

Kamerun: Zugang zu Gesundheitsversorgung und Sonderpädagogik

Schnellrecherche der SFH-Länderanalyse

Bern, 15. Februar 2019

Diese Recherche basiert auf Auskünften von Expertinnen und Experten und auf eigenen Recherchen. Entsprechend den COI-Standards verwendet die SFH öffentlich zugängliche Quellen. Lassen sich im zeitlich begrenzten Rahmen der Recherche keine Informationen finden, werden Expertinnen und Experten beigezogen. Die SFH dokumentiert ihre Quellen transparent und nachvollziehbar. Aus Gründen des Quellenschutzes können Kontaktpersonen anonymisiert werden.

Impressum

Herausgeberin
Schweizerische Flüchtlingshilfe SFH
Postfach, 3001 Bern
Tel. 031 370 75 75
Fax 031 370 75 00
E-Mail: info@fluechtlingshilfe.ch
Internet: www.fluechtlingshilfe.ch
Spendenkonto: PC 30-1085-7

Sprachversionen
Französisch, Deutsch

COPYRIGHT

© 2019 Schweizerische Flüchtlingshilfe SFH, Bern
Kopieren und Abdruck unter Quellenangabe erlaubt.

1 Einleitung

Einer Anfrage an die SFH-Länderanalyse sind die folgenden Fragen entnommen:

1. Hat ein Kind mit schweren neurologischen und Lungenerkrankungen Zugang zu regelmäßigen Behandlungen in Kamerun?
2. Gibt es in Kamerun für ein Kind mit deutlich verzögerter Entwicklung logopädische Therapien in einer Sonderschule?
3. Gibt es in Kamerun eine Krankenversicherung oder eine andere Art der staatlichen Unterstützung, welche die Kosten für medizinische Behandlungen und Medikamente übernimmt?

Die Informationen beruhen auf einer zeitlich begrenzten Recherche (Schnellrecherche) in öffentlich zugänglichen Dokumenten, die der SFH derzeit zur Verfügung stehen, sowie auf den Informationen von sachkundigen Kontaktpersonen.

2 Gesundheitssystem in Kamerun

Gesundheitssystem unterfinanziert und unter Druck, Gesundheitsausgaben betragen weniger als ein Prozent des BIP, private Haushalte als Hauptfinanzierungsquelle. Laut der *World Health Organisation* (WHO) ist das Gesundheitssystem in Kamerun in drei Ebenen unterteilt: eine operationelle (Distriktebene), eine intermediäre (technische Unterstützung) und eine zentrale Stufe (Strategieerarbeitung) (WHO, Mai 2018). Laut der *Bertelsmann Stiftung* steht dieses System unter Druck. Die öffentlichen Ausgaben für die Gesundheitsversorgung zählten zu den niedrigsten weltweit und würden lediglich 0,9 Prozent des BIP betragen. Dadurch seien die Gesundheitsdienstleistungen eingeschränkt (*Bertelsmann Stiftung*, 2018). Laut einem Bericht des *Gesundheitsministeriums* reicht der politische Wille nicht, um die Gesundheit in Kamerun zu einer Priorität zu machen. Das *Ministerium* schätzt, dass nur acht Prozent des Staatsbudgets dafür eingesetzt werden (*Republik Kamerun*, 11. Januar 2016). Laut dem *nationalen Statistikinstitut* (INS) schwankte dieser Anteil in den Jahren 2001 bis 2011 zwischen 4 und 5,2 Prozent (*Republik Kamerun*, 2016). Im Jahr 2001 unterzeichneten die Mitgliedsstaaten der Afrikanischen Union (UA), der auch Kamerun angehört, die *Erklärung von Abuja*. Darin verpflichteten sich die Staaten, mindestens 15 Prozent ihres Jahresbudgets für die Verbesserung des Gesundheitssektors einzusetzen. Die WHO stellt fest, dass das Gesundheitssystem in Kamerun stark unterfinanziert ist und es keine nationale Strategie für die Finanzierung des Gesundheitssektors gibt. Die Privathaushalte seien die Hauptfinanzierungsquelle (WHO, Mai 2018). Laut INS deckten die Direktzahlungen der Haushalte im Jahr 2011 51,4 Prozent der Gesundheitsausgaben. Der Rest wurde durch die Verwaltung (33,1 Prozent), Partner (12,2 Prozent) und NGOs, private Unternehmen und die freiwillige Krankenversicherung (3,3 Prozent) finanziert (*Republik Kamerun*, 2016).

