population vulnérable compose une part importante de la population totale.** [...]

Le système d'assurance sociale du Cameroun est géré par la Caisse nationale de prévoyance sociale (CNPS). Seuls les salariés du secteur privé structuré régis par le Code du travail sont couverts. Les fonctionnaires et les corps spécialisés sont régis par des régimes particuliers directement gérés par l'Etat. Les assurés de la CNPS sont couverts contre cinq risques répartis dans trois branches principales de la protection sociale: i) les accidents du travail et les maladies professionnelles; ii) les prestations familiales; et iii) les pensions de vieillesse, d'invalidité et de survivants. En 2011, sur une population active estimée à 8,4 millions, seuls 580 200 personnes étaient couvertes, ce qui correspond à un taux de couverture relativement bas de moins de 7 pour cent. [...]

Le Cameroun dispose des infrastructures de santé publique implantées à travers le pays. Elles sont placées sous l'autorité du ministère de la Santé publique et sont ouvertes, en principe, à l'ensemble de la population, moyennant un paiement (modéré) des prestations reçues. Il existe aussi des infrastructures de santé privées qui fonctionnent sous les règlements mis en place par le ministère de la Santé publique. Elles sont également ouvertes à l'ensemble de la population, moyennant paiement. Les travailleurs du secteur privé structuré ainsi que leur famille bénéficient d'une prise en charge des soins de santé selon le Code du travail. Les fonctionnaires ainsi que leur famille sont pris en charge par le budget de l'Etat.

Le Cameroun ne dispose pas de système d'assurance maladie pour l'ensemble de la population, ni pour le secteur formel, ni pour le secteur informel. Pour pallier ce déficit, un système de mutuelles d'assurance santé s'est développé, ainsi que quelques programmes dispersés à travers le pays. Le nombre de mutuelles d'assurance santé en 2009 était de 158, alors qu'elles étaient au nombre de 9 en 2000. Celles-ci couvraient 2 pour cent de la population en 2009. En plus de ces dispositifs, il existe des programmes et des initiatives, très limités en couverture, dédiés aux maladies spécifiques. [...]

En 2010, 44 pour cent de la population du Cameroun était âgée de 14 ans et moins. Parmi cette population, seulement une minorité (3,6 pour cent) recevait des allocations familiales. En incluant les autres programmes de prestations en nature (chacun des programmes couvrant moins de 2 pour cent de la population de référence), alors 7,8 pour cent des enfants bénéficiaient de prestations en 2010. Les allocations familiales sont réservées aux travailleurs du secteur formel et restent limitées à une minorité d'enfants. De plus, la valeur de la prestation représente seulement 6,4 pour cent du sa-

laire minimum mensuel et moins de 8 pour cent du seuil de pauvreté. Un montant inadapté pour avoir un impact en termes de sécurité du revenu pour les enfants. [...]

Les personnes en emploi formel qui sont affiliées à la CNPS sont couvertes par des prestations familiales et de maternité, des prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles, et bénéficient des pensions (ou des allocations en cas de non éligibilité pour la pension) de vieillesse, d'invalidité et de survivants. Le Cameroun ne dispose pas de régime d'indemnités de chômage, ni de congés maladie garantissant au salarié dans l'incapacité temporaire de travailler un revenu de remplacement. Les informations quant au nombre de bénéficiaires et à la couverture sont présentés dans le tableau 3, et le tableau 4 affiche les dépenses par programme. En plus de la CNPS, des régimes spécifiques couvrent les fonctionnaires, les membres du parlement et les militaires. **La population en emploi informel peut compter uniquement sur des transferts ad-hoc en espèces ou en nature ainsi que sur quelques programmes d'emplois publics de faible portée. [...]**

Le Cameroun a un système formel de prestations pour enfants limitées aux enfants des salariés qui travaillent dans les secteurs public et privé formel. Ce champ d'application limité exclut la majorité des enfants. » Source: Bureau international du travail (BIT); République du Cameroun, Réalisation des garanties du Socle de Protection sociale au Cameroun, 2014, p.10-15: www.social-protection.org/gimi/gess/RessourcePDF.action?ressource.ressourceId=46957.

Camer, 9 février 2017 :

« Pourquoi les Camerounais ne souscrivent-ils pas à l'assurance maladie, un produit qui leur permet de se soigner qualitativement sans pour autant dépenser beaucoup des sous ? Les spécialistes de la question ont des réponses. Pour Georges Djandja, responsable régional d'une entreprise d'assurance à Yaoundé, le premier blocage c'est la pauvreté.

« L'assurance maladie coûte cher. Le pouvoir des achats des Camerounais ne leur permet pas de se souscrire. Imaginez vous qu'il faut au moins 350.000 Fcfa par individu. Pour souscrire toute une famille, il faut avoir vraiment un revenu consistant.» L'assureur se désole de la non implication de l'Etat dans la couverture maladie des Camerounais surtout ceux n'appartenant pas au corps des fonctionnaires. Il croit d'ailleurs savoir que moins de 25% des Camerounais ont une assurance maladie. Un autre responsable du volet assurance dans une société parapublique pense qu'il s'agit aussi de l'ignorance.

