
Version préliminaire

CAMEROUN

**ÉTUDE DIAGNOSTIQUE DES DISPOSITIFS DE
PROTECTION SOCIALE EXISTANTS ET IDENTIFICATION
DES ESPACES POSSIBLES EN VUE DE L'IMPLANTATION
D'UN SOCLE DE PROTECTION SOCIALE AU CAMEROUN**

**Département de la sécurité sociale
Bureau international du Travail – Genève
Août 2011**

SIGLES ET ABBREVIATIONS

BAD	: Banque Africaine de Développement
BIT	: Bureau International du Travail
CADBE	: Charte Africaine des Droits et du Bien Etre de l'Enfant
CAPP	: Centre d'Approvisionnement en Produits Pharmaceutiques
CDE	: Convention relative aux Droits de l'Enfant
CEDEF	: Convention sur l'Elimination de toutes les formes de Discrimination à l'Egard des Femmes
CENAME	: Centrale d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels
CJA	: Centre de Jeunesse et d'Animation
CNPS	: Caisse National de Prévoyance Sociale
COGE	: Comité de Gestion
CONAC	: Commission Nationale Anti Corruption
COSA	: Comité de Santé
COSADI	: Comité de Santé de District
CPF	: Centre de Promotion de la Femme
CPFF	: Centre de Promotion de la Femme et de la Famille
CPN	: Consultation Périnatale
CS	: Centre de Santé
CS/CMA/CSI	: Centre de Santé/ Centre Médical d'Arrondissement/Centre de Santé Intégré
DS	: District de Santé
DSCE	: Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi
DSRP	: Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
EBMSP	: Enfants ayant Besoin de Mesures Spéciales de Protection
ECAM	: Troisième Enquête Camerounaise Auprès des Ménages
ECL	: Enfants en Conflit avec la Loi
EDR	: Enfant de la rue
EDS	: Enquête Démographique et de Santé
EESI	: Enquête sur l'Emploi et le Secteur Informel
ELECAM	: Elections Cameroon
EVTR	: Enfants Vivant et/ou Travaillant dans la Rue
FOSA	: Formation Sanitaire
GIZ	: Coopération Internationale Allemande
GTZ	: Coopération Technique Allemande
ha	: Hectare
INS	: Institut National de la Statistique
ISF	: Indice Synthétique de Fécondité
IST	: Infections Sexuellement Transmissibles
Km ²	: Kilomètre carré
MICS	: Multiple Indicators Cluster Survey (Enquête par grappes à Indicateurs Multiples)
MINADER	: Ministère du développement Rural

MINAS	: Ministère des Affaires Sociales
MINATD	: Ministère de l'Administration Territoriale et de la Décentralisation
MINDUB	: Ministère de l'Education de Base
MINEDUB	: Ministère de l'Education de Base
MINEPAT	: Ministère de l'Economie, la Planification et l'Aménagement du territoire
MINFI	: Ministère des Finances
MINJEUN	: Ministère de la Jeunesse
MINSANTE	: Ministère de la santé Publique
MINTSS	: Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale
OIT	: Organisation Mondiale de la Santé
OMD	: Objectif de Développement du Millénaire
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
PAM	: Programme Alimentaire Mondial
PIAASI	: Programme d'Appui aux acteurs du Secteur Informel
PNG	: Programme National de Gouvernance
PNUD	: Programme des Nations Unies pour le Développement
PSFE	: Programme Sectoriel Forêt Environnement
PSFE	: Programme du Secteur Forêt et Environnement
SMIG	: Salaire Minimum Interprofessionnel Garantie
SPS	: Socle de Protection Social
SSE	: Stratégie Sectorielle de l'Education
SSP	: Soins de Santé Primaires
UNICEF	: Organisation des Nations Unies pour l'Enfance
ZEP	: Zone d'Education Prioritaire

SOMMAIRE

Résumé exécutif.....	6
Introduction	7
<i>Chapitre 1 : Contexte et approche méthodologique</i>	9
I. Justification de l'étude	9
II. Champ global de l'étude	10
III. But et objectif de l'étude	10
IV. Méthodologie	11
1) Exigences liées à l'implantation du socle de protection sociale	11
2) Démarche méthodologique.....	11
3) Outil d'analyse des données.....	12
V. Contraintes et limites de l'étude	13
<i>Chapitre 2 : Cadre légal du système de protection social au Cameroun</i>	15
I. Vision stratégique du gouvernement Camerounais	15
II. Cadre géographique et socio-économique	16
1) géographie.....	16
2) Population	17
3) Situation de la pauvreté	19
III. Cadre politique de la protection sociale	19
IV. Structure et organisation de la protection sociale	20
1) les régimes de sécurité sociale geres par la CNPS	21
2) La protection sociales des agents de l'Etat et assimilés	23
3) La protection des groupes spécifiques vulnérables.....	24
4) L'action sociale	25
5) L'économie solidaire.....	25
V. L'initiative pour un socle de protection sociale au Cameroun	26
<i>Chapitre 3 : Résultats de l'inventaire des dispositifs existants du socle de protection sociale au Cameroun</i>	27
I. Protection sociale de la sante : interventions, programmes et modes de financement	27
1) Généralités	27
2) interventions	29
3) Les programmes de protection sociale du secteur santé.....	30
4) La problématique des mutuelles de santé	30
5) Financement.....	32
II. Sécurité du revenu : Secteurs social, rural et education	34

1) au plan social et rural	34
2) au plan de l'éducation	35
3) Programmes de protection sociale du secteur Education.....	37
III. Matrice diagnostic du SPS au Cameroun	38
<i>Chapitre 4 : Eléments d'évaluation des couts des composantes d'un socle de protection sociale</i>	<i>1</i>
I. Données économiques.....	1
II. Dépenses publiques de protection sociale	1
<i>Conclusion et recommandations</i>	<i>5</i>
ANNEXES	6
ANNEXE 1 Articulation des objectifs généraux et spécifiques de la vision de développement du Cameroun	
ANNEXE 2 Situation des allocations et exécution du budget de 1994 à 2006	
ANNEXE 3 Nomenclature de la SSS? 2001-2015, Volet des Interventions de Prestation des Services et Soins de Santé	
Bibliographie	17

L'initiative pour un Socle de protection sociale s'inscrit dans le programme d'Unité d'action des Nations Unies menée conjointement par l'OIT et l'OMS. Cette initiative aide les pays à planifier et mettre en œuvre durablement des mécanismes de transferts sociaux et des services sociaux essentiels.

Le socle de protection sociale vise à garantir l'accès à des paniers de biens, de services et de transferts de revenus essentiels définis à l'échelon national, pour que les gens ne connaissent pas la faim et ne souffrent pas de maladies que l'on peut soigner, ne restent pas sans éducation, ne soient pas réduits à boire de l'eau insalubre ou de rester sans logis. Ceci repose sur l'idée simple que les personnes qui ont accès à un ensemble de biens, services et transferts de base peuvent se hisser hors de la pauvreté ou de la précarité, et peuvent participer plus productivement aux économies.

Les droits aux biens et services correspondent à des transferts en nature. Ils complètent ou remplacent complètement, ou en partie, les transferts en espèces. Par exemple, l'accès universel à l'eau salubre peut être mis à la disposition de tous en fournissant de l'eau gratuitement, ou bien en donnant aux personnes les moyens financiers d'acheter le volume nécessaire d'eau.

Le socle de protection sociale promeut la sécurité des revenus moyennant un ensemble de garanties qui visent une situation où :

- «Tous les résidents ont accès à un ensemble de services sanitaires essentiels abordables définis nationalement »;
- «Tous les enfants jouissent d'une sécurité de revenus par les transferts en espèces ou en nature, au moins au même niveau du seuil national de pauvreté, assurant l'accès à l'alimentation, l'éducation et les soins »;
- « Toute personne active, qui n'est pas en mesure (pour des raisons de chômage, sous-emploi ou maladie) ou qui ne devrait pas (en cas de maternité) gagner des revenus suffisants sur le marché du travail, doit bénéficier d'une sécurité de revenus minimale par le truchement de programmes de transferts sociaux en espèces ou en nature, ou de programmes de garantie d'emploi »;
- « Tous les résidents à l'âge de la retraite et/ou handicapés jouissent d'une sécurité de revenus au moins égale au niveau du seuil officiel de pauvreté grâce à un régime de pensions de retraite et d'incapacité de travail, ou à des transferts en nature ».

L'inventaire des dispositifs de protection sociale au Cameroun a montré que :

- Le cadre politique et législatif du Cameroun met l'accent sur la mise en place d'un socle de protection sociale pour les populations les plus vulnérables.
- Les programmes axés sur le socle de protection sociale sont déjà mis en œuvre.

Cependant, on note une faible articulation et cohérence entre les différents programmes, et leur impact reste très faible.

INTRODUCTION

Les premières initiatives de protection sociale naissent en Europe vers la fin du 19^{ème} siècle en pleine révolution industrielle. Elles se formalisent véritablement vers les années 1950 mais restent encore circonscrites aux pays développés. Elles visent à restaurer la justice sociale, la dignité, la solidarité et la protection des droits inaliénables de l'homme.

La constitution tout comme la déclaration universelle des droits de l'homme donne une véritable place à la protection sociale. La déclaration universelle des droits de l'homme stipule dans son Article 25 que (1) toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et celui de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté. (2) La maternité et l'enfance ont droit à une aide et à une assistance spéciale. Tous les enfants, qu'ils soient nés dans le mariage ou hors mariage, jouissent de la même protection sociale.

L'Initiative pour un Socle de Protection Sociale s'inscrit dans le programme d'Unité d'action des Nations Unies menée conjointement par l'OIT et de l'OMS. Cette initiative aide les pays à planifier et mettre en œuvre durablement des mécanismes de transferts sociaux et des services sociaux essentiels.

Le socle de protection sociale vise à garantir l'accès à des paniers de biens, de services et de transferts de revenus essentiels définis à l'échelon national, pour que les gens ne connaissent pas la faim et ne souffrent pas de maladies que l'on peut soigner, ne restent pas sans éducation, ne soient pas réduits à boire de l'eau insalubre ou de rester sans logis. Ceci repose sur l'idée simple que les personnes qui ont accès à un ensemble de biens, services et transferts de base peuvent se hisser hors de la pauvreté ou de la précarité, et peuvent participer plus productivement aux économies.

Les droits aux biens et services correspondent à des transferts en nature. Ils complètent ou remplacent complètement, ou en partie, les transferts en espèces. Par exemple, l'accès universel à l'eau salubre peut être mis à la disposition de tous en fournissant de l'eau gratuitement, ou bien en donnant aux personnes les moyens financiers d'acheter le volume nécessaire d'eau.

Le socle de protection sociale promeut la sécurité des revenus moyennant un ensemble de garanties qui visent une situation où :

- « Tous les résidents ont accès à un ensemble de services sanitaires essentiels abordables définis nationalement »;
- « Tous les enfants jouissent d'une sécurité de revenu par les transferts en espèces ou en nature, au moins au même niveau du seuil national de pauvreté, assurant l'accès à l'alimentation, l'éducation et les soins »;
- « Toute personne active, qui n'est pas en mesure (pour des raisons de chômage, sous-emploi ou maladie) ou qui ne devrait pas (en cas de maternité) gagner un revenu suffisant sur le marché du travail, doit bénéficier d'une sécurité de revenu minimale par le truchement de programmes de transferts sociaux en espèces ou en nature, ou de programmes de garantie d'emploi »;
- « Tous les résidents à l'âge de la retraite et/ou handicapés jouissent d'une sécurité de revenu au moins égale au niveau du seuil officiel de pauvreté grâce à un régime de pensions de retraite et d'incapacité de travail, ou à des transferts en nature ».