Ineffizientes und korruptes Gesundheitssystem, das die Gesundheitsbedürfnisse eines Grossteils der Bevölkerung nicht deckt. Laut dem *Gesundheitsministerium* mangelt es dem Gesundheitssystem an Effizienz, wodurch es zu Doppelspurigkeiten beim Einsatz von Ressourcen kommt. Die durchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben betragen 2012 63 US-Dollar (63

CHF). Die damit erzielten Resultate ähnelten jedoch denen in Ländern, in denen nur zwischen 10 und 14 Dollar pro Einwohner_in ausgegeben wurden. Diese mangelnde Effizienz liege insbesondere an der weit verbreiteten Korruption (*Republik Kamerun*, 11. Januar 2016). Die *Bertelsmann Stiftung* stellt ebenfalls fest, dass das Gesundheitssystem besonders korrupt ist. Die Korruption reiche bis in die Staatsministerien hinein (*Bertelsmann Stiftung*, 2018). Laut WHO wird der Bedarf im Bereich der Gesundheitsversorgung und der Gesundheitsdienstleistungen nicht oder kaum erfüllt. Dies liege insbesondere an der schlechten Grund- und Zusatzversorgung. Ausserdem fehle es generell an Personal und darüber hinaus an gut ausgebildetem Personal. Dieses Problem würde noch verstärkt durch schlechtes Management, fehlende Rationalisierung, mangelnde Loyalität des Personals in schwierigen Regionen und fehlende Motivation (WHO, 2018). Laut INS lag im Jahr 2010 das Verhältnis von Gesundheitspersonal und Bevölkerung bei 0,63 pro 1000 Einwohner_innen. Im internationalen Durchschnitt liege dieses Verhältnis bei 2,3 (*Republik Kamerun*, 2016).

Ungleicher Zugang zur Gesundheitsversorgung aufgrund von mangelnder Ausstattung und deren ungleicher Verteilung. Baufällige und mangelhaft instandgehaltene Infrastruktur. Laut dem *Gesundheitsministerium* ist der Zugang zur Gesundheitsversorgung ungleich verteilt. Dieses Problem wird durch die fehlende allgemeine Gesundheitsversorgung noch verstärkt. Ausserdem gibt es grosse Unterschiede bei der Gesundheitsversorgung in den Regionen und Distrikten, in denen es keine ausreichende Infrastruktur gibt. Einige medizinische Einrichtungen, wie zum Beispiel Röntgenzentren, funktionieren nicht mehr, weil sie nicht instandgehalten wurden (*Republik Kamerun*, 11. Januar 2016). Laut INS ist der physische Zugang zur Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung unzureichend. Dies würde insbesondere an der ungleichen Verteilung der Infrastruktur und der medizinischen Ausstattung sowie an Veralterung und mangelhafter Instandhaltung liegen (*Republik Kamerun*, 2016).

Eingeschränkter Zugang zur Gesundheitsversorgung und zu Medikamenten aufgrund von Armut. Probleme bei der Versorgung mit essentiellen Medikamenten. Laut *France Info* ist der Zugang zur Gesundheitsversorgung und Medikamenten aufgrund von Armut eingeschränkt – mehr als ein Drittel der Bevölkerung lebt unterhalb der Armutsgrenze. Die hohen Medikamentenpreise führten dazu, dass die Menschen Medikamente auf der Strasse kaufen würden, wobei sie Qualitätsrisiken auf sich nehmen (*France Info*, 17. Dezember 2017). Abgesehen von grossen Lücken beim medizinischen Informationssystem leidet das Gesundheitssystem gemäss WHO auch an Versorgungsproblemen für essentielle Medikamente. Die Medikamentenqualität leide auch darunter, dass es keine unabhängige Kontrollstelle für den Pharmasektor gibt. Laut WHO werden 97 Prozent der Ausgaben im Gesundheitssektor in Form von Direktzahlungen durch Privathaushalte vor Ort geleistet (WHO, Mai 2018). Im Jahr 2016 schätzte das *Gesundheitsministerium* diesen Prozentsatz auf 95 Prozent (*Republik Kamerun*, 11. Juni 2016).