« Les gens ne savent même pas que ce produit existe et qu'il y a souvent des facilités et que chaque travailleur peut bénéficier de cet avantage ». Il s'empresse d'ajouter qu'il y a aussi un problème de culture. « Vous savez qu'il y a un débat dans certaines religions ou des traditions qui pensent que ces produits ne sont pas adaptés. Il faut trouver des formules adaptées ».

A côté de ces raisons, certains évoquent la réputation même des compagnies d'assurances. **« L'idée répandue dans le public est que les assureurs sont là pour se faire de l'argent sur notre dos. Donc, on peut cotiser sans que le moment venu, la compagnie règle vos facture des soins »** croit savoir notre source. Innocent Kuaté, un autre assureur évoque les mêmes

raisons en précisant par contre que s'agissant de l'assurance maladie, la compagnie ne gagne en réalité rien du tout. Il s'agit de ce qu'il appelle la « gestion pure ».

Pour venir donc à bout de cette situation, adjuvant du sous-développement, **le Cameroun a entrepris une réflexion sur l'Assurance maladie universelle (Amu). Il est classé d'ailleurs parmi les pays africains où cette idée est menée avec satisfaction.** D'un autre point de vue, le Cameroun prend en charge la maladie telles que le Vih/Sida, la tuberculose, la lèpre, le paludisme etc. Seulement, elle n'est qu'au stade de la réflexion, donc des faits palpables comme le cas du Togo près de 80% de la population ont une couverture maladie.

Hughes Tchibozo propose qu'il faut établir une plate-forme solide ente le secteur public et le privé. De même, les compagnies d'assurance doivent faire jouer la loi du grand nombre. Ce qui permettrait aux Camerounais de cotiser en nombre et à moindre coût. Pour lui, la question du risque est un métier. Il invite d'ailleurs les assureurs à être proactifs, faire des propositions concrètes aux gouvernants. « Les gouvernants de leur côté gagneraient à impliquer ces assureurs dans les montages institutionnels.

Et la solution globalisante c'est de trouver des solutions aux sources des financements. Celles issues du budget de l'Etat et des collectivités territoriales décentralisées et autres apports des partenaires ont des limites », regrette le spécialiste. Il faut donc explorer ce qu'il appelle les « sources innovantes ». » Source: Camer, Cameroun: L'assurance maladie, une affaire d'élite, 9 février 2017: www.camer.be/57965/13:1/cameroun-complication-lassurance-maladie-une-affaire-delite-cameroon.html.

Cameroun24, 28 mai 2012 :

« Un peu près de 5 millions de camerounais en situation de travail gagnent seulement 13 600 FCFA par mois. L'information est déduite d'un récent rapport d'enquête sur l'emploi et le secteur informel au Cameroun, rendu public par l'Institut national de la statistique (INS). Selon le rapport, près de 9 millions de camerounais exercent une activité génératrice de revenus.

Seulement, parmi les 9 millions, huit millions travaillent dans le secteur informel, dont près de 4,5 millions dans l'informel agricole. «Le secteur informel reste, tout comme en 2005 (90,4% d'actifs occupés y exerçaient), le plus grand pourvoyeur d'emploi en occupant 90,5% d'actifs occupés, dont 53,0% dans le secteur informel agricole », peut-on lire dans le rapport. C'est justement dans ce secteur que se situent les plus bas revenus mensuels dans le pays.

Même si au plan global le revenu mensuel des camerounais a connu une hausse de près de 3% pour se hisser à 36 000 FCFA par personne et par mois, cette hausse ne s'est véritablement ressentie que dans le secteur formel privé, où les revenus ont bénéficié de la hausse des salaires de 2008 suite aux émeutes de la faim. Pour les agriculteurs, la situation est restée identique, lorsqu'elle ne s'est pas empirée par endroit. « Le revenu moyen mensuel varie de 13 800 FCFA, dans le secteur informel agricole, à 145 400 FCFA, dans l'administration publique. » Source: Cameroun24, Cameroun: 4,5 millions de Camerounais à moins de 14 000 FCFA, 28 mai 2012: https://cameroun24.net/actualite-cameroun-SALAIRES_MENSUELS_3A_4_2C5_millions_de_Camerounais_C3_A0-1-1-5797.html.

Esther Cubo et al., 24 janvier 2017:

*« Despite the high prevalence and disease burden of neurological disorders, **most sub-Saharan countries have less than 1 neurologist per 1 million people and lack medically trained personnel.** In both high-income and low-income World Health Organization regions, neuropsychiatric conditions are the most important causes of disability, accounting for more than 37% of the years of healthy life lost as a result of disability. »* Source: Esther Cubo et al., The Burden of Movement Disorders in Cameroon: A Rural and Urban-Based Inpatient/Outpatient Study, 24 janvier 2017: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/mdc3.12474>.