Le terme « **garanties** » implique également que l'accès aux prestations soit garanti par des droits juridiquement reconnus, et que cela soit axé sur le résultat tout en laissant un maximum de souplesse pour s'adapter au contexte national. Le niveau de prestations et la population couverte par chaque garantie doivent être définis en tenant compte des circonstances nationales, pour autant les niveaux de prestations et combinaisons de transferts en espèces et en nature ne doivent pas tomber en dessous d'un seuil minimum qui assure l'accès au panier de denrées alimentaires et autres biens et services essentiels.

Les transferts peuvent s'organiser sous la forme de **prestations universelles** (comme les plans de retraite universels financés par l'impôt ou des services universels de santé publique), de **régimes d'assurance sociale** avec couverture complète de la population (qui peuvent correspondre à une couverture d'assurance subventionnée pour certains groupes de population), ou une combinaison de tout cela. Ils peuvent être sous condition ou sans condition, organisés comme des régimes d'assistance sociale qui garantissent l'accès à la sécurité du revenu et aux soins seulement à ceux qui ne bénéficient d'aucune autre forme de couverture de risque. L'important est que toute personne ayant besoin de transferts ou services de santé puisse avoir recours aux transferts de fonds ou en nature et ne soit pas mise en situation où elle serait exclue d'une couverture dans les faits.

CHAPITRE 1 : CONTEXTE ET APPROCHE METHODOLOGIQUE

I JUSTIFICATION DE L'ETUDE

En combinaison avec les mesures spécifiques de promotion de l'emploi, le document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi (2010-2020), adopté par le Gouvernement du Cameroun, intègre le développement humain parmi les facteurs déterminants de soutien à la croissance économique. Pour valoriser progressivement le capital humain, le DSCE, prévoit d'améliorer l'offre de services sociaux de base, en poursuivant les investissements en matière de santé, d'éducation et de formation professionnelle, tout en accordant une attention particulières aux jeunes, aux femmes et aux groupes socialement vulnérables.

Pour ce qui est de l'accès à la Protection sociale, le Gouvernement du Cameroun a lancé, dès fin 2008, des travaux visant la modernisation de son système de sécurité sociale, par la préparation de textes de lois portant sur la création de nouveaux régimes et l'extension de la couverture de la protection sociale aux populations de l'économie informelle et du secteur rural. Dans le cadre de cet objectif d'extension, une convention a récemment été signée entre la Caisse nationale de prévoyance sociale (CNPS), le Ministère des Transports, et les Organisations Syndicales du Secteur des Transports Routiers. L'objectif de cette convention est de prévenir la précarité des travailleurs de ce secteur d'activité par une couverture sociale dans le régime géré par la CNPS. Par ailleurs, le mécanisme de la solidarité nationale, mis en exergue dans le DSCE, pour la protection sociale des catégories les plus vulnérables est totalement en phase avec les recommandations de la Déclaration de Yaoundé pour la mise en œuvre du socle de protection sociale, adoptées par les mandants du BIT lors du 2^{ème} Colloque Africain sur le Travail Décent, organisé au Cameroun, en octobre 2010.

Afin de traduire en pratique l'objectif qui consiste à assurer à tous la sécurité du revenu, y compris une protection financière en cas de dépenses de santé extraordinaires, ainsi que l'accès aux services de santé, l'OIT, tout en reconnaissant que de nombreux pays à revenu moyen ou faible sont soumis à des contraintes financières strictes, leur recommande de commencer par viser à mettre en place un ensemble élémentaire et modeste de garanties de sécurité sociale, appelé « Socle de protection sociale ».

En résumé, ledit Socle de protection sociale est composé des principaux éléments suivants :

- tous les résidents disposent de la protection financière nécessaire pour pouvoir s'offrir et recevoir concrètement un ensemble, défini à l'échelon national, de services de soins de santé essentiels – à noter que c'est, en dernier recours, l'Etat qui est responsable d'assurer l'adéquation des dispositifs de financement et de prestations (généralement) pluriels;
- tous les enfants ont la sécurité du revenu, du moins en deçà d'un seuil de pauvreté défini à l'échelon national, grâce à des allocations familiales ou autres prestations destinées à leur faciliter l'accès à l'alimentation, à l'instruction et aux soins;

- toutes les personnes appartenant à des groupes d'âge actif qui sont incapables de gagner un revenu suffisant sur le marché du travail devraient jouir d'une sécurité de revenu minimal grâce à des régimes d'aide sociale ou de transferts sociaux (tels que des régimes de transfert de revenus pour les femmes au cours des dernières semaines de grossesse ou des semaines suivant l'accouchement) ou encore à des régimes de garantie d'emploi;
- tous les résidents âgés ou handicapés ont la sécurité du revenu, du moins en deçà d'un seuil de pauvreté défini à l'échelon national, grâce à des pensions de vieillesse ou d'invalidité.

L'ensemble de quatre garanties de sécurité sociale de base décrit plus haut exclut explicitement toute formule unique et offre une grande souplesse, à l'échelle nationale, quant à la forme concrète des prestations aptes à fournir ces garanties.

Enfin, même s'il est impossible de mettre en œuvre simultanément l'ensemble des garanties de sécurité sociale, il demeure nécessaire d'adopter l'ensemble des quatre garanties en tant qu'objectif général, quitte à ce que sa mise en œuvre soit graduelle.

La modélisation peut aider à évaluer les coûts et les implications budgétaires de différents scénarii de prestations.

II CHAMP GLOBAL DE L'ETUDE

Cette étude couvre un ensemble de tâches qui participe à ce processus. Le cadre de référence du socle de protection sociale est utilisé pour décrire les systèmes existants en place pour chacune des quatre garanties de base mentionnées ci-dessus et sur la base de l'état des lieux des programmes existants, d'identifier les lacunes tant au niveau des dispositions légales que de leur mise en œuvre. Cette évaluation permet de formuler des recommandations pour la conception et l'application des dispositions de protection sociale pour atteindre (au moins) le Socle de protection sociale pour toute la population. Cette évaluation devrait être complétée par un exercice rapide d'estimation des coûts associés à l'introduction de ces dispositions supplémentaires de protection sociale.

III BUT ET OBJECTIF DE L'ETUDE

Le but visé par cette étude est de faire un inventaire détaillé des dispositifs de protection sociale existants et de procéder à une collecte de données de différentes sources, d'identifier les lacunes entre les dispositions existantes et le socle de protection sociale et les potentialités d'extension. L'état des lieux de l'existant recouvre l'identification des programmes existants, les populations couvertes, les prestations octroyées (nature de la prestation et niveau), le coût des programmes. Cette étude de diagnostic porte sur l'ensemble des dispositifs de protection sociale : régimes classiques de sécurité sociale contributifs et programmes non contributifs, mutuelles de santé, transferts sociaux en

espèces ou en nature, publics et privés. Une attention particulière sera portée au(x) système(s) de soins de santé et la couverture actuelle. Un accent particulier devra être mis sur les aspects suivants :

- disponibilités actuelles en matière d'offre de soins de santé, et état des besoins (avec des données notamment sur les inégalités entre les secteurs rural et urbain, l'insuffisance en personnel du domaine de la santé);
- les limites de l'accessibilité actuelle aux services de santé (niveau estimé de l'impact sur la pauvreté des ménages, résultant du niveau des montants à payer par les ménages eux-mêmes) et évaluation des besoins d'accès aux soins.

IV METHODOLOGIE

1) EXIGENCES LIEES A L'IMPLANTATION DU SOCLE DE PROTECTION SOCIALE

Le processus de construction d'un socle de protection sociale au Cameroun s'appuie sur une vision d'extension de la sécurité sociale au plus grand nombre caractérisée par l'accès universelle à une couverture sociale adéquate par la population.

Ce processus comprend les éléments suivants :

- i) Collaboration et dialogue national : Il s'agit de réunir toutes les parties prenantes et instaurer un flux utile d'information et d'échanges sur les activités touchant au socle de protection sociale, entre les institutions gouvernementales et les organismes des Nations unies et autres Partenaires Techniques et Financiers.
- ii) Inventaire : Identifier les programmes de protection sociale couvrant les volets du socle de protection sociale, ainsi que les acteurs impliqués dans leur mise en œuvre ;
- iii) Analyse : Identifier la population couverte, les niveaux de couverture et la qualité des programmes de protection sociale, les bonnes pratiques, les faiblesses, les besoins prioritaires, les potentialités et contraintes ;
- iv) Identification des priorités potentielles : L'évaluation permettra d'identifier les domaines nécessitant une intervention du Gouvernement à la lumière de la dynamique amorcée et de ses résultats.

2) DEMARCHE METHODOLOGIQUE

L'option du diagnostic rapide des dispositifs et programmes publics de protection sociale ainsi que les études de coût et de budgétisation et la sensibilisation des parties prenantes ont été arrêtés à la suite des consultations entre le ministère de tutelle pilotant le processus de mise en place du SPS (MINTSS) et les responsables de l'OIT du bureau régional et de Genève mai 2011.

La réalisation du diagnostic rapide s'est déroulée en deux grandes phases :

- **Un inventaire des dispositifs et programmes de protection sociale dans le pays** visant à recenser les principales mesures mises en œuvre au Cameroun dans le cadre des volets prioritaires du socle de protection sociale. Cet inventaire s'est appuyé sur :
 - Une revue des documents et études déjà réalisés sur la protection sociale. Cet inventaire s'appuie notamment sur l'étude diagnostique sur la protection sociale au Cameroun réalisée par l'UNICEF en 2011.
 - Des entretiens avec les acteurs des Ministères et institutions impliqués dans la mise en œuvre de programmes de protection sociale
 - Une collecte de données complémentaires

Cet inventaire ne concerne essentiellement que les dispositifs et programmes publics financés, soit entièrement par l'Etat, soit organisé par l'Etat mais financés avec l'aide de partenaires extérieurs.

Certaines initiatives de partenaires techniques et financiers (coopérations bi ou multilatérales, ONG, etc.) ont été visitées pour compléter les informations secondaires collectées.

Des enquêteurs ont participé à la collecte d'informations sur les programmes mis en œuvre per les départements ministériels préalablement identifiés du domaine de la protection sociale.

- **Une analyse des programmes inventoriés** mettant l'accent sur :
 - La structure institutionnelle et le fonctionnement,
 - Les prestations fournies et le nombre de bénéficiaires
 - Les gaps en matière de conception et de mise en œuvre

Cette analyse vise à mesurer le niveau de couverture effective et la suffisance des réponses mises en œuvre. Il ne s'agit pas ici de réaliser une analyse approfondie et complexe, mais de proposer une photographie suffisamment détaillée des programmes et dispositifs afin d'alimenter la discussion sur le socle de protection sociale.

3) OUTIL D'ANALYSE DES DONNEES

Le principal outil utilisé pour l'analyse rapide est la matrice du diagnostic axé sur le socle de protection sociale fournie par l'OIT

Cette matrice de diagnostic est un outil qui permet d'analyser la correspondance entre les prestations existantes/futures des programmes/régimes de protection sociale et les quatre garanties essentielles du socle de protection sociale. La matrice analyse la situation actuelle (future) de la protection sociale, identifie les déficits de conception et les déficits de mise en œuvre des programmes.