Kämpfe zwischen Sicherheitskräften und militanten anglophonen Separatisten im Südwesten des Landes schränken den Zugang zur Gesundheitsversorgung ein. Gemäss den Zahlen der UNO, die von der BBC zitiert wurden, führten die Kämpfe zwischen den Sicherheitskräften und den bewaffneten Separatisten im Südwesten des Landes seit 2017 zur Vertreibung von fast 437'000 Menschen in dieser Region. Weitere 32'000 seien ins Nachbarland Nigeria geflohen. Der Zugang zur Gesundheitsversorgung würde durch den Konflikt eingeschränkt, da die Gesundheitseinrichtungen aufgrund von Angriffen der anglophonen Separatisten

tisten, aber auch der Sicherheitskräfte schliessen müssten. Laut der BBC wurde am 11. Februar 2019 das Spital in der Stadt Kumba angezündet. Dabei seien vier Personen gestorben (BBC, 12. Februar 2019).

3 Zugang zur Gesundheitsversorgung durch Spezialist_innen (Neurologie, Logopädie/Sprachtherapie)

Gesundheitsversorgung durch Spezialist_innen ist teuer, medizinische Einrichtungen sind häufig unzureichend ausgestattet. Laut WHO ist spezialisierte medizinische Versorgung in Kamerun sehr teuer (WHO, Mai 2018). Laut dem *Gesundheitsministerium* gibt es zwar teilweise spezialisierte Gesundheitsdienste, doch sind diese schlecht ausgestattet. So könnten zum Beispiel chronische Lungenkrankheiten in Spitälern der ersten und zweiten Kategorie im Prinzip behandelt werden, doch würde es in den meisten Fällen an Ausstattung oder Medikamenten fehlen (*Republik Kamerun*, 11. Januar 2016). Gemäss den auf der Website des *Gesundheitsministeriums* zugänglichen Zahlen gibt es insgesamt 626 medizinische Spezialist_innen in Kamerun. Davon sind 63 Kinderärzt_innen, elf Pneumolog_innen, 15 Neurolog_innen und ein einziger Kinderarzt, der auf Neurologie spezialisiert ist (*Gesundheitsministerium*, undatiert).

Sehr wenige Neurolog_innen in Kamerun. Laut der spanischen Neurologin *Esther Cubo* kommt in den meisten Ländern Sub-Sahara Afrikas weniger als ein_e Neurologe/in auf eine Million Einwohner_innen. Ausserdem fehle es auch an qualifiziertem medizinischem Personal (*Esther Cubo et al.*, 24. Januar 2017). Professor *Amadou Gallo Diop*, Chef der Neurologie-Abteilung im *Universitätsspital Fann* in Senegal, bestätigte diese Zahl in einem Artikel des *Journal du Cameroun*. Er sagte, der WHO-Standard sei ein_e Spezialist_in pro 50'000 Einwohner_innen (*Journal du Cameroun*, 26. Juli 2018). Laut der E-Mail-Auskunft einer *Kontaktperson der SFH, die in der Neurologie-Abteilung eines Spitals in Yaoundé arbeitet* (*Kontaktperson A*), vom 2. Februar 2019 gibt es in Kamerun aktuell fünf Kinderärzte/innen, die auf Neurologie spezialisiert sind. Vier von ihnen arbeiten in Yaoundé und eine_r in Douala. Nur eine_r arbeite ausschliesslich privat, die anderen vier arbeiten im öffentlichen Sektor und in Teilzeit privat. Eine Beratung koste zwischen 3300 CFA-Francs in einem öffentlichen Spital und 16'400 CFA-Francs in einer Privatpraxis (zwischen 5.60 und 28 CHF)¹.

Rudimentäre Einrichtungen zur Versorgung von Kindern. Durchschnittlich zwei Monate Wartezeit für einen Beratungstermin. Laut der *Kontaktperson A* gibt es bis jetzt für Kinder mit neurologischen Problemen nur rudimentäre Behandlungseinrichtungen. Die Wartezeit für einen Termin liege in der Regel bei zwei Monaten.