France Info, 17 décembre 2017:

*« **C'est un formidable défi que se lance Yaoundé. En fait, il s'agit de remettre à plat tout le système des soins pour 185 interventions et maladies. Pour les autorités, la CSU va ainsi assainir tout le milieu sanitaire. Chaque prescription, ou chaque intervention, doit respecter un protocole. Ainsi sont réglementés le prix de la consultation et celui des médicaments prescrits, mais également les interventions des prestataires.***

«Ceci permettra de définir le coût d'intervention de chaque maillon de la chaîne tant au niveau de l'infirmier que du médecin», a affirmé le ministre de la Santé publique André Mama Founda. Cela représente, en parallèle, un vaste effort de maîtrise des coûts. Pour y parvenir, le prix des médicaments est exprimé à l'unité, et non à la plaquette ou à la boîte afin d'éviter tout gaspillage.

Selon le journal La Tribune qui cite une étude du Bureau international du travail (BIT), moins de 2% de la population camerounaise bénéficie d'une assurance maladie. L'accès aux soins est difficile quand 37% de la population vit en dessous du seuil de pauvreté. Faute de Sécurité sociale, se soigner est particulièrement onéreux au Cameroun. Le prix des médicaments dans les pharmacies est dissuasif, et du coup la «médication de rue» est prospère. Contrefaçons et poudres de perlimpinpin se côtoient allègrement.

Mère et enfant en priorité

Dans le «panier» retenu, 40% des soins concerne la mère et l'enfant. Tous ceux qui luttent contre la mortalité infantile s'en réjouissent et attendent une amélioration significative. Chaque année, 4000 à 5000 femmes meurent en couche au Cameroun, faute de pouvoir se payer les soins. Selon l'OMS, en Afrique, un tiers des ménages doit s'endetter pour se soigner.

«Nous avons mené d'autres études préalables, à savoir la capacité contributive des Camerounais. Maintenant, nous pourrions dégager la part restante qui devra être mobilisée par l'Etat du Cameroun, au cas où tout le panier de base est mis en œuvre dès le départ » a déclaré le ministre de la Santé publique, André Mama Founda. Soit 1300 milliards de francs CFA.

Reste désormais pour le Cameroun à mettre cette CSU en musique. D'une part, l'affiliation doit se faire avec un système d'immatriculation biométrique. Ensuite, il va falloir percevoir

les cotisations sociales des travailleurs. Le ministre entend même faire participer le monde agricole, le plus gros secteur avec 80% des actifs.

Enfin, rappelons qu'en 2006, une précédente tentative d'installer une couverture universelle s'était soldée par un échec. » Source: France Info, Le Cameroun veut se doter d'une couverture santé universelle, 17 décembre 2017: www.francetvinfo.fr/monde/afrique/societe-africaine/le-cameroun-veut-se-doter-dune-couverture-sante-universelle_3059649.html.

IGC, 3 octobre 2018 :

« Finally, the deterioration of the economic situation in the last four years gives cause for concern. According to the World Bank, growth was 3.2 per cent in 2017, compared to 5.7 in 2015, while the National Institute of Statistics estimates that growth of at least 7 per cent is needed to reduce extreme poverty. Moreover, despite support from the International Monetary Fund since 2017 (in the form of a \$666 million Extended Credit Facility over three years), the government has made no progress in improving governance or in fighting corruption. The increase in poverty further exacerbates social discontent. The combination of all these factors could lead to generalised violence, as in February 2008.[...]

According to the National Institute of Statistics, the poverty rate rose from 29 to 37.5 per cent between 2010 and 2016. « Annuaire statistique du Cameroun 2016 », National Institute of Statistics, Yaoundé, 2016. It has probably continued to increase and some statisticians think it is higher than the official figures. They believe that these figures in fact indicate the level of extreme poverty, as they correspond to the percentage of the population with an income of less than \$1.5 a day rather than \$4 – an indicator recognised by the World Bank. Crisis Group interviews, economists and statisticians, Yaoundé, March 2018. » Source: International Crisis Group (ICG), Cameroon: Divisions Widen Ahead of Presidential Vote, 3 octobre 2018, p.6: www.ecoi.net/en/file/local/1445253/5351_1538669248_b142-cameroon-divisions-widen.pdf.

Jean Colbert Awomo Ndongo, 2015:

« Au Cameroun, les taux de mortalités maternelle et infantile, de malnutrition, etc., restent élevés (INS, 2011). Le profil épidémiologique est dominé par la propagation de maladies infectieuses et parasitaires. Le poids des maladies comme le paludisme, le VIH-sida et la tuberculose dans la morbidité générale est particulièrement élevé. Près de 60 % des individus éprouvent des difficultés à faire face aux dépenses de santé, et environ 40 % n'ont pas accès aux soins de qualité (INS, 2011). Par ailleurs, la protection sociale publique est insuffisante : moins de 10 % de la population camerounaise (des fonctionnaires et des salariés du secteur privé formel) bénéficie d'une protection sociale partielle (Motazé, 2008). De même, des sociétés à but lucratif (régies par la Conférence interafricaine des marchés d'assurance, Cima) proposent une forme de couverture maladie privée à des individus ou à des groupes. Bien que non connue avec exactitude, la proportion de la population camerounaise couverte par l'assurance privée est estimée à seulement 3 %(3) (Desjardins, 2011). La grande majorité de la population rurale et du secteur urbain informel en est complètement exclue. Afin d'y remédier, les décideurs publics souhaiteraient atteindre un taux de couverture d'au moins 40 % de la population à travers la

création d'une MS par district de santé au minimum (Minsanté, 2009 et 2006). Ces MS connaissent une croissance considérable : leur nombre est passé de 20 en 2000 à 101 en 2006, puis à 158 en 2010 (Minsanté, 2010; GTZ, 2006 ; BIT-Step, 2001). Plusieurs personnes ont bénéficié de l'assistance des fonds des MS. » Source : Jean Colbert Awomo Ndongo, Émergence des mutuelles de santé au Cameroun, 2015, p.24: www.erudit.org/fr/revues/recma/2015-n336-recma01831/1030158ar.pdf.