Les déficits de couverture correspondant à des situations où des populations sont exclues ou insuffisamment couvertes par la législation, la politique ou les systèmes de protection sociale.

Les déficits de mise en œuvre correspondent à des situations de dysfonctionnement des programmes de protection sociale ou de manque de services sociaux de base.

La présentation par garantie fournit aux parties prenantes une vue générale sur les droits et un cadre cohérent d'identification des domaines où les systèmes existants, le Gouvernement et les partenaires techniques et financiers peuvent collaborer dans le futur. Il permet également d'identifier les chevauchements, déficits et inefficiences des programmes de protection sociale existants.

La matrice met également en évidence les activités et responsabilités des acteurs internationaux dans le domaine de la protection sociale. Cela facilitera la mise en place d'un mécanisme de coordination dans la mise en œuvre du socle de protection sociale.

La structure de la matrice

	Objectifs du SPS	Dispositions de protection sociale existantes	Ce qui est planifié dans la stratégie	Déficits		Agences impliquées	Priorités
				Déficits de conception	Déficits de mise en œuvre		
Santé	Décrire la situation actuelle et prévue de la situation sociale, en tenant compte des objectifs fixés par la stratégie nationale Le socle de protection sociale: les garanties et les objectifs			Identifier les déficits de conception & de mise en œuvre → base pour l'évaluation préliminaire des coûts		Identifier et partager les responsabilités et les activités entre les acteurs Options prioritaires à définir dans le cadre d'un dialogue au niveau national et à la lumière des résultats de l'évaluation	
Enfants							
Age actif							
Personnes âgées							

Cette matrice a été modifiée car certaines étapes du processus de mise en place du socle ne sont pas encore réalisées. En effet, sur la requête du ministère de tutelle (MINTSS) l'inventaire constitue la première. Ainsi l'on ne peut pas encore avoir d'éléments de priorisation des programmes.

V CONTRAINTES ET LIMITES DE L'ETUDE

Les principales contraintes sont le déficit de données chiffrées et le difficile accès aux sources d'informations actualisées et le manque de données et de rapports sur les projets et programmes développés par les différents acteurs.

Pour contourner ces contraintes des contacts informels avec des personnes ressources ont été entrepris.

Concernant les limites, la principale se situe au niveau conceptuel. En effet, les concepts « sécurité sociale », « action sociale », « protection sociale » et le tout nouveau « socle de protection sociale » ne sont pas très souvent connus des acteurs qui interviennent dans ce

domaine. Ce qui fait qu'énormément de temps est utilisé pour expliquer ce que l'on attend des ministères et organismes identifiés du domaine de la protection sociale et procéder à la collecte de l'information.

Une rencontre regroupant ces institutions devra être organisée pour enrichir et valider les informations contenues dans cet état de lieux.

CHAPITRE 2 : CADRE LEGAL DU SYSTEME DE PROTECTION SOCIAL AU CAMEROUN

I VISION STRATEGIQUE DU GOUVERNEMENT CAMEROUNAIS

La vision partagée du développement du Cameroun à l'horizon 2035 est celle d' « ... *un pays émergent, démocratique et uni dans sa diversité* ». Elle se décline en plusieurs objectifs notamment :

- réduire la pauvreté à un niveau socialement acceptable ;
- devenir un pays à revenu intermédiaire ;
- atteindre le stade de Nouveau Pays Industrialisé ; et
- renforcer l'unité nationale et consolider le processus démocratique.

Cette vision inclut un phasage correspondant à des étapes de planification décennale. La première étape est centrée sur l'accélération de la croissance, la création d'emplois décents et la réduction de la pauvreté. Quatre objectifs plus spécifiquement sont poursuivis, à savoir:

- porter la croissance à environ 5,5% en moyenne annuelle dans la période 2010-2020
- ramener le sous-emploi de 75,8% à moins de 50% en 2020 avec la création de dizaines de milliers d'emplois décents par an dans les dix prochaines années ;
- ramener le taux de pauvreté monétaire de 39,9% en 2007 à 28,7% en 2020 ;
- réaliser à l'horizon 2020, l'ensemble des objectifs du millénaire pour le développement (OMD).

Pour réaliser les objectifs susmentionnés, le gouvernement a adopté une triple stratégie cohérente et intégrée à savoir : une stratégie de croissance, une stratégie d'emploi et une stratégie d'amélioration de la gouvernance et de la gestion stratégique de l'Etat, rassemblées dans le Document de Stratégies pour la Croissance et l'Emploi (DSCE).

L'opérationnalisation de cette stratégie s'opère à travers des stratégies sectorielles. Le découpage sectoriel distingue sept secteurs qui regroupent chacun un certain nombre de ministères clés comme indiqués ci-après :

_ **Secteur des infrastructures** : il comprend le MINTP, le MINEE, le MINT, le MINPOSTEL, le MINDUH et le MINDAF ne dispose pas d'une stratégie intégrée.

_ **Secteur rural** : son document de stratégie a été valide en 2005 et couvre le MINADER, le MINEPIA, le MINFOF et le MINEP. Ces deux derniers ministères font partie du Programme Sectoriel Forêt-Environnement (PSFE).

_ **Secteur de l'industrie et des services** : il comprend le MINIMIDT, le MINPMEESA, le MINCOMMERCE et le MINTOUR. Le processus d'élaboration de la stratégie de ce secteur est arrivé à son terme et l'on procède actuellement à la déclinaison de la stratégie sectorielle en stratégie ministérielle.

_ **Secteur de l'éducation** : une stratégie intégrée, prenant en compte les préoccupations du MINEDUB, du MINESEC, du MINESUP et du MINRESI, a été élaborée ; avec une prise en considération des aspects relevant du MINEFOP.

_ **Secteur de la santé** : il concerne principalement le MSP, dont la stratégie sectorielle a été revue en 2009.

_ **Secteur social (*hors éducation et santé*)** : il comprend : le MINJEUN, le MINAS, le MINPROFF, le MINSEP, le MINTSS, et le MINEFOP ; la stratégie de développement sociale existe depuis 2004.

_ **Secteur de la gouvernance** : ce secteur comprend le MINFOPRA, le MINATD, le MINJUSTICE. Il n'existe pas de stratégie sectorielle, mais un Programme National de Gouvernance (PNG) dont la mise en œuvre est effective depuis 2000.

Les secteurs de l'éducation, la santé et le social font partie du champ d'action prioritaire de la protection sociale.

II CADRE GEOGRAPHIQUE ET SOCIO-ECONOMIQUE

1) GEOGRAPHIE

Le Cameroun est un pays de l'Afrique Centrale situé au fond du golfe de Guinée. Il s'étend sur une superficie de 475 650 km² dont 466 500 km² de surface continentale. Il partage ses frontières avec six États : Le Nigeria à l'Ouest, le Tchad au Nord, la République Centrafricaine à l'Est, le Congo, le Gabon et la Guinée Equatoriale au Sud.

Le milieu naturel est diversifié. En effet, plusieurs types de régions naturelles contribuent à la diversité géographique du pays.

Le Sud forestier qui comprend les régions du Centre, de l'Est, du Littoral, le Sud et du Sud-ouest est situé dans les zones équatoriale et maritime. Ces régions se caractérisent par une végétation dense, un vaste réseau hydraulique et un climat chaud et humide aux précipitations abondantes.

Les hauts plateaux qui englobent les régions de l'Ouest et du Nord-Ouest avec une altitude moyenne de 1100 m, sont une zone riche en terres volcaniques favorables à l'agriculture. La végétation y est moins dense et le climat frais qui y règne est propice à toutes sortes d'activités. La population y est très dense par rapport à la moyenne nationale.

Le nord soudano-sahélien regroupe les régions de l'Adamaoua, du Nord et de l'Extrême-Nord. C'est une zone de savane et de steppe. En dehors du plateau de l'Adamaoua où le climat est tempéré, le reste de cette région est caractérisé par un climat tropical chaud et

sec avec des précipitations de plus en plus faibles au fur et à mesure que l'on avance vers le Lac Tchad.

2) POPULATION

La population camerounaise est en constante augmentation. Elle est estimée au premier janvier 2010 à 19 406 100 habitants pour une densité de 39 habitants au km² avec de grandes disparités régionales.

La structure par âge de la population du Cameroun est encore marquée par son extrême jeunesse. La moitié de la population à moins de 18 ans et le poids démographique des enfants âgés de moins de 15 ans se situe à 43,6%. Selon le milieu de résidence, on observe des variations assez nettes dans la structure par âge de la population. Les enfants âgés de moins de 15 ans représentent 39,2% en milieu urbain et 47,8% en milieu rural. Les personnes âgées (60 ans et plus), qui représentent 5,0% de la population totale du pays, sont particulièrement plus représentées en milieu rural qu'en milieu urbain : 6,5% en milieu rural contre 3,4% en milieu urbain.

La structure par sexe de la population montre un léger déséquilibre entre les femmes (qui représentent environ 51% de celle-ci) et les hommes. La population des zones urbaines est moins importante par rapport à celle des zones rurales bien qu'elle croisse rapidement.

Le taux de croissance démographique annuel est passé de 2,8% en 2005 à 2,6% à fin 2009.

La population active est de 51,4% avec 90% œuvrant dans le secteur informel et vivant avec moins de 2\$. Le Cameroun classé 131e sur 169 pays dans le rapport mondial sur le développement humain 2010.

Les dernières statistiques qui datent de 2005 révèlent que dans les secteurs institutionnels, l'économie informelle avec 90,4 % d'actifs occupés (dont 55,2 % du secteur agricole), fournit le plus d'opportunités d'insertion économique ; même si on reconnaît que les conditions de travail y sont précaires. Le secteur public suit avec 4,9 % et le privé formel avec 4,7 %.

Une analyse plus pointilleuse par secteurs d'activité relève que le secteur primaire, avec 55,7 % d'actifs occupés, reste le plus grand pourvoyeur d'emplois. Le tertiaire vient en seconde position avec 31,9 % (dont 10,4 % pour le commerce et 19,8 % pour l'administration et les autres services). Le secteur secondaire se classe en dernière position avec 14,1 % d'emplois.

En prenant par catégories socioprofessionnelles, les cadres n'occupent que 4,2 % d'emplois ; les employés et ouvriers 8 %. Le gros des effectifs se retrouve parmi les travailleurs indépendants (surtout du secteur informel) et les aides familiaux avec respectivement 53 % et 26,8 %.

Le pays, classé 171ème sur 181 pays concernés par le rapport Doing Business 2009, n'est pas bien placé et manque d'infrastructures appropriées, doit encore faire des efforts pour assainir son environnement économique, et permettre la reconversion des acteurs de l'informel. 76% des chefs d'entreprises estiment en 2009 que la corruption nuit à leurs activités, et 49% avouent avoir eu recours aux pots-de-vin dans leurs rapports avec les agents des impôts. Pour inciter les acteurs de l'informel à s'intégrer dans l'activité économique formelle, le pays pourrait également mettre l'accent sur l'allègement fiscal, en

plus de la lutte contre la corruption. Au Cameroun, le taux de fiscalisation des petites et moyennes entreprises atteint plus de 40% de leur revenu. Si cela grossit les caisses de l'État, sans par ailleurs qu'on en voie forcément les retombées sur les populations, cela nuit considérablement à la formalisation de l'économie du pays.