Nur zwischen zwei und fünf Logopäd_innen/Sprachtherapeut_innen in Kamerun. Keine Logopädie/Sprachtherapie im öffentlichen Sektor. Wartezeiten bis zu sechs Monaten. Laut *Lilly Tchoungui Oyon*, Logopädin und Forscherin an der *Universität Cape Town*, sind die Möglichkeiten zur Behandlung von Entwicklungsverzögerungen, insbesondere im Sprachbereich, in Kamerun sehr beschränkt. Es gebe nur drei Logopäd_innen/Sprachtherapeut_innen

¹ Wechselkurs vom 15. Februar 2019.

im Land, die alle im privaten Sektor arbeiten. Im öffentlichen Sektor gebe es diese spezialisierten Behandlungsmöglichkeiten nicht. Kinder, die eine solche Behandlung benötigen, erhalten sie also nicht, da es entweder keine Behandlungsmöglichkeiten gibt oder sie finanziell oder geografisch nicht zugänglich sind. Ausserdem gebe es keine Universitätsausbildung im Bereich der Logopädie/Sprachtherapie in Kamerun (*Lilly Tchoungui Oyono*, Mai 2018). Laut der E-Mail-Auskunft einer *Kontaktperson der SFH, die als Logopäd_in/Sprachtherapeut_in in Kamerun arbeitet (Kontaktperson B)*, vom 6. Februar 2019 arbeiten im Moment drei Logopäd_innen/Sprachtherapeut_innen im Land, zwei in Yaoundé und eine in Douala. Sie arbeiten alle im privaten Sektor. Laut dieser Quelle muss man für eine logopädische Abklärung mit 30'000 bis 250'000 CFA-Francs (52 bis 433 CHF) rechnen. Die Wartezeit für eine logopädische Konsultation betrage im Durchschnitt sechs Monate. Laut der E-Mail-Auskunft einer *Kontaktperson der SFH, die als Sprachtherapeutin in Douala arbeitet (Kontaktperson C)*, vom 10. Februar 2019 gibt es in Kamerun fünf Sprachtherapeut_innen, die alle im privaten Sektor arbeiten. Die Kosten für eine Konsultation mit Evaluation liege bei 30'000 CFA-Francs (52 CHF), für eine einfache Untersuchung müsse man mit 10'000 CFA-Francs (17 CHF) rechnen.

Sehr wenige Sonderschulen, die Kinder mit neuromotorischen Schwierigkeiten aufnehmen. Laut der *Kontaktperson B* gibt es nur eine öffentliche Sonderschule, die Kinder mit neuromotorischen Schwierigkeiten aufnimmt. Es handelt sich hierbei um das *Centre de réhabilitation des handicapés* in Yaoundé. Laut dieser *Kontaktperson* ist dieses Zentrum veraltet, und es fehle an Ausstattungen und Materialien. Weiter gebe es drei spezialisierte Privatschulen in Yaoundé und Douala, sie seien aber nicht auf Kinder mit neuromotorischen Schwierigkeiten spezialisiert. Die jährlichen Kosten für diese Schulen würden zwischen 400'000 und 3 Millionen CFA-Francs (zwischen 692 und 5190 CHF) liegen.

4 Sozialversicherung und Krankenversicherung

Nur zwischen sieben und zehn Prozent der Bevölkerung sind durch die öffentliche Sozialversicherung versichert. Diese bietet nur eine sehr beschränkte Deckung. Gemäss dem letzten Bericht der *Bertelsmann Stiftung* gibt es nur wenige Massnahmen zur Verringerung der sozialen Risiken. Das öffentliche Sozialversicherungssystem, die *Caisse nationale de prévoyance sociale* (CNPS), decke nur zehn Prozent der Bevölkerung ab – dabei handele es sich um die Personen, die im formalen Sektor arbeiten. Viele Bürger_innen könnten ihre Risiken nur durch die Familienstrukturen, die Kirchen und andere Solidaritätsnetzwerke abfedern. Diese Netzwerke würden auch von denjenigen genutzt, die über die CNPS versichert sind, da diese nur eine begrenzte Absicherung biete. Es existiere ein neues Versicherungssystem der CNPS, das für den informellen Sektor einen freiwilligen Versicherungsplan anbiete. Damit konnten sich bis heute 110'000 Personen versichern (*Bertelsmann Stiftung*, 2018). Laut ILO sind nur Angestellte des privaten Sektors, für den der *Code du travail* gilt, über die CNPS versichert. Im Jahr 2011 seien nur 580'200 Personen, oder weniger als sieben Prozent der Gesamtbevölkerung von damals 8,4 Millionen, über die CNPS versichert gewesen (ILO, 2014).