Journal du Cameroun, 26 juillet 2018:

« Sub-Saharan Africa suffers a huge deficit in neurologists, with only one specialist for a million people living on the continent, according to Professor Amadou Gallo Diop, head of the Neurology Department at Dakar's Fann University Hospital in Senegal. The standard for WHO is one specialist for every 50,000 inhabitants said Professor Diop in an interview with the African Press Agency on Wednesday.

A neurologist and epileptologist, Dr Diop was recently shared a joint award with Tunisian, Riadh Gouider, of the "Golden Hammer" prize of the European Academy of Neurology (EAN) which is awarded every other year.

"The Maghreb and South Africa are experiencing the same deficit in neurologists. In those two regions the rate is one neurologist for every 250,000 inhabitants" Dr Diop added.

Citing his native Senegal which has only 25 neurologists and a single neurology department since independence, he said there is one neurologist for every 600,000 inhabitants.

He said this is so despite that since 1997, 135 African and Senegalese neurologists have been trained in Dakar.

"There are not many neurologists, while patients are increasing day by day," he said.

According to him, this situation is largely blamed on the fact that students consider neuroscience too difficult to study. » Source: Journal du Cameroun, One neurologist for 1 million Africans – scholar, 26 juillet 2018: www.journalducameroun.com/en/one-neurologist-1-million-africans-scholar/.

Lilly Tchoungui Oyono, mai 2018:

*« The Cameroonian basic educational system is made up of two subsystems: the Anglophone subsystem of education based on the Anglo-Saxon model and the Francophone subsystem following the French model (Nana, 2013). **The density of allied health professionals associated with rehabilitation in Cameroon is very low. The only three speech-language pathologists in the country are private practitioners. There are no speech and language pathology services in the health and education public sector, and there are no speech and language pathology education and training programs at the universities in the country. [...]***

These findings show that a significant number of children in Cameroon are in need of speech and language services. However, such services are very sparse in the country. At present, there are only three speech-language pathologists in Cameroon, and they

are all private practitioners. This means that most of the children eligible for speech and language services cannot benefit from this support because the services are not available or accessible. » Source: Lilly Tchoungui Oyono et al., The Prevalence of Speech and Language Disorders in French-Speaking Preschool Children From Yaoundé (Cameroon), mai 2018, p.1239, 1246: https://pubs.asha.org/doi/pdf/10.1044/2018_JSLHR-L-16-0400.

OMS, mai 2018 :

« Le système de santé est organisé en trois niveaux : le niveau opérationnel (district de santé), le niveau intermédiaire d'appui technique et le niveau central chargé d'élaborer des stratégies de développement sanitaire. Le système de santé connaît un certain nombre de problèmes. Les besoins en soins et services de santé de qualité sont peu satisfaits, la couverture des paquets minimums et paquets complémentaires d'activités de santé étant faible, et les soins spécialisés encore très onéreux. Malgré les efforts de recrutement, le déficit quantitatif et qualitatif en ressources humaines pour la santé demeure très important, ceci étant aggravé par une gestion non optimale du personnel, un manque de rationalisation de l'utilisation du personnel, de fidélisation dans les zones d'accès difficile et de motivation (source de comportements non éthiques de la part du personnel). Le cadre institutionnel et organisationnel du système national d'information sanitaire pour la gestion des services de santé reste faible, se traduisant par l'absence d'un manuel de procédures de gestion et de la multiplicité de sous-systèmes d'information et d'outils de collecte des données. La Centrale nationale d'approvisionnement en médicaments essentiels connaît un essoufflement nécessitant une évaluation, et il n'existe pas de structure autonome de régulation du secteur pharmaceutique permettant de disposer de produits médicaux de qualité (y compris les vaccins). Les ménages continuent à constituer la principale source de financement de la santé, suivi du gouvernement et des partenaires techniques et financiers (PTF). Le partage du risque maladie est encore embryonnaire. Les dépenses de santé des ménages sont constituées pour environ 97% par les paiements directs au point de contact. Le secteur de la santé connaît une insuffisance de financement ainsi qu'une faiblesse d'absorption des financements rendus disponibles. Il n'existe pas de stratégie nationale de financement de la santé. Le pilotage stratégique et opérationnel du secteur de la santé accuse une faiblesse dans la planification, la coordination, la supervision, le suivi et l'évaluation. » Source: Organisation mondiale pour la santé (OMS), Cameroun: Stratégie de coopération, un aperçu, mai 2018: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/137093/ccsbrief_cm_fr.pdf;jsessionid=1E67537E18EB284DFB792E5A74138D75?sequence=1.