Se situant à la 135ème place du rapport Doing Business pour ce qui concerne l'obtention des prêts, le Cameroun ait récemment mis sur pied le programme intégré d'appui aux acteurs du secteur informel (PIAASI), programme servant à financer les projets émanant de l'informel et pouvant générer de revenus, il n'en demeure pas moins que l'efficacité de ce programme se heurte à la faiblesse des institutions judiciaires et pénales, incapables de sanctionner la fraude et la mauvaise foi au moment de l'octroi de ces crédits. En 2009 on estimait à 68 % les crédits à recouvrer au titre de ce programme de formalisation de l'économie. Il est donc primordial de renforcer les institutions judiciaires et pénales, en même tant que les institutions du marché, tout en assurant le rôle du titre de propriété, ce qui contribuerait à asseoir la confiance nécessaire en affaires, et dans le même temps à garantir la responsabilité des acteurs économiques.

Au sein de la population active du Cameroun, le taux d'activité au sens du BIT est de 82,8% ; avec une prédominance pour les hommes (86,2% contre 79,5% chez les femmes). Selon le milieu de résidence, cette situation concerne environ neuf personnes sur dix (90,2%) en milieu rural contre environ sept personnes sur dix (71,6%) en milieu urbain.

Niveaux des taux de chômage au sens du BIT (selon les régions et selon urbain/rural)

Région d'enquête	Urbain	Rural	Ensemble
Douala	16,2	.	16,2
Yaoundé	16,2	.	16,2
Adamaoua	7,5	0,6	2,0
Centre	8,1	4,1	4,4
Est	7,6	1,3	2,1
Extrême-Nord	8,4	0,9	1,7
Littoral	8,2	1,5	4,2
Nord	8,8	0,5	2,0
Nord-Ouest	4,4	1,3	1,9
Ouest	6,3	1,2	2,8
Sud	11,2	3,8	4,5
Sud-Ouest	8,9	0,8	2,5
Ensemble	12,6	1,4	5,4

3) SITUATION DE LA PAUVRETE

Dans l'ensemble, 39,9% de camerounais sont pauvres, dont 41,6% dans les ménages dirigés par les hommes contre 33,4% pour ceux dirigés par les femmes. La pauvreté ne touche pas la population de manière uniforme. Le phénomène est plus répandu en milieu rural (55,0% contre 12,2% en milieu urbain) et dans les régions septentrionales (plus de 53,0%). La situation est cependant meilleure dans les deux métropoles que sont Yaoundé et Douala, environ une personne sur vingt est pauvre, contre une personne sur cinq dans les autres grandes villes.

Sur le plan régional, en dehors de Yaoundé et Douala, les régions du Sud-Ouest, de l'Ouest, du Sud et du Littoral sont celles dont sur dix personnes rencontrées, trois sont pauvres (30,0%). Dans le Centre, cette situation de pauvreté concerne environ deux personnes sur cinq (41,2%). Dans le Nord-Ouest, l'Est et l'Adamaoua une personne sur deux (50,0%) est pauvre. Le phénomène est plus répandu dans les provinces du Nord et de l'Extrême-Nord où plus de 3 personnes sur cinq sont pauvres.

III CADRE POLITIQUE DE LA PROTECTION SOCIALE

La protection sociale désigne tous les mécanismes de prévoyance collective permettant aux individus de faire face aux conséquences financières des risques sociaux c'est-à-dire des situations susceptibles de compromettre la sécurité économique d'un individu ou de sa famille en provoquant une baisse de ses ressources ou une hausse de ses dépenses. Elle a donc à la fois des objectifs matériels (permettre aux individus de survivre quand ils sont malades, ou âgés, ou chargés de familles nombreuses par exemple) et des objectifs sociaux (réduire l'inégalité devant les risques de la vie et assurer aux individus un minimum de revenu leur permettant d'être intégrés dans la société). Pour atteindre ces objectifs, elle peut fonctionner selon trois logiques :

- une logique d'assurance sociale, dont l'objectif est de prémunir contre un risque de perte de revenu (chômage, maladie, accident du travail). Le plus souvent, les prestations sociales sont financées par des cotisations sur les salaires ; elles sont donc réservées à ceux qui cotisent ;
- une logique d'assistance sociale, qui a pour objectif d'instaurer une solidarité entre les individus pour lutter contre les formes de pauvreté. Elle consiste à assurer un revenu minimum versé sous condition de ressources, mais sans cotisations préalables (revenu minimum d'insertion, allocation adulte handicapée) ;
- une logique de protection universelle, qui a pour but de couvrir certaines catégories de dépenses pour tous les individus. Les prestations sont les mêmes pour tous et accordées sans conditions de cotisations ou de ressources (prestations familiales par exemple).

La protection sociale est assurée par les institutions telles que : La CNPS à travers les régimes qu'elle gère (protection contre la maladie, la vieillesse, etc.), l'État lui-même (bourses scolaires, indemnisations des chômeurs en fin de droits par exemple), les collectivités

territoriales (les communes peuvent prendre en charge certaines dépenses des retraités ayant peu de ressources, comme les dépenses de transport) et les administrations privées (les organisations caritatives, comme le secours catholique ou le secours populaire). Ces régimes font partie de l'ensemble des régimes de la convention 102. La plupart des dépenses de la protection sociale sont financées par les prélèvements obligatoires. Les impôts permettent de payer les dépenses inscrites aux budgets de l'État ou les collectivités territoriales. Les cotisations sociales patronales et salariales permettent de financer les dépenses de la sécurité sociale. Les administrations privées sont financées par les dons des particuliers et les subventions éventuellement reçues de l'État, des collectivités territoriales ou même des organismes supranationaux.

Le Cameroun, membre de l'Organisation internationale du Travail depuis 1960, a adapté sa législation aux normes internationales. Cet ajustement du cadre juridique de la protection sociale s'est fait à travers :

- la loi n°67/LF/07 du 12 juin 1967 instituant un code des Prestations Familiales (allocations prénatales, allocations familiales, allocations maternité, indemnités journalières de congé de maternité) ;
- la loi n°67/LF/08 du 12 juin 1967 qui crée la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale en tant qu'organisme autonome en charge de la gestion du régime des prestations familiales ;
- la loi 69/LF/18 du 10 novembre 1969 instituant un régime d'assurance pensions de vieillesse, d'invalidité et de décès dont le financement est assuré par des cotisations sociales recouvrées tant auprès des employeurs que des travailleurs ;
- l'ordonnance n°73/17 du 22 mai 1973 portant organisation de la prévoyance sociale qui confie à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale le service des diverses prestations prévues par la législation de la protection sociale ;
- la loi n°77/11 du 13 juillet 1977 portant réparation et prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles, qui confie à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale, la couverture et la gestion des risques professionnelles, abrogeant ainsi une législation antérieure issue de l'Ordonnance 59/100 du 31 décembre 1959 qui avait confié la gestion de ces risques aux compagnies privées d'assurance.

IV STRUCTURE ET ORGANISATION DE LA PROTECTION SOCIALE

Le système camerounais de protection sociale se distingue par son caractère bismarckien, fondé sur des contributions obligatoires (des salariés et des employeurs) assises sur les salaires. Il plaide pour une gestion de la sécurité sociale par les intéressés, les assurés ou leurs représentants (l'État et les partenaires sociaux). C'est un système professionnel fortement étatisé, puisque les bénéficiaires sont en grande partie les employés de l'État.

Ce système fonctionne selon la logique d'assurance sociale, dont l'objectif est de prémunir contre un risque de perte de revenu des travailleurs. Ici, seuls les travailleurs qui cotisent perçoivent les prestations sociales.

A côté de ce système contributif, on trouve le système d'assistance sociale et de solidarité géré en grande partie par le ministère en charge des affaires sociales qui apporte une assistance aux populations cibles telles que : les enfants, les handicapés, les personnes âgées, les indigènes, les populations vulnérables. L'objectif étant ici la réduction de la pauvreté.

L'assistance privée, internationale et religieuse est importante, mais reste déconcentrée et peu coordonnée.

La protection sociale complémentaire quant à elle est assurée par les systèmes d'assurance communautaire. La majorité de ces systèmes mènent leurs activités dans l'informel et sont organisés par les populations elles-mêmes dans les tontines, réunions de quartier ou de village notamment pour les deuils, la maladie, les naissances. Seules les mutuelles de santé connaissent un début de promotion réelle sous la houlette des bailleurs de fonds.

En ce qui concerne la couverture sociale, le Cameroun se caractérise par une protection sociale embryonnaire et à extension bloquée. Les travailleurs indépendants (médecins, avocats, huissiers ingénieurs, commerçants entrepreneurs, artisans,...) et ceux de l'informelle représentent 82,5% du nombre total de travailleurs au Cameroun. C'est-à-dire que la sécurité sociale ne couvre que les 17,5% restant. Il s'agit selon les chiffres de la CNPS 2005, de 130 696 fonctionnaires relevant du portefeuille de l'État, et 728 746 travailleurs salariés du secteur privé structuré régis par le code du travail. En conséquence, la population active occupée non encore couverte par le champ d'application du régime de sécurité sociale du Cameroun est évalué à 4 003 558 travailleurs.

Pour ce qui est de la dynamique d'extension, c'est le secteur informel qui prédomine avec l'extension par adjonction de dispositifs hétérogènes (mutuelles, micro-assurance, etc.). Ces dispositifs sont destinés à différents groupes minoritaires de la population.

1) LES REGIMES DE SECURITE SOCIALE GERES PAR LA CNPS

▪ Généralité

Le système camerounais actuel de sécurité sociale est assis d'une part sur le système de la prévoyance sociale géré par la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale au profit des travailleurs du secteur privé et des personnels de l'État relevant du code du travail, et d'autre part sur le régime de pension de retraite des fonctionnaires et assimilés géré par l'État. S'inspirant de la déclaration universelle des droits de l'homme de 1948 et de la convention n°102 de l'Organisation Internationale du Travail qui fait de la sécurité sociale un droit universel, le Cameroun a mis en place, par une ordonnance du 22 mai 1973, une organisation de son système de protection sociale et familiale, adapté à son environnement économique et social.

Dans l'organisation de la prévoyance sociale on distingue les trois branches ci-après :

- *les prestations familiales ;*
- *les pensions de vieillesse, d'invalidité et de décès ;*
- *les accidents de travail et les maladies professionnelles.*

La législation camerounaise de sécurité sociale ne comporte pas, en effet, de branche « soins de santé » ni de branche « chômage ». Conformément également aux dispositions prévues par le code du travail, les employeurs assurent le maintien du salaire en cas d'incapacité provisoire de travail. Les soins sont dispensés aux travailleurs par les employeurs dans le cadre du code du travail. Toutefois, depuis 1952, un certain nombre de soins sont dispensés, dans le cadre d'un service national de santé.

▪ **Financement**

Les cotisations sont payées sur les salaires plafonnés à 300.000 francs CFA sauf pour les accidents du travail pour lesquels les cotisations sont payées sur la totalité du salaire.

Risques	A la charge de l'employeur	A la charge du salarié
Prestations familiales	7 % pour les travailleurs relevant du régime général, y compris les domestiques et les gens de maison.	0
	5,65 % pour les travailleurs relevant du régime agricole et assimilés.	0
	3,70 % pour le personnel de l'enseignement privé.	0
Assurance Pension	4,20 %	2,8 %
Accidents du travail et Maladies professionnelles	de 1,75 %, 2,5 %, 5 % suivant les risques encourus dans l'entreprise	0

Le SMIG est égal à 28.216 francs CFA par mois pour 40 heures de travail hebdomadaire dans les entreprises non agricoles publics ou privées.