Keine staatliche Unterstützung für die Ärmsten zur Deckung der Gesundheitskosten. Nur zwei bis drei Prozent der Bevölkerung sind durch eine Krankenversicherung versichert. Gemäss ILO existiert kein Krankenversicherungssystem für die gesamte Bevölkerung.

Nur für Angestellte im strukturierten privaten Sektor sowie für Beamte und ihre Familien wird die medizinische Versorgung übernommen. Es gebe einige Zusatzkrankenversicherungen (2009 waren es 158), aber diese deckten nur zwei Prozent der Bevölkerung ab (ILO, 2014). Laut *Jean Colbert Awomo Ndongo*, einem kamerunischen Forscher, ist es schwierig, die genaue Anzahl der Versicherten zu kennen, aber es seien wahrscheinlich um die drei Prozent. Der Grossteil der ländlichen Bevölkerung und des städtischen informellen Sektors sei davon weitgehend ausgeschlossen (*Jean Colbert Awomo Ndongo*, 2015). Laut *Georges Djandja*, dem Chef eines Versicherungsunternehmens in Yaoundé, der von der Informationswebsite *Camer.be* befragt wurde, sei der Hauptgrund für die niedrigen Versichertenzahlen in Kamerun die Armut. Die Mehrheit der Bevölkerung habe nicht genug Kaufkraft, um sich eine private Versicherung leisten zu können. Man müsse mit mindestens 350'000 CFA-Francs (605 CHF) jährlich für eine private Versicherung rechnen. Viele wüssten auch gar nicht, dass sie private Krankenversicherungen abschliessen könnten (*Camer*, 9. Februar 2017). Laut der E-Mail-Auskunft der *Kontaktperson A* erhalten selbst die ärmsten Patient_innen keinerlei finanzielle Unterstützung vom Staat.

Seit 2017 wird in Kamerun ein Projekt zur allgemeinen Krankenversicherung diskutiert. Für dieses Projekt würde der Staat 2,2 Milliarden Schweizer Franken benötigen. Laut *France Info* diskutieren die Behörden seit 2017 erneut über ein Projekt zur allgemeinen Krankenversicherung, um eine allgemeine Gesundheitsversorgung (*couverture sanitaire universelle* – CSU) zu erreichen. Laut dem Gesundheitsminister *André Mama Fouda* müsste der Staat für dieses Projekt, das insbesondere die Gesundheitsversorgung für Mütter und Kinder gewährleisten soll, 1300 Milliarden CFA-Francs (2.2 Milliarden CHF) aufreiben (*France Info*, 17. Dezember 2017). Laut *Tribune Afrique* würde die CSU die Grundversorgung sowie 185 Eingriffe und 101 Teil-Eingriffe abdecken und würde unter anderem durch Vorauszahlungen der Bevölkerung finanziert werden (*Tribune Afrique*, 16. Dezember 2017). *France Info* erinnert daran, dass im Jahr 2006 ein ähnlicher Versuch zur Einführung einer allgemeinen Krankenversicherung gescheitert war (*France Info*, 17. Dezember 2017).

5 Sozio-ökonomische Lage und durchschnittliches Monatseinkommen

Verschlechterung der wirtschaftlichen Lage seit 2014, wodurch sich die Armutsrate erhöht hat. Mehr als ein Drittel der Bevölkerung lebt unterhalb der extremen Armutsgrenze. Laut einem Bericht der *International Crisis Group* (ICG) hat sich die wirtschaftliche Lage seit 2014 verschlechtert. Gemäss den Zahlen der *Weltbank*, die von der ICG zitiert werden, gab es 2017 ein Wachstum von 3,2 Prozent, im Vergleich zu 5,7 Prozent in 2015. Laut ICG schätzt das *nationale Statistikinstitut* (INS), dass ein Wachstum von 7 Prozent nötig wäre, um die extreme Armut zu verringern. Der Anstieg der Armut verstärke die soziale Unzufriedenheit und erhöht laut ICG die Gefahr eines allgemeinen Gewaltausbruchs, wie es ihn im Februar 2008 gab. Gemäss den Zahlen des INS stieg die Armutsrate zwischen 2010 und 2016 von 29 auf 37,5 Prozent. Laut den Ökonom_innen und Statistiker_innen, die von ICG befragt wurden, unterschätzen diese Zahlen aber das Ausmass der Armut und würden vielmehr die Rate der extremen Armut wiedergeben, das heisst den Anteil der Personen, die von weniger als 1.5 US-Dollar pro Tag leben (ICG, 3. Oktober 2018). Laut der *Bertelsmann Stiftung* gehörte Kamerun 2014 mit einem Bruttoinlandsprodukt von 1429 Dollar pro Kopf zu den