République du Cameroun, sans date (accès 31 janvier 2019) :

Effectifs en terme de médecins spécialistes au Cameroun

| SPECIALITE | ADAMAOUA | CENTRE | EST | EXTREME-NORD | LITTORAL | NORD | NORD-OUEST | OUEST | SUD | SUD-OUEST | TOTAL |
|----------------------------------|----------|--------|-----|--------------|----------|------|------------|-------|-----|-----------|-------|
| ANATOMO PATHOLOGISTE | | 13 | | | 4 | | | | | 1 | 18 |
| ANATOMO-CYTOPATHOLOGISTE | | | | | 1 | | | | | | 1 |
| ANESTHESISTE-REANIMATEUR | 1 | 17 | | | 9 | | | 1 | 2 | 1 | 31 |
| BIOLOGISTE | | 24 | | | 10 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 42 |
| BIOLOGISTE OPTION HEMATOLOGIE | | 1 | | | | | | | | | 1 |
| CARDIOLOGUE | 1 | 16 | 1 | 2 | 9 | 1 | 3 | 2 | 2 | 1 | 38 |
| CHIRURGIE MAXILO FACIALE | | 1 | | | | | | | | | 1 |
| CHIRURGIEN | | 1 | | | 3 | | | | | | 4 |
| CHIRURGIEN CANCEROLOGUE | | | | | 2 | | | | | | 2 |
| CHIRURGIEN CARDIO VASCULAIRE | | 3 | | | | | | | | | 3 |
| CHIRURGIEN GENERALISTE | | 8 | | | 1 | | | 1 | 1 | 2 | 13 |
| CHIRURGIEN ORTHOPEDIQUE | | 3 | | | | | | | | | 3 |
| CHIRURGIEN PEDIATRE | | 4 | | | 1 | | | | | | 5 |
| CHIRURGIEN THORACIQUE | | 1 | | | | | | | | | 1 |
| CHIRURGIEN TRAUMATOLOGUE | | 5 | | | | | | | | | 5 |
| CHIRURGIEN TRAUMATO-ORTHOPEDISTE | | | | | 3 | | | | | | 3 |
| CHIRURGIEN VISCERAL | | 5 | | | 4 | | | | | | 9 |
| DERMATOLOGUE | | 1 | | | 3 | | | | | | 4 |
| ENDOCRINOLOGUE | | 8 | | | 5 | | | | | | 13 |
| GASTRO ENTEROLOGUE | | | | | 2 | | | | | | 2 |
| GYNECOLOGUE OBSTETRICIEN | 1 | 47 | 2 | 2 | 30 | 1 | 5 | 2 | 4 | 3 | 97 |
| HEMATOLOGUE | | 2 | | | | | | | | | 2 |
| HEMATOLOGUE CLINICIEN | | 1 | | | 1 | | | | | | 2 |
| HEPATO GASTRO ENTEROLOGUE | | 7 | | 1 | 4 | | | 1 | | | 13 |
| IMMUNO-HEMATOLOGUE | | 1 | | | | | | | | | 1 |
| IMMUNOLOGUE | | 1 | | | | | | | | | 1 |
| INFECTIOLOGUE | | 4 | | | 1 | | | | | | 5 |
| INTERNISTE | | 4 | | | 4 | | | | 1 | | 9 |
| INTERNISTE GASTRO-ENTEROLOGUE | | | | | 1 | | | | | | 1 |
| INTERNISTE NEUROLOGUE | | | | | 1 | | | | | | 1 |
| MEDECIN NUCLEAIRE | | 2 | | | | | | | | | 2 |
| NEPHROLOGUE | | 3 | | | 3 | 1 | | | | 2 | 9 |
| NEURO CHIRURGIEN | | 4 | | | 4 | | | | | | 8 |
| NEUROLOGUE | | 5 | | | 7 | | 1 | 1 | | 1 | 15 |
| ODONTOSTOMATOLOGUE | 2 | 10 | | | 6 | | | | 1 | | 19 |
| ONCOLOGUE MEDICAL | | 3 | | | 1 | | | | | | 4 |
| OPHTALMOLOGUE | 1 | 19 | 1 | | 8 | 1 | 1 | 3 | | 2 | 36 |
| ORL | 1 | 17 | | | 6 | 1 | 1 | 1 | | 1 | 28 |
| ORTHOPEDISTE | | | | | 3 | | | | | | 3 |
| PEDIATRE | 1 | 35 | 1 | 1 | 15 | 1 | 2 | 1 | 4 | 2 | 63 |
| PEDIATRE CARDIOLOGUE | | 1 | | | | | | | | | 1 |
| PEDIATRE ENDOCRINO DIABETOLOGUE | | 1 | | | | | | | | | 1 |
| PEDIATRE HEMATO ONCOLOGUE | | 1 | | | | | | | | | 1 |
| PEDIATRE HEMATOLOGUE | | 1 | | | | | | | | | 1 |
| PEDIATRE MALADIES INFECTIEUSES | | 1 | | | | | | | | | 1 |
| PEDIATRE NEONATOLOGUE | | 3 | | | | | | | | | 3 |
| PEDIATRE NEPHROLOGUE | | 1 | | | | | | | | | 1 |
| PEDIATRE NEUROPEDIATRE | | 1 | | | | | | | | | 1 |
| PHARMACIE | | 3 | | | | | | | | | 3 |
| PHARMACIEN | | 6 | | | 4 | | | | | | 10 |
| PHARMACIENNE | | | | | 4 | | | | | | 4 |
| PNEUMOLOGUE | | 6 | | | 4 | 1 | | | | | 11 |
| PSYCHIATRE | | 4 | | | 1 | | | | | | 5 |
| PSYCHOLOGUE | | 1 | | | | | | | | | 1 |
| RADIOLOGUE | | 20 | | | 10 | | | | 2 | | 32 |
| RADIOTHERAPEUTE | | 1 | | | 2 | | | | | | 3 |
| RHUMATOLOGUE | | 5 | | | 8 | | | | 1 | | 14 |
| SANTE PUBLIQUE | | | | | 1 | | | | | | 1 |
| URGENTISTE | | 2 | | | 1 | | | | | | 3 |
| UROLOGUE | | 8 | | | 2 | | | | | 1 | 11 |
| TOTAL | 8 | 342 | 5 | 6 | 189 | 9 | 14 | 14 | 20 | 19 | 626 |