▪ **Prestations**

✓ *Prestations familiales*

L'allocataire est le travailleur salarié dont la rémunération est égale au moins au SMIG.

Des allocations prénatales : le taux mensuel de l'allocation familiale versée pour un enfant (neuf fois 1.800 francs CFA) et versées.

Une allocation de maternité est attribuée à toute femme salariée ou conjointe d'un travailleur salarié qui donne naissance sous contrôle médical, à un enfant né viable : est de 21.600 francs CFA à l'occasion de la naissance de chaque enfant.

✓ *Accidents du travail, maladies professionnelles*

Sont considérés comme risques professionnels, les accidents survenus par le fait ou à l'occasion du travail, les accidents survenus pendant le trajet entre le domicile de l'assuré et son lieu de travail. Sont considérées comme maladies professionnelles, toutes maladies figurant sur la liste des maladies professionnelles indemnissables, résultant de l'exercice d'une activité professionnelle.

L'employeur est tenu de déclarer dans un délai de trois jours ouvrables tout accident du travail ou toute maladie professionnelle constatée dans l'entreprise. S'il ne le fait pas, le travailleur bénéficie d'un délai de prescription de trois ans.

La réparation accordée à la victime comprend :

- la prise en charge ou le remboursement des frais nécessaires au traitement, à la rééducation fonctionnelle, à la réadaptation et la reconversion professionnelle. Les prestations en nature (soins) accordées aux victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles sont prises en charge par la CNPS (système du tiers payant).
 - Le montant de l'indemnité journalière est égal aux deux tiers de la rémunération journalière de la victime.
 - En cas d'incapacité permanente totale, la victime a droit à une rente d'un montant mensuel égal à 85 % de sa rémunération mensuelle moyenne. Si la victime est obligée de recourir à l'assistance d'une tierce personne, il lui est attribué une majoration de rente d'un montant égal au SMIG du secteur d'activité dont elle relève.
 - En cas d'incapacité partielle, la victime a droit : soit à une allocation d'incapacité versée en une seule fois (capital) lorsque son incapacité est inférieure à 20 % ; soit à une rente d'incapacité partielle lorsque le degré de son incapacité est égal ou supérieur à 20 %.
- ✓ *Vieillesse, invalidité, décès (survivants)*

L'assuré qui atteint l'âge de soixante ans, a droit à une pension de vieillesse s'il remplit les conditions suivantes :

- avoir été immatriculé à la C.N.P.S. depuis au moins vingt ans ;
- avoir accompli 180 mois d'assurance dont au moins 60 au cours des 10 dernières années précédant la date d'admission à la pension ;
- avoir cessé toute activité salariée.

L'âge d'admission à pension peut être abaissé à cinquante ans en faveur de l'assuré qui, ne répondant pas à la définition de l'invalidité, est atteint d'une usure prématurée de ses facultés physiques ou mentales dûment certifiée, l'empêchant d'exercer une activité salariée.

2) LA PROTECTION SOCIALES DES AGENTS DE L'ETAT ET ASSIMILES

Les fonctionnaires et assimilés sont soumis à un régime de protection sociale géré par l'Etat. Le décret N° 2000/692/PM du 1^{er} septembre 2000 fixant les modalités d'exercice du droit à la santé du fonctionnaire décrit les prestations et les modalités de prise en charge de ces prestations par l'Etat.

Ainsi, ce décret dispose que :

- (article 2) l'Etat est tenu d'assurer la protection du fonctionnaire contre les accidents et les maladies d'origine professionnelles ;
- (article 5) l'Etat est tenu d'assurer, sur le lieu du service public, toutes les conditions d'hygiène et de sécurité propres à prévenir les maladies et les accidents d'origine professionnelle ;
- (article 14) en cas d'accident ou de maladie d'origine professionnelle du fonctionnaire, l'Etat prend en charge ou à défaut, rembourse la totalité des frais des

actes médicaux, pharmaceutiques, d'évacuation, d'hospitalisation, de rééducation fonctionnelle et d'appareillage ;

- (article 16) en cas de maladie ou d'accident non imputable au service, l'Etat participe, à concurrence de 60%, aux frais des soins médicaux, pharmaceutiques, d'évacuation, d'hospitalisation, de rééducation fonctionnelle et d'appareillage du fonctionnaire, de son conjoint et de ses enfants légitimes reconnus ou adoptifs (mineurs ou majeurs handicapés nécessiteux) ; et à concurrence de 30% des services offerts par les formations sanitaires privées.

Ces dispositions non attrayantes ont poussé pratiquement la majeure partie des départements ministériels à développer en leur sein des mutuelles.

Le paiement de la cotisation donne généralement droit à une prise en charge des frais médicaux et des frais funéraires.

3) LA PROTECTION DES GROUPES SPECIFIQUES VULNERABLES

Un ensemble de textes juridiques recommande une protection spécifique pour des groupes vulnérables. Ainsi, les indigents, les réfugiés, les populations autochtones et les minorités, les personnes handicapés, les personnes âgées et enfants et les orphelins et enfants vulnérables sont concernés.

▪ Les indigents

La loi N° 2009/004 du 14 avril 2009 portant organisation de l'assistance judiciaire en son article 5.1 prévoit l'assistance judiciaire au bénéfice des personnes à ressources insuffisantes afin de les aider à faire valoir leurs droits en justice.

Tout récemment, dans le cadre de la décentralisation, le décret n° 2010/0243/PM fixe les modalités d'exercice des compétences transférées par l'Etat aux communes en matière d'attribution des aides et secours aux indigents et aux nécessiteux.

D'autres départements ministériels sont concernés par l'appui aux indigents et aux nécessiteux. Ce sont :

- le MINSANTE pour les problèmes médicaux des cas sociaux,
- et le MINDUC pour l'intégration scolaire.

▪ Les réfugiés

La loi n°2005/006 du 27 juillet 2005 portant statut des réfugiés au Cameroun réaffirme les dispositions du cadre légal international.

▪ Les populations autochtones et minorités

Le ministère des affaires sociales a la charge de protéger et de promouvoir les droits des minorités et des populations marginales que comprennent les Pygmées, les Bororos, les populations des cirques, les Montagnards et les autres minorités.

▪ Les handicapés

Avant 2010, un certain nombre de textes juridiques nationaux recommandent la prise en compte du handicap notamment dans l'éducation, et la construction des infrastructures.

Actuellement, grâce à la loi n°2010/002 du 13 avril 2010 les personnes handicapées jouissent d'une protection et d'une promotion.

- **Les personnes âgées**

Sur le plan national il n'existe aucune mesure particulière.

- **Les enfants et OEV**

Les dispositions du code civil, pénal et du travail protègent les enfants et leurs droits.

- **Les femmes**

Le MINSANTE poursuit la mise en œuvre des programmes consacrés notamment à l'amélioration de la santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent. Il s'agit du Programme Elargi de Vaccination (PEV), du Programme National de lutte contre le Paludisme (PNLP), du Programme National de lutte contre la Tuberculose (PNLT), du Programme National de lutte contre le Sida (PNLS).

50% des jeunes filles de la région du nord subissent des violences à travers l'excision et l'infibulation. Une étude sur les mutilations génitales féminines a permis de constater au-delà de ces zones frontalières de prédominance du phénomène (frontière avec le Tchad et frontière avec le Nigéria) qu'il touche environ 1,4% de jeunes filles dans l'ensemble du territoire national. C'est ainsi qu'un Plan d'Action National de lutte contre les MGF a été élaboré et actualisé en octobre 2009 avec comme axes d'intervention la prise en charge des victimes à travers un accompagnement psychosocial et sanitaire, et des auteurs à travers des appuis financiers et matériels pour la reconversion.

4) L'ACTION SOCIALE

L'action sociale implique la prise en charge par l'Etat des besoins primaires des citoyens les plus démunis. C'est un transfert non contributif en direction des personnes les plus pauvres ou vulnérables. Elle se développe à travers des transferts monétaires et les transferts en nature.

Le décret n° 200/692/PM du 13 septembre 2000 fixe les modalités d'exercice du droit à la santé du fonctionnaire et permet à ce dernier et à sa famille de bénéficier des transferts monétaires sous forme de remboursement partiel des frais de soins de santé, d'évacuation sanitaire, de frais funéraires et d'aides et de secours ponctuels.

5) L'ECONOMIE SOLIDAIRE

L'économie sociale est un concept qui désigne les entreprises et organisations, en particulier les coopératives, les mutuelles, les associations, les fondations et entreprises sociales et qui visent de manière spécifique la production de biens, des services et connaissances tout en poursuivant des finalités économique, sociale et solidaire.

Au Cameroun, il existe un ministère (MINPMEESA) chargé de cette question. Il existe également plusieurs structures relevant de l'économie sociale dont la majeure partie se trouve dans le secteur informel. Ces structures sont des coopératives de femmes, des structures de micro finances et des mutuelles. Elles offrent à leurs membres des prestations de type épargne crédit, aide foncière, couverture sanitaire et frais funéraires, etc.

Ce secteur, qui pourrait constituer un fort potentiel en matière de protection sociale, n'est malheureusement pas encadré et les actions ne sont pas toujours suffisamment exploitées dans les stratégies nationales relevant des départements ministériels des secteurs concernés.

V L'INITIATIVE POUR UN SOCLE DE PROTECTION SOCIALE AU CAMEROUN

Le Conseil des Chefs de secrétariat des organismes des Nations Unies (CEB) a inscrit en avril 2009 le Socle de protection sociale (SPS) au rang des neuf initiatives à mettre en œuvre en réponse à la crise financière et économique, qui appelle l'ONU et les institutions de Bretton Woods à coordonner leur appui aux pays qui s'efforcent de bâtir et développer leur système de sécurité sociale. Le SPS consiste en un catalogue de droits et services sociaux de base dont devraient bénéficier les citoyens du monde. Le SPS comporte deux volets principaux :

- **Garantir la disponibilité, la continuité et l'accès géographique et financier aux services essentiels**, tels que l'eau et les services d'assainissement, une alimentation suffisante et nutritive, la santé, l'éducation, le logement et d'autres services sociaux.
- **Garantir l'accès en assurant un paquet de base de transferts sociaux essentiels**, en espèces ou en nature, versés aux personnes pauvres et vulnérables pour leur assurer un revenu minimum, ainsi que des moyens de subsistance et pour faciliter l'accès à des services essentiels.

L'impulsion pour la mise en place d'un socle de protection sociale au Cameroun a été donnée à la suite du colloque sur le travail décent organisé à Yaoundé au Cameroun en 2010.

L'approche du BIT en matière de protection sociale, telle qu'elle a été adoptée dans la Déclaration tripartite de Yaoundé, ne se limite pas au Socle, qui en constitue la dimension horizontale (extension de la protection sociale au plus grand nombre). Il y a aussi une dimension verticale dans cette approche, qui traduit l'amélioration des prestations, l'augmentation du nombre de risques couverts et le passage d'un plus grand nombre de travailleurs à des activités de l'économie formelle.

CHAPITRE 3 : RESULTATS DE L'INVENTAIRE DES DISPOSITIFS EXISTANTS DU SOCLE DE PROTECTION SOCIALE AU CAMEROUN

Les résultats sont présentés par secteurs d'action du gouvernement. Une synthèse en est faite à partir de la matrice.