Ländern mit niedrigem mittlerem Einkommen. Die sozialen Indikatoren seien aber eher charakteristisch für ein Land mit niedrigem Einkommen. So liege zum Beispiel die Lebenserwartung bei nur 54 Jahren, und 43,5 Prozent der Bevölkerung lebten unterhalb der Armutsgrenze von drei US-Dollar pro Tag. Kamerun liegt gemäss dem *Human Development Index* (HDI) auf dem 153. Platz von 188 Ländern und wird als Land mit schwacher menschlicher Entwicklung eingestuft. In den letzten Jahren hätte es sehr wenige Fortschritte in diesem Bereich gegeben, und die Fortschritte bei der Armutsreduzierung seien durch das Bevölkerungswachstum von 2,5 Prozent wieder zunichte gemacht worden. Deshalb habe sich die Zahl der Armen zwischen 2007 und 2014 um 12 Prozent erhöht und liege nun bei 8,1 Millionen Menschen (*Bertelsmann Stiftung*, 2018). Laut der *Internationalen Arbeitsorganisation* (ILO) lag das Pro-Kopf-Einkommen im Jahr 2014 bei 240 US-Dollar (240 CHF). Damit lag Kamerun im unteren Bereich der Kategorie des mittleren Volkseinkommens. Im Jahr 2007 lebte fast die Hälfte der Bevölkerung von weniger als 738 CFA-Francs (1.30 CHF) pro Tag.

2012 lag das durchschnittliche Monatseinkommen bei 36'000 CFA-Francs (62 CHF), aber es gab grosse Einkommensunterschiede. Laut dem letzten Bericht des *US-Aussenministeriums* (USDOS) liegt der Mindestlohn in allen Sektoren bei 36'270 CFA-Francs (63 CHF) pro Monat. In Wirklichkeit bezahlten die Arbeitgebenden aber häufig weniger als den Mindestlohn, wobei sie die hohe Arbeitslosenrate im Land ausnützen würden. Auch im öffentlichen Sektor sowie im Hausarbeitssektor würden oft niedrigere Löhne bezahlt (USDOS, 20. April 2018). Laut der Informationswebsite *Cameroun24*, die eine durch das *Institut National de la Statistique* (INS) veröffentlichte Studie zur Beschäftigung und zum informellen Sektor in Kamerun zitiert, arbeiten von den neun Millionen Berufstätigen acht Millionen im informellen Sektor. Mehr als die Hälfte von ihnen arbeiten im informellen Agrarsektor. 2012 habe der durchschnittliche Monatslohn landesweit bei ungefähr 36'000 CFA-Francs (62 CHF) gelegen. Es gebe allerdings grosse Unterschiede bei den durchschnittlichen Monatslöhnen: Im informellen Agrarsektor würde er bei 13'800 CFA-Francs (24 CHF) liegen, in der öffentlichen Verwaltung dagegen bei 145'400 CFA-Francs (252 CHF) (*Cameroun24*, 28. Mai 2012).

6 Quellen

BBC, 12. Februar 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. Quelle: BBC, Un hôpital attaqué dans la zone anglophone du Cameroun, 12. Februar 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. » Quelle: Bertelsmann Stiftung, Cameroon Country Report, 2018, S. 14, 20: www.ecoi.net/en/file/local/1427402/488294_en.pdf.

Camer, 9. Februar 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 Kuate, 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 ».» Quelle: Camer, Cameroun: L'assurance maladie, une affaire d'élite, 9. Februar 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. » Quelle: 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. Januar 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.» Quelle: Esther Cubo et al.,

The Burden of Movement Disorders in Cameroon: A Rural and Urban-Based Inpatient/Outpatient Study, 24. Januar 2017: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/mdc3.12474>.