Source: République du Cameroun, Ministère de la santé, Effectifs en termes de médecins spécialistes au Cameroun, pas de date (accès le 14 février 2019) : www.cm-minsante-drh.com/site/index.php/tendances-sur-les-rhs/le-minsante-3/383-effectifs-en-terme-de-medecins-specialistes-au-cameroun?tmpl=component&print=1&layout=default&page=

République du Cameroun, 11 janvier 2016 :

« Les faiblesses observées portent pour l'essentiel sur les aspects suivants : législation, réglementation et politique, Budget/dépenses, Gestion (planification, direction, contrôle et suivi-évaluation), disponibilité des infrastructures et des équipements de base, et certains aspects relatifs à la recherche opérationnelle en santé.[...] »

L'engagement politique de haut niveau est insuffisant au regard du pourcentage de financement de l'État alloué au secteur de la santé. La Déclaration d'Abuja préconise l'allocation d'une proportion de 15% du budget de l'État à ce secteur. Les outils actuels ne permettent pas de disposer de toute l'information sur les financements alloués à la santé au niveau des autres administrations œuvrant dans le secteur ; toutefois, la proportion du budget national alloué au Ministère de la santé oscillerait ces dernières années autour de 8%.

Budget/dépenses : L'existence de multiples régimes de financement de la santé (28 dénombrés en 2013) témoigne de l'absence d'une approche intégrée et d'une coordination insuffisante dans la gestion des financements. De plus, le faible niveau d'information sur les financements déployés dans le secteur (ceux du privé, ceux des administrations partenaires prestataires des soins et des services de santé, ainsi que ceux des collectivités territoriales décentralisées) n'a pas contribué à prévenir le double emploi des ressources. Ceci n'a pas permis d'agir de façon cohérente pour gérer les besoins les plus cruciaux des populations cibles (équité horizontale). A ce jour, la collecte des ressources pour la santé (financements privés et publics) et leur mise en commun ne sont pas suffisamment organisées dans le secteur. Par conséquent, la faiblesse du dispositif de suivi/évaluation et les insuffisances relevées au niveau de la coordination des interventions ont eu pour conséquences, le double emploi des ressources et subséquemment le manque d'efficacité constaté. En effet, la dépense moyenne par habitant était de 63 USD en 2012, mais les résultats obtenus étaient similaires à ceux des pays dépensant entre 10 et 14 USD.

Dans le même ordre d'idées, on a relevé que la productivité financière des formations sanitaires n'est pas suffisamment suivie pour favoriser une utilisation optimale des financements publics ; le système de santé n'assure pas encore une protection contre le risque maladie à toute la population : seuls 2% sont couverts par des mécanismes y afférents. Les paiements directs qui représentent près de 95% des dépenses privées de santé demeurent la principale modalité d'acquisition des soins. De plus, la persistance de la corruption dans les services publics d'une manière générale reste une pesanteur qui rend difficile l'utilisation efficiente des ressources. Enfin, le manque d'équité observé dans l'accès aux soins a été accentué, entre autres, par l'inefficacité de la mise en œuvre de la couverture santé universelle. [...]

Disponibilité des infrastructures : En raison de l'absence d'un plan de développement des infrastructures durant la période de mise en œuvre de la stratégie échue, il n'a pas été possible de garantir le respect des exigences de la carte sanitaire et de l'évolution technologique lors de la construction des infrastructures. Par conséquent, il existe des disparités dans la couverture sanitaire des Régions et des Districts.

Recherche opérationnelle en Santé : Les points faibles enregistrés en recherche opérationnelle en santé sont : le non-respect du cadre réglementaire légal existant régissant la pratique de la recherche en santé au Cameroun ; L'insuffisance des ressources financières allouées au fonctionnement des instances de régulation et le sous-financement des activités de recherche par les structures publiques et privées; La faiblesse dans la planification, la coordination, le suivi et l'évaluation des activités de recherche en santé au MINSANTE; L'absence d'une liste nationale des priorités de recherche en santé ; Une faible culture de la recherche, du suivi et de l'évaluation; La faiblesse en matière de diffusion des résultats de la recherche, de disponibilité des bases factuelles fiables et d'utilisation des résultats de recherche dans la prise de décision en santé. [...]