I PROTECTION SOCIALE DE LA SANTE : INTERVENTIONS, PROGRAMMES ET MODES DE FINANCEMENT

1) GENERALITES

Au Cameroun, malgré les efforts consentis par le Gouvernement et ses Partenaires Techniques et Financiers, le niveau des principaux indicateurs de santé ne s'est pas amélioré entre 1991 et 2006 comme le montre le tableau ci-dessous, qui donne aussi des prévisions pour l'année 2015.

Niveau des principaux indicateurs de santé							
INDICATEURS	1991 (EDS1)	1998 (EDS2)	2000 (MICS)	2004 (EDS3)	2006 (Count down to 2015)	2015 (Cible nationale)	2015 (Cible OMD)
Taux de mortalité néonatale (p. 1000)	31,1	37,2	40			10,4	10,4
Taux de mortalité infantile (p. 1000)	65	77		74	87	25	22
Taux de mortalité juvénile (p. 1000)	65,6	79,9				21,9	21,9
Taux de mortalité infanto-juvénile (p. 1000)	126,3	150,7		144	149	50	42,10
Taux de malnutrition (12-23 mois) (%)	32	44		19		16	16
Taux de mortalité maternelle (p. 100.000 naissances vivantes)	430	430		669	1000	250	107,5

Sources : EDS 1991, 1998 et 2004; Documents Sommet du millénaire; MICS 2000 et 2006; Count down to 2015

L'évolution de la politique sanitaire du Cameroun est marquée par quatre grandes étapes : (i) *La période coloniale ou l'apogée de la stratégie d'Eugène Jamot*, (ii) *La période post indépendance ou phase des expérimentations*, (iii) *La période post Alma Ata des Soins de Santé Primaires*, (iv) *La période de réforme du Secteur Santé à travers la réorientation des Soins de Santé Primaires*.

Cette réforme élaborée et rendue publique en 1989 a été officiellement adoptée à travers la Déclaration de Politique Sectorielle de Santé en 1992 et de la déclaration de la mise en œuvre de la « **Réorientation des Soins de Santé Primaires** » en 1993. Ce dernier concept repose sur les principes de base ci-après :

- la participation de la communauté dans le but de son **auto-responsabilisation** vis-à-vis de ses problèmes de santé ;
- la mise en évidence du lien étroit entre le développement et la santé ;

- le respect des Droits de l’Homme, dont celui d’être informé et celui de l’intégrité, y compris son libre arbitre.

Dans le cadre de cette réforme, le centre de santé est appelé à jouer le rôle d’interface entre la communauté et les services de santé. De ce fait, il sert de cadre de dispensation de soins intégrés, continus et globaux avec pour premier recours, l’hôpital de district.

La réorientation des Soins de Santé Primaires va entraîner un certain nombre d'aménagements juridiques du secteur dont :

- la loi Cadre de la santé (janvier 1996) ;
- les différentes lois et les textes règlementaires relatifs au recouvrement des coûts ;
- les textes réorganisant le territoire national en Districts de Santé.

Ces dispositions vont entraîner la réorganisation du système national de santé en trois niveaux décrits au tableau ci-après.

Les différents niveaux du secteur santé

Niveau	Structures administratives	Compétences	Structures de soins	Structures du SYNAME	Structures de dialogue
Central	Services Centraux du Ministère de la Santé Publique	-Elaboration des concepts, de la politique et des stratégies - Coordination - Régulation	Hôpitaux Généraux de référence, Centre Hospitalier et Universitaire, Hôpitaux Centraux, Les Organismes sous-tutelle	CENAME, Grossistes, répartiteurs privés, Centrales d’achat du Secteur Privé à but non Lucratif	Conseils d’Administration ou Comités de gestion
Intermédiaire	Délégations Provinciales	Appui technique aux districts de santé	Hôpitaux Provinciaux et Assimilés	CAPP (Centre d’Approvisionnement Pharmaceutique Provincial) Pharmacies des hôpitaux Centraux et Généraux	Fonds spéciaux provinciaux pour la promotion de la santé
Périphérique	Services de Santé de District	Mise en œuvre des programmes	Hôpitaux de District, Centres Médicaux d’Arrondissement, Centres de santé	Pharmacies des formations Sanitaires des autres niveaux, Officines Privées de Pharmacies	COSADI COGEDI COSA COGE

Source : Cadre conceptuel du DS viable révisé (MINSANTE)

Malgré ces aménagements, quelques insuffisances ont été relevées notamment :

- absence de cadre juridique pour la participation communautaire ;
- absence de statut juridique pour certaines structures du système national d’approvisionnement en médicaments essentiels, notamment la CENAME et les CAPP ;
- absence de réformes en matière de formation de base et continue ;
- inexistence de cadre de collaboration entre les intervenants du secteur ;

- insuffisance de régulation, de supervision, de suivi et d'évaluation ;
- forte centralisation de la gestion du secteur ;
- faible utilisation des structures publiques de soins ;
- insuffisance d'organisation des SSP en milieu urbain ;
- faible disponibilité et accessibilité des médicaments essentiels ;
- faible développement du système de référence/contre-référence ;
- prédominance du paiement direct des soins.

2) INTERVENTIONS

Des actions de protection sociale dans le domaine sont contenues dans la stratégie sectorielle de la santé (SSS). Cinq objectifs stratégiques en cohérence avec le DSCE y sont définis :

- réduire de ¾ la mortalité maternelle : action spécifique orientée vers les femmes.
- réduire de 2/3 la mortalité des enfants de moins de 5 ans.
- réduire de 1/3 la charge morbide chez les pauvres et les populations les plus vulnérables ;
- amener 80% des 178 Districts de Santé existants à atteindre la phase de consolidation ;
- amener 100% des structures des niveaux provincial et central à jouer respectivement leurs rôles d'appui technique, stratégique et d'orientation recours.

Ces objectifs sont mis en œuvres à partir d'interventions spécifiques liées à :

- santé de la mère, de l'adolescent et de l'enfant ;
- lutte contre la maladie ;
- promotion de la santé ;
- viabilisation du District de Santé (DS) et renforcement des capacités des structures de santé.

La viabilisation des DS constitue un facteur essentiel pour l'atteinte des objectifs du secteur y compris les OMD. Les DS se trouvent ainsi au centre du développement du Système de Santé es tant que USINES PRODUCTRICES de résultats de qualité.

Le tableau ci-dessous visualise les différents programmes et leur déclinaison en sous-programmes.

Programmes	Sous Programmes
1. Santé de la mère de l'Adolescent et de l'Enfant	1.1. Santé de la mère
	1.2. Santé de l'adolescent
	1.3. Santé de l'enfant
2. Lutte contre la maladie	2.1. Lutte contre VIH/SIDA
	2.2. Lutte contre le Paludisme, la Tuberculose et

	Autres maladies non-négligées
	2.3. Lutte contre les maladies non transmissibles
	2.4. Lutte contre les maladies tropicales négligées
	2.5. Surveillance intégrée des maladies et réponse
	2.6. Lutte contre les épidémies, des catastrophes et autres évènements de santé publique
	2.7. Santé mentale comportement humain
	2.8. Santé de la personne âgée
3. Promotion de la santé	3.1. Communication intégrée en faveur des programmes de santé
	3.2. Santé, nutrition et environnement
	3.3. Prévention primaire de la malnutrition et des maladies non transmissibles
4. Renforcement du Système de Santé	4.1. Offres des Services et Soins de Santé
	4.2. Les médicaments
	4.3. Le financement
	4.4. Partenariat
	4.5. Le processus gestionnaire
	4.6. Gouvernance
	4.7. Prestation des services et soins

3) LES PROGRAMMES DE PROTECTION SOCIALE DU SECTEUR SANTE

Parmi les programmes et sous programmes cités plus haut, on peut identifier environ 10 programmes qui relèvent de manière spécifique du domaine de la protection sociale. Ce sont :

1. Amélioration de la prise en charge socio sanitaire des PVVIH et populations à risque ;
2. Rapprochement des soins de santé de la mère à l'enfant, des familles et des communautés ;
3. Vaccination ;
4. lutte contre le paludisme ;
5. lutte contre le sida ;
6. lutte contre la tuberculose ;
7. lutte contre la cécité ;
8. lutte contre l'onchocercose ;
9. lutte contre la lèpre et l'ulcère de Buruli ;
10. lutte contre la schistosomiase et les helminthiases intestinales.

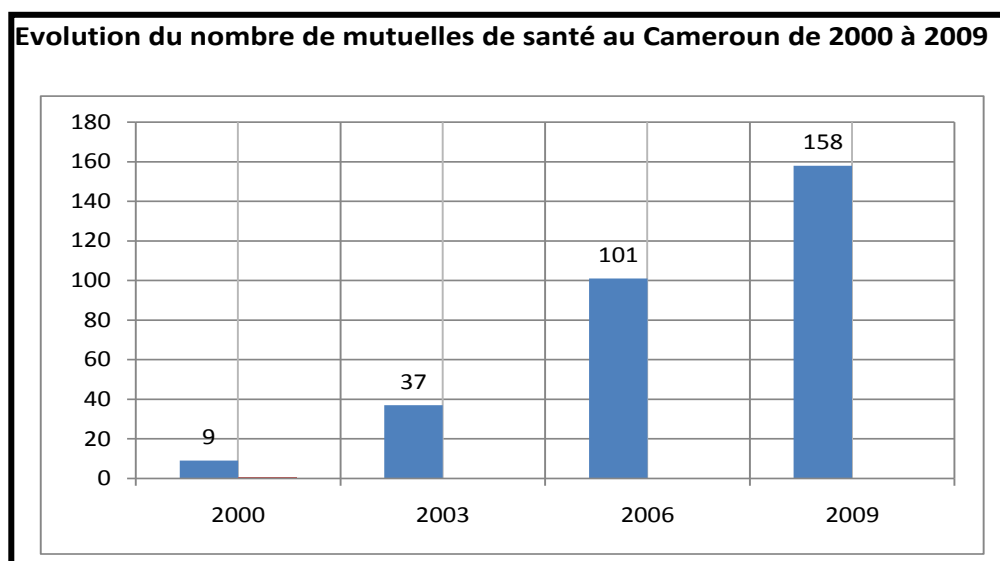
4) LA PROBLEMATIQUE DES MUTUELLES DE SANTE

On remarque cependant que formellement il n'existe aucun programme de promotion et de développement des mutuelles de santé. Pourtant plusieurs initiatives sont en cours sous la

tutelle de du MINSANTE dans le but de réduire les barrières financières d'accessibilité aux soins de santé de qualité par les populations défavorisées à travers le partage du risque maladie.

L'environnement est alors caractérisé par une absence de cadre institutionnelle et juridique favorable au développement des entreprises mutualistes. Cependant, la loi de 1990 sur les associations a constitué un référent pour les premières initiatives qui se développent sous la houlette des organisations nationales d'appui au développement local (ONG, Bureau d'études, associations, ...) avec l'appui des bailleurs de fonds.

C'est ainsi que C'est ainsi qu'en 2000, le BIT dénombrait 9 mutuelles au Cameroun. En 2003, un recensement organisé par le SAILD avec l'appui de la Concertation des mutuelles de santé en Afrique et du BIT/STEP avait trouvé 37 mutuelles en activité au Cameroun. A partir de cette date, de nouveaux acteurs se sont impliqués dans le processus de création des mutuelles de santé et ce mouvement connaît désormais une accélération. Les résultats obtenus en 2006 à l'issu d'un recensement effectué par la GTZ (actuel GIZ) présentaient alors un répertoire de 101 mutuelles au Cameroun. Une étude menée par EPOS Health Management (voir graphique ci-dessous) sur la demande du gouvernement camerounais et sur financement de la BAD a identifié 158 systèmes de mutualisation du risque maladie. Cependant le taux de pénétration reste très faible de l'ordre de 2%.