France Info, 17. Dezember 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 Fouda. 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 Fouda. 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.» Quelle: France Info, Le Cameroun veut se doter d'une couverture santé universelle, 17. Dezember 2017: www.francetvinfo.fr/monde/afrique/societe-africaine/le-cameroun-veut-se-doter-dune-couverture-sante-universelle_3059649.html.

IGC, 3. Oktober 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.» Quelle: International Crisis Group (ICG), Cameroon: Divisions Widen Ahead of Presidential Vote, 3. Oktober 2018, S. 6:
www.ecoi.net/en/file/local/1445253/5351_1538669248_b142-cameroon-divisions-widen.pdf.

ILO/Republik Kamerun, 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 salaire 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.» Quelle: International Labour Organisation (ILO)/Republik Kamerun, Réalisation des garanties du Socle de Protection sociale au Cameroun, 2014, S. 10-15:

www.social-protection.org/gimi/gess/RessourcePDF.action?ressource.ressourcelid=46957.

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.»** Quelle: Jean Colbert Awomo Ndongo, Émergence des mutuelles de santé au Cameroun, 2015, S. 24:

www.erudit.org/fr/revues/recma/2015-n336-recma01831/1030158ar.pdf.

Journal du Cameroun, 26. Juli 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.» Quelle: Journal du Cameroun, One neurologist for 1 million Africans – scholar, 26. Juli 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.» Quelle: Lilly Tchoungui Oyono et al., The Prevalence of Speech and Language Disorders in French-Speaking Preschool Children From Yaoundé (Cameroon), Mai 2018, S. 1239, 1246: https://pubs.asha.org/doi/pdf/10.1044/2018_JSLHR-L-16-0400.

Republik Kamerun, ohne Datum (zuletzt abgerufen am 31. Januar 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

Quelle: Republik Kamerun/Gesundheitsministerium, Effectifs en termes de médecins spécialistes au Cameroun, ohne Datum (zuletzt abgerufen am 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=

Republik Kamerun, 11. Januar 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.» Quelle: Republik Kamerun/Gesundheitsministerium, Stratégie sectorielle de santé 2016-2027, 11. Januar 2016, S. xvi-xvii:
www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/planning_cycle_repository/cameroon/cameroon_-_sss_validee_par_le_ccss_5_janvier.pdf.

Republik Kamerun, 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 Élargie 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 consécutive 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. » Quelle: Republik Kamerun/Institut national de la statistique, Annuaire statistique du Cameroun 2015, 2016, S. 121-122: www.stat.cm/downloads/2016/annuaire2016/CHAPITRE7_SANTE.pdf.

Tribune Afrique, 16. Dezember 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'oto-rhinolaryngologie, 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.» Quelle: La Tribune Afrique, Le Cameroun devra mobiliser 1.300 milliards Fcfa pour la couverture santé universelle, 16. Dezember 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. April 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.» Quelle: US Department of State (USDOS), Country Report on Human Rights Practices 2017 - Cameroon, 20. April 2018: www.ecoi.net/de/dokument/1430109.html.

WHO, 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.» Quelle: World Health Organisation (WHO), Cameroun: Stratégie de coopération, un aperçu, mai 2018: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/137093/ccsbrief_cmr_fr.pdf;jsessionid=1E67537E18EB284DFB792E5A74138D75?sequence=1.

Die Schweizerische Flüchtlingshilfe SFH setzt sich dafür ein, dass die Schweiz das in der Genfer Flüchtlingskonvention festgehaltene Recht auf Schutz vor Verfolgung einhält. Die SFH ist der parteipolitisch und konfessionell unabhängige nationale Dachverband der Flüchtlingshilfe-Organisationen. Ihre Arbeit finanziert sie durch Mandate des Bundes sowie über freiwillige Unterstützungen durch Privatpersonen, Stiftungen, Kantone und Gemeinden.

SFH-Publikationen zu Kamerun und anderen Herkunftsländern von Asylsuchenden finden Sie unter www.fluechtlingshilfe.ch/herkunftslaender.

Der SFH-Newsletter informiert Sie über aktuelle Publikationen. Anmeldung unter www.fluechtlingshilfe.ch/newsletter.