Les hôpitaux de 1ère et 2ème catégorie ont généralement des services spécialisés pour la prise en charge des maladies respiratoires chroniques. Cependant, les équipements et/ou les médicaments et intrants nécessaires à leur prise en charge sont bien souvent absents ou insuffisants. Des centres régionaux d'imagerie médicale ont été créés dans huit régions. Ces centres sont parfois à l'arrêt, du fait de l'absence d'une politique de maintenance structurée. » Source: République du Cameroun/Ministère de la santé, Stratégie sectorielle de santé 2016-2027, 11 janvier 2016, p.xvi-xvii:
www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/planning_cycle_repository/cameroon/cameroon_sss_validee_par_le_ccss_5_janvier.pdf.

République du Cameroun, 2016 :

« Le pays compte 191 districts de santé et 1388 aires de santé qui mettent en œuvre les programmes prioritaires de santé et assurent les soins de santé de base aux populations.

En 2010, les ressources y compris le soutien de nombreux partenaires extérieurs dont dispose le secteur de la santé se situent à 105,2 milliards, soit 4,2% du budget de l'Etat. Elles permettent d'intervenir dans les domaines que sont la lutte contre la maladie, le Programme Elargie de Vaccination (PEV) et l'amélioration de l'offre de soins de santé. [...]

Au regard des normes de l'OMS, on note que la couverture de la population en personnel médical ne cesse de se dégrader en dépit des efforts de recrutement déployés par le Gouvernement avec l'appui de ses partenaires (Fonds PPTE, C2D, etc.). Le ratio professionnel de santé/population est de 0,63 pour 1000 habitants au Cameroun contre 2,3 (norme internationale).

Suite à l'analyse de la situation des ressources humaines, même si l'on note des améliorations en termes de traitement des personnels des différents corps de la santé, la plupart des problèmes identifiés depuis 2001 persiste. Des difficultés sont rencontrées avec le départ à la retraite en fin 2008 de près de 900 personnels dont la plupart étaient des cadres hautement qualifiés. Toutefois, au premier semestre 2009, 2 355 personnels de santé tous grades confondus ont été recrutés sur les 3000 prévus en 2008. [...]

Globalement, la part du budget national alloué au Ministère de la Santé Publique a évolué en dents de scie entre 2001 et 2011. Elle est passée de 4,9%, 5,2% et 4% du PIB en 2001, 2005 et 2011 respectivement et demeure largement en dessous des 15% préconisés par les chefs d'Etat africains à Abuja en 2000. Les Comptes Nationaux de la Santé (CNS) de 2011, élaborés par le MINSANTE avec l'appui de ses partenaires ont estimé la

dépense totale en santé à 503 984 766 903 FCFA, répartie entre les Dépenses Courantes en Santé (DCS) qui s'élèvent à 470 511 940 205 FCFA, soit 93,4% et les dépenses d'investissement sont chiffrées à 33 472 826 698 FCFA, soit 6,7%. Au cours de cette période, les ménages ont constitué la principale source de financement des dépenses en santé avec une contribution de 52,2%.

*Les dépenses en santé du Gouvernement et les fonds du reste du monde quant à eux ont représenté respectivement 32,9% et 14,4% des dépenses courantes en santé. **S'agissant des mécanismes de financement, 51,4% des dépenses en santé ont été effectuées au travers des paiements directs des ménages. Les administrations publiques et les partenaires ont effectué respectivement 33,1% et 12,2% des dépenses courantes de santé. Le reste des financements soit 3,3 % a été effectué par les régimes des ONG, des entreprises et de l'assurance maladie volontaire. Ces résultats nous montrent que les contributions provenant des mécanismes des tiers payant (assurance maladie privée, mutuelle de santé) sont faibles. En effet, seulement 1,2% des dépenses de santé ont été mobilisés par des mécanismes d'assurance maladie en 2011. Ceci pourrait se justifier par l'absence d'une politique nationale en matière de couverture universelle.***

La part des dépenses allouées par fonctions de soins de santé représente 43,3% pour les biens médicaux dont 39,9% destinés aux produits pharmaceutiques et autres biens médicaux non durables. Les dépenses de gouvernance, d'administration du système de santé et de financement représentent 33,0% et celles des soins curatifs 15,0% des dépenses courantes en santé. [...]

L'accessibilité physique aux soins de santé demeure insuffisante malgré des grands efforts de création, de construction/équipement des formations sanitaires et l'existence désormais d'un document de stratégie nationale de technologie de la santé. Ceci est dû notamment à une inégalité de leur répartition, elle-même conséquent à l'inexistence d'une carte sanitaire nationale, à la vétusté de la plupart des infrastructures et équipements et à l'insuffisance de leur maintenance.