Il faut préciser que cet engouement pour la création des groupements de partage du risque maladie s'inscrit dans la stratégie sectorielle de la santé révisé en 2009 fixant comme objectif de couvrir 40% de la population et de créer au moins une mutuelle de santé par district de santé d'ici 2015..

Ce mouvement mutualiste reste encore peu structuré, dispersé, hétérogène et de petite taille. Bien qu'issues de la volonté même des populations, ces systèmes semblent souffrir d'une faible appropriation due essentiellement au manque de maîtrise des dirigeants de la complexité de la gestion de ces systèmes ; qui a d'ailleurs été assuré au départ par les organismes d'appui.

On relève également une très faible qualité de l'offre de soins qui discrédite les efforts menés par les responsables mutualistes pour convaincre les populations à adhérer aux mutuelles.

5) FINANCEMENT

Le Cameroun consacre **1,04%** de son PIB à la santé et en moyenne **4,47%** de ses dépenses publiques à la santé.

Année	2007	2008	2009
Dépense par habitant et par an (en \$)	16,7	11,3	13,4

Avec 14 dollars par habitant et par an, la dépense de santé au Cameroun reste largement inférieure aux normes recommandées au niveau international pour atteindre les OMD (34 dollars par habitant et par an).

Le budget de la santé représente moins de 5% du budget de l'Etat alors les accords d'Abuja recommande 15%.

Années	2006	2007	2008	2009
Total dépenses budget de l'Etat	1 861 000	2 251 000	2 276 000	2 301 400
Total crédits santé	84 077	105 266	87 629	113 330
%	4,52%	4,68%	3,85%	4,92%

Les dépenses de santé en fonction des programmes et sous programmes économiques de santé.

Domaine de la SSS	2007	2008	2009	Total
Santé de la mère, de l'adolescent et de l'enfant	10 617	6 135	2 447	19 199
Lutte contre la Maladie	66 187	16 143	24 996	107 325
Promotion de la Santé	265	934	0	1 199
Viabilisation du District de Santé	68 926	75 480	89 296	233 702
Total	145 995	98 691	116 739	361 426

Durant la période 2007-2009, le **Programme de la santé de la mère, de l'adolescent et de l'enfant** a connu une diminution constante de ses dépenses (-42,4% entre 2007 et 2008, et -60,1% entre 2008 et 2009). Leur poids sur les dépenses totales est de 5,3%, ce qui est très faible pour ce domaine qui apparaît essentiel pour l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant, socle des « OMDs santé ».

La lutte contre la maladie présente des dépenses en diminution de -75,6% en 2008 mais en augmentation de 54,8% en 2009. Ceci s'explique par la mobilisation importante des ressources du Fonds mondial de lutte contre le SIDA la tuberculose et le paludisme en 2007. Ce programme représente 29,7% des dépenses totales.

La viabilisation du district de santé, dont les dépenses ont augmenté de façon continue pendant toute la période (9,5% en 2008 et 18,3% en 2009), a bénéficié de 64,7% en moyenne du total des dépenses entre 2007 et 2009. L'évolution des ressources allouées à ce programme va dans le sens de l'accroissement des ressources humaines et du besoin d'améliorer la couverture sanitaire nationale.

Les dépenses relatives à **la promotion de la santé** sont très faibles (0,3% du total) et sont même nulles en 2009.

D'une façon générale, il existe un déséquilibre important entre les quatre programmes, ceux de la viabilisation du district de santé et de la lutte contre la maladie totalisant à eux seuls près de 95% de la dépense de santé.

S'agissant des sous programmes la répartition des dépenses est présentée en une désagrégation des domaines en classes.

CLASSE D'INTERVENTION (en million)	2 009	2 010	2 011	2 012	2 013	Total
1.1 Santé de la mère	2 318	2 887	9 208	15 046	21 842	51 301
1.2 Santé de l'enfant	12 545	15 437	23 810	34 267	47 855	133 914
1.3 Santé de l'adolescent	5	5	5	5	5	25
2.1 Lutte contre le VIH/SIDA	12 578	14 505	20 847	29 587	41 012	118 529
2.2 Lutte contre le paludisme et la tuberculose	14 541	16 526	27 006	40 235	59 149	157 457
2.3 Lutte contre les maladies non transmissibles	-	-	-	-	-	0
2.4 lutte contre les maladies tropicales négligées	-	-	-	-	-	0
2.5 lutte contre les épidémies, des catastrophes et autres évènements de santé publique	22	44	131	263	438	898
2.6 Contrôle de la maladie	51	89	139	203	279	761
2.7 Santé de la personne âgée	-	-	-	-	-	0
2.8 Santé Mentale et comportements humains	47	47	47	47	47	235
3.1 Communication intégrée en faveur des programmes de santé	8 105	13 378	17 003	18 128	19 309	75 923
3.2 Santé, nutrition et environnement	1 789	2 450	3 333	4 435	5 758	17 765
4.1 Offres de Services et soins	79 620	89 010	103 705	119 003	136 962	528 300
4.2 Médicament	731	911	1 030	1 053	1 084	4 809
4.3 Financement	11 909	11 909	11 909	11 909	11 909	59 545
4.4 Partenariat	2 904	3 122	3 256	3 246	3 288	15 816
4.5 Processus gestionnaire	4 377	4 510	4 820	5 258	5 823	24 788
4.6 Gouvernance	1 923	3 715	10 160	19 645	32 280	67 723
4.7 Prestation des services et soins de Santé	167	167	167	167	167	835
Grand Total	153 632	178 712	236 576	302 497	387 207	1 258 624

L'offre de services et soins (56,3%), la lutte contre le paludisme et la tuberculose (14,9%) et la lutte contre le VIH/SIDA (14,7%) sont les sous programmes dont le montant des dépenses est le plus important. Quand à la santé des personnes âgées aucun budget n'est prévu.

Les dépenses de santé en fonction de la source de financement

Source de financement (en million)	2007	2008	2009
ETAT (+PPTE+C2D)	62 169	76 062	85 254
GFTAM+GAVI	79 689	18 089	25 782
BILAT/SNU/MULTI	3 853	4 402	4 098

En-dehors de l'année 2007 au cours de laquelle les financements apportés par le Global Funds sont les plus importants, le budget de l'Etat reste la principale source de financement, couvrant plus des ¾ de la dépense de santé et augmentant chaque année durant la période sous revue. Par contre :

- Les financements des « bilatéraux et multilatéraux », hors appui budgétaire et annulation de la dette, restent très faibles avec moins de 5%. Après une très faible augmentation en 2008, ils connaissent une faible diminution en 2009;
- Les financements du Global Funds ont fortement diminué en 2008 ;
- Les autres financements – recettes propres et financement par la société civile – sont négligeables.

II SECURITE DU REVENU : SECTEURS SOCIAL, RURAL ET EDUCATION

Cette partie regroupe les garanties 2, 3 et 4 du socle de la protection sociale.

1) AU PLAN SOCIAL ET RURAL

Ce secteur a pour tête de file le MINAS. Ses actions sont essentiellement orientées vers une **Protection spéciale des enfants**. Les catégories d'enfants identifiés comme ayant besoin des mesures spéciales de protection (EBMSP) sont :

- les enfants séparés de leurs parents ;
- les enfants maltraités ;
- les enfants vivant et/ou travaillant dans la rue ;
- les enfants en conflit avec la loi ;
- les enfants exploités ;
- les orphelins et autres enfants vulnérables du fait du VIH et SIDA (OEV) ;
- les enfants réfugiés ;
- les enfants handicapés.

La stratégie de développement rural, adoptée en 2005, et dont la mise en œuvre va être renforcée au cours des années 2012-2020 vise à « Assurer la sécurité alimentaire, la durabilité des performances et réussir l'intégration dans les échanges ». Dans cette optique, quatre programmes, subdivisés en 18 sous-programmes ont été élaborés, et seront exécutés

dans le cadre de missions dévolues aux ministères de l'Agriculture et du Développement Rural, de l'Elevage, des Pêches et des Industries Animales, de l'Energie et de l'Eau, de la Foret et de la Faune, de l'Environnement et de la Protection de la Nature, de la Recherche Scientifique, des Mines, de l'Industrie et de l'Innovation Technologique.

2) AU PLAN DE L'EDUCATION

L'organisation et le fonctionnement de l'éducation au Cameroun sont régis par des lois, des conventions et des textes réglementaires. Les lois régissant l'éducation au Cameroun sont :

- la Constitution qui stipule dans son Préambule que : «L'Etat assure à l'enfant le droit à l'instruction. L'enseignement primaire est obligatoire. L'organisation et le contrôle de l'enseignement à tous les degrés sont des devoirs impérieux de l'Etat» ;
- la Loi n° 98/004 du 14 avril 1998 d'orientation de l'Education au Cameroun en son article 1^{er} alinéa 1 qui stipule que la présente Loi fixe le cadre juridique général de l'éducation au Cameroun et que celle-ci s'applique aux enseignements primaire, secondaire général et technique, ainsi qu'à l'enseignement normal (alinéa 2). En son article 2, alinéa 1, il est précisé que l'éducation est une grande priorité nationale et que l'éducation est assurée par l'Etat (alinéa 2) ; et que les partenaires privés concourent à l'offre d'éducation (alinéa 3) ;
- la Loi n° 2004/022 du 22 juillet 2004 fixant les règles relatives à l'organisation et au fonctionnement de l'Enseignement Privé au Cameroun.

S'agissant des conventions, le Cameroun a également souscrit en 2000 à la CDE dont quelques articles spécifiques sont présentés ci-dessous.

- **Article 28.1** : Les Etats parties reconnaissent le droit de l'enfant à l'éducation, et en particulier, en vue d'assurer l'exercice de ce droit progressivement et sur la base de l'égalité des chances :

a) ils rendent l'enseignement primaire obligatoire et gratuit pour tous ;

b) ils prennent des mesures pour encourager la régularité de la fréquentation scolaire et la réduction des taux d'abandon scolaire.

- **Article 28.2** : Les Etats parties prennent toutes les mesures appropriées pour veiller à ce que la discipline scolaire soit appliquée d'une manière compatible avec la dignité de l'enfant...

▪ **Disparités de la demande d'éducation**

L'éducation primaire pour tous est le second objectif de développement du millénaire. La priorité gouvernementale donnée à l'éducation se reflète dans le DSRP et le budget de l'Etat (les dépenses d'éducation représentent 30% des dotations budgétaires en 2005). Toutefois, plus de la moitié des dépenses éducatives demeurent à la charge directe des ménages.

Si le taux brut de scolarisation est plutôt élevé (supérieur à 90% en 2003) dans les deux systèmes, francophone et anglophone, le taux d'achèvement du cycle primaire demeure faible (la moitié des élèves) et le taux de redoublement élevé (près d'un quart des élèves). Le système connaît de fortes disparités selon les provinces et les statuts (privé ou public). L'affectation des enseignants camerounais ne prend pas suffisamment en compte les

besoins résultant de la démographie scolaire. Fait notable, 30% des élèves sont scolarisés dans le secteur privé.