*Les investissements effectués ont permis une amélioration du capital physique du secteur santé entre 2001 et 2007. **Sur l'ensemble des Centres de Santé fonctionnels des sous-secteurs public et privé à but non lucratif, 79 % sont du public, 21% sont privés. Quant aux hôpitaux toutes catégories confondues, 65% sont du public et 35% du privé à but non lucratif. Il est à noter que ces résultats ne prennent pas en compte les formations sanitaires des ministères apparentés prestataires des soins de santé. Le sous secteur privé à but lucratif a connu depuis 2002 une augmentation significative du nombre des pharmacies d'officines privées, marquant la volonté du gouvernement d'améliorer l'accès des populations aux médicaments de qualité.*** » Source: République du Cameroun, Institut national de la statistique, Annuaire statistique du Cameroun 2015, 2016, p.121-122:
www.stat.cm/downloads/2016/annuaire2016/CHAPITRE7_SANTE.pdf.

Tribune Afrique, 16 décembre 2017 :

« Pour mettre en place un système de couverture santé universelle, le gouvernement camerounais aura besoin d'un montant de 1.300 milliards de francs CFA. C'est ce qu'a révélé le ministre camerounais de la santé publique, indiquant que le système prendra en charge les soins de base et près de 185 interventions et de 101 sous interventions.

Le Cameroun aura besoin de 1.300 milliards de francs CFA pour mettre en place son système de la Couverture santé universelle (CSU). **Pour mobiliser cette enveloppe, le Cameroun devra compter sur ses partenaires institutionnels et financiers. Sur la question du financement de la CSU, André Mama Fouda, le ministre camerounais de la santé publique, a indiqué que toute la population camerounaise sera mise à contribution.**

« Les coûts ne sont pas seulement à la charge des malades, mais sont supportés par l'ensemble de la population et de l'Etat du Cameroun. Ceci par le biais du prépaiement et de la mise en commun des risques », a souligné le ministre, assurant que **la CSU prendra en charge progressive la population y compris les plus pauvres et les plus vulnérables. On parle des soins de base et de 185 interventions et de 101 sous interventions.**

Notons que cette enveloppe retenue pour la CSU, devra satisfaire les divers domaines de la médecine interne, la chirurgie, la gynécologie obstétrique, la pédiatrie, la stomatologie, l'otorhinolaryngologie, la vaccination et divers services communautaires. « Nous avons validé cette étape. La quantification de ce qui est fait avec ce paquet de soins pour que dans deux ou trois mois, nous puissions chiffrer sa mise en œuvre avant de s'engager dans la gouvernance », a ajouté le ministre camerounais de la santé André Mama Fouda.

2 Camerounais sur 100 couverts par une assurance

L'assurance maladie est encore très rare au Cameroun. Selon une étude réalisée en juin 2016 par l'équipe d'appui technique du Bureau international du travail (BIT) pour l'Afrique centrale, il y a moins de 2% de la population camerounaise qui bénéficie d'une assurance maladie. Selon cette étude, la majeure partie de la population n'a pas accès aux soins de santé (37% de la population vit en dessous du seuil de pauvreté monétaire, selon l'enquête camerounaise auprès des ménages (ECAM) 2014).

Pour avoir accès à la CSU, chaque citoyen camerounais devra disposer d'une carte de couverture en santé avec un numéro d'identifiant unique. Il pourra de cette façon, recevoir des soins et services de santé. La mise en place de cette procédure requiert l'immatriculation biométrique de chaque citoyen. » Source: La Tribune Afrique, Le Cameroun devra mobiliser 1.300 milliards Fcfa pour la couverture santé universelle, 16 décembre 2017 <https://afrique.latribune.fr/afrique-centrale/cameroun/2017-12-16/le-cameroun-devra-mobiliser-1-300-milliards-fcfa-pour-la-couverture-sante-universelle-761984.html>.

USDOS, 20 avril 2018 :

« **The minimum wage in all sectors is 36,270 CFA francs (\$68) per month. Premium pay for overtime ranges from 120 to 150 percent of the hourly rate, depending on the amount of overtime and whether it is weekend or late-night overtime. Despite the minimum wage law, employers often negotiated with workers for lower salaries, in part due to the high rate of unemployment in the country. Salaries lower than the minimum wage remained prevalent in the public works sector, where many positions required unskilled labor, as well as in the domestic work sector, where female refugees were allegedly vulnerable to unfair labor practices.** » Source: US Department of State (USDOS), Country Report on Human Rights Practices 2017 - Cameroon, 20 avril 2018: www.ecoi.net/de/dokument/1430109.html.

L'OSAR est l'association faitière nationale des organisations suisses d'aide aux réfugiés. Neutre sur le plan politique et confessionnel, elle s'engage pour que la Suisse respecte ses engagements en matière de protection contre les persécutions conformément à la Convention de Genève relative au statut des réfugiés. Les activités de l'OSAR sont financées par des mandats de la Confédération et par des dons de particuliers, de fondations, de communes et de cantons.

Vous trouverez les publications de l'Organisation suisse d'aide aux réfugiés OSAR sur le Cameroun ainsi que sur d'autres pays d'origine de requérant-e-s d'asile sous www.osar.ch/pays-dorigine.

La newsletter de l'OSAR vous informe des nouvelles publications. Inscription sous www.osar.ch/newsletter.