Le système éducatif camerounais est marqué par des disparités selon le genre dans le primaire (accès et rétention), dans le premier cycle secondaire (où elles sont moindres), par contre elles sont plus importantes dans le second cycle et se stabilisent au niveau de l'enseignement supérieur.

Le phénomène de la scolarisation est loin d'être homogène sur l'ensemble du territoire national. La zone de résidence géographique constitue de loin le facteur différentiel le plus important avec près de 40 points d'écart entre le milieu urbain et le milieu rural. Cet écart est de 60 points si on oppose les Provinces du Nord et de l'Extrême Nord à celles du Centre, du Littoral ou du Sud. Dans les provinces septentrionales, on note une faible scolarisation de l'ensemble des enfants (filles et garçons confondus) pratiquement à tous les niveaux d'enseignement.

D'après l'enquête Camerounaise auprès des ménages ECAM II (2000/2001), la chance pour un enfant d'aller à l'école est fonction du revenu des parents.

On déduit qu'un enfant d'une famille pauvre (appartenant au 2^{ème} quintile de revenu) a 30% plus de chance d'aller à l'école qu'un enfant d'une famille appartenant au 1^{er} quintile de revenu (20% + pauvres) et cette probabilité d'accès va croissant au fur et à mesure que la famille appartient à un quintile de revenu plus important. La disparité (quant à l'accès au primaire) par rapport au revenu constaté va s'accroissant avec un niveau d'études plus élevé ainsi que le montre en annexe le tableau 3.4 du taux brut de fréquentation au niveau secondaire tel qu'il ressort de l'enquête EDSC⁸⁵ III (2004).

Enfin, dans le Supérieur il n'y a pratiquement aucun étudiant originaire du premier et du second quintile de revenu. Ces chiffres révèlent un degré très élevé d'inégalités économiques et sociales dans le système éducatif camerounais.

▪ **Politique nationale**

Au regard de la situation de l'enseignement et de la formation au Cameroun et du niveau de développement du pays, les priorités du secteur de l'éducation sont les suivantes : (i) l'universalisation de l'enseignement primaire, (ii) l'amélioration de l'accès et de l'équité dans les autres niveaux et types d'enseignement en fonction des ressources disponibles et des besoins de la société, (iii) l'amélioration de la qualité à tous les niveaux et (iv) l'amélioration de la gestion et de la gouvernance.

De façon plus spécifique, l'enseignement primaire au Cameroun est obligatoire, tel que le stipule la Constitution de 1996. Il a pour but d'assurer à tous les enfants camerounais la satisfaction des besoins éducatifs fondamentaux, de donner à tous les enfants d'âge scolaire l'instruction et l'éducation de base indispensables à leur propre développement et à celui du pays. Par ailleurs, l'universalisation de l'enseignement primaire participe du respect du droit de l'enfant à l'instruction et contribue à la lutte contre la pauvreté.

La stratégie sectorielle de l'éducation (SSE), mise au point en 2001, est actuellement en cours de refonte. Plusieurs actions concrètes ont été entreprises : (i) le Rapport sur l'Etat du Système de l'Education Nationale (RESEN) a été élaboré; (ii) la carte scolaire est disponible ; (iii) la réforme de la gestion des personnels a démarré (gestion des carrières et de la solde

désormais assurée pour l'essentiel par les ministères techniques); (iv) la loi sur l'enseignement privé a été adoptée en 2004.

La politique d'intégration des instituteurs vacataires (IVAC) est un sujet délicat, leur effectif étant quasiment équivalent à celui des titulaires. Son impact sur l'évolution des dépenses d'éducation à l'horizon 2015 sera déterminant dans la « soutenabilité » et la crédibilité de la politique éducative qui sera présentée aux partenaires dans le cadre de l'éligibilité du Cameroun à l'initiative « fast track ». Le besoin en ressources extérieures supplémentaires (gap de financement du plan sectoriel) est estimé à près de cent milliards de FCFA en 2015.

▪ **Interventions des partenaires extérieurs**

Plusieurs bailleurs de fonds interviennent dans le secteur éducatif, le plus important étant la Banque mondiale, qui a lancé en 2005 un nouveau programme (PASE) de 16 M US \$ sur 4 ans. Le Japon est également un partenaire majeur du secteur, avec un important programme de constructions scolaires. L'UNESCO, qui héberge à Dakar le pôle régional d'expertise co-financé par la coopération française, tente d'assurer localement depuis 2005 la coordination entre le gouvernement camerounais et les partenaires du secteur éducatif.

3) PROGRAMMES DE PROTECTION SOCIALE DU SECTEUR EDUCATION

Le rapport de l'UNICEF sur la protection sociale au Cameroun mentionne 10 programmes pour le secteur social qui se réfèrent aux dimensions constitutives de la protection sociale à savoir sécurité sociale et transferts sociaux. Ce sont :

- a) Soutien social aux jeunes en difficultés et autres marginaux de la rue ;
- b) Amélioration de la prise en charge des personnes handicapées ;
- c) Amélioration de la prise en charge des détenus ;
- d) Fonds d'indigence et de solidarité nationale ;
- e) Prise en charge des cantines scolaires dans les ZEP ;
- f) Appui aux OEV et autres enfants indigents ;
- g) Subventions des prix de certains produits de grande consommation ;
- h) Appui aux acteurs du secteur informel ;
- i) Assistance alimentaire dans les régions de l'Adamaoua, du Nord, de l'Etrême_Nord et de l'Est ;
- j) Wacap lutrena

Le secteur de l'éducation compte 2 programmes :

- Prise en charge des cantines scolaires dans les ZEP ;
- Appui au secteur éducatif.

III MATRICE DIAGNOSTIC DU SPS AU CAMEROUN

Garanties	Objectifs du SPS	Dispositions existantes en matière de SPS		Déficits		Structures, partenaires, ... impliqués
		Descriptions des programmes	Ce qui est prévu dans la stratégie	Gaps de conception	Gaps de mise en place	
Accès aux soins de Santé	Tous les résidents ont accès à un paquet de services de santé essentiels définis au niveau national	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Amélioration de la prise en charge socio sanitaire des PVVIH et populations à risque ; ▪ Rapprochement des soins de santé de la mère à l'enfant, des familles et des communautés; ▪ Vaccination ; ▪ lutte contre le paludisme ; ▪ lutte contre le sida ; ▪ lutte contre la tuberculose ; ▪ lutte contre la cécité ; ▪ lutte contre l'onchocercose ; ▪ lutte contre la lèpre et l'ulcère de Buruli ; ▪ lutte contre la schistosomiase et les helminthiases intestinales. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vision de mettre en place l'assurance maladie universelle ▪ Prise en charge gratuite de soins de santé aux enfants de moins de cinq ans ▪ Chèques santé pour les femmes enceintes et les enfants de 0-9 mois ▪ Gratuité du traitement du paludisme pour les enfants de 0-5 ans 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Insuffisance d'une stratégie cohérente de financement de la santé ▪ Fragmentation du système de financement de la santé ▪ Lenteur dans le processus de conception et de mise en place de la couverture du risque maladie à échelle 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inefficacité, iniquité du financement de la santé et l'accès aux soins ▪ Absence de financement de la couverture du risque maladie par l'Etat ▪ Faible compétence 	OMS UNFPA UNICEF BIT Coop. Suisse, Allemagne, France BAD UE
Sécurité de revenu pour les Enfants	Tous les enfants ont une sécurité de revenu	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prise en charge des indigents ▪ Gratuité de l'enseignement maternel et primaire : suppression des frais scolaires obligatoires dans les écoles publiques ▪ Soutien social aux jeunes en difficultés et autres marginaux de la rue ; ▪ Amélioration de la prise en charge des personnes handicapées ; ▪ Amélioration de la prise en charge des détenus ▪ Fonds d'indigence et de solidarité nationale ; ▪ Prise en charge des cantines scolaires dans les ZEP ; ▪ Appui aux OEV et autres enfants indigents ; ▪ Subventions des prix de certains produits 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ porter la croissance à environ 5,5% en moyenne annuelle dans la période 2010-2020 ▪ ramener le sous-emploi de 75,8% à moins de 50% en 2020 avec la création de dizaines de milliers d'emplois décents par an dans les dix (10) prochaines années ; ▪ ramener le taux de pauvreté monétaire de 39,9% en 2007 à 28,7% en 2020 ; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ insuffisance d'une stratégie cohérente de mise en œuvre et de financement 	Faible compétence	UNICEF PNUD PAM

Garanties	Objectifs du SPS	Dispositions existantes en matière de SPS		Déficits		Structures, partenaires, ... impliqués
		Descriptions des programmes	Ce qui est prévu dans la stratégie	Gaps de conception	Gaps de mise en place	
		<p>de grande consommation ;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Appui aux acteurs du secteur informel ; ▪ Assistance alimentaire dans les régions de l'Adamaoua, du Nord, de l'Extrême Nord et de l'Est ; 				
Personnes en âge de travailler	Toutes les personnes en âge de travailler qui sont incapables de gagner un revenu suffisant sur le marché du travail, bénéficient d'une sécurité de revenu	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Soutien social aux jeunes en difficultés et autres marginaux de la rue ; ▪ Fonds d'indigence et de solidarité nationale ; ▪ Subventions des prix de certains produits de grande consommation ; ▪ Appui aux acteurs du secteur informel ; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La sécurité alimentaire de toutes les couches sociales est garantie ▪ Les revenus des hommes et de femmes vivant en milieu rural se sont améliorés 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ insuffisance d'une stratégie cohérente de mise en œuvre et de financement 	Faible compétence	
Personnes âgées	Toutes les personnes âgées et handicapées résidentes ont une sécurité de revenu	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Amélioration de la prise en charge des personnes handicapées ; ▪ Fonds d'indigence et de solidarité nationale ; ▪ 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ insuffisance d'une stratégie cohérente de mise en œuvre et de financement • 	Faible compétence	

CHAPITRE 4 : ELEMENTS D'ÉVALUATION DES COÛTS DES COMPOSANTES D'UN SOCLE DE PROTECTION SOCIALE

En attendant la phase d'évaluation des coûts des composantes d'un socle de protection sociale par une méthodologie appropriée, nous présentons ci-dessous quelques données économiques de base.

I DONNEES ECONOMIQUES

Tableau 1 : Indicateurs socio-démographiques de base

Population, total (millions)	19.5
Taux de croissance (annuel %)	2.2
PBB (en \$ US) (milliards)	22.2
PNB par habitant (en \$ US)	1,136
Taux de croissance (annuel %)	2.0
Espérance de vie à la naissance (ans)	51.4
Mortalité infantile (pour 1,000 naissances vivantes)	94.6
Taux d'alphabétisation des jeunes femmes (% des femmes âgées 15-24)	77.5
Taux de prévalence du VIH, total (% de la population âgée de 15-49)	5.3
<i>Source: World Development Indicators, 2010</i>	

Tableau 2 : Analphabétisme

Milieu de résidence	Taux d'analphabétisme					
	2001		2004		2007	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Ydé/Dia	2,3	4,2	4,1	5,6	3,3	2,6
Autres villes	9,5	19,1	14,3	26,8	6,8	11,9
Urbain	5,4	10,9	10,1	18,6	5,8	9,1
Rural	25,0	42,8	29,0	54,0	23,0	42,6
Ensemble		16,4		30,2		

Source : INS, ECAM 2, EESI 1, ECAM 3

Tableau 3 : Indicateurs sur l'activité de la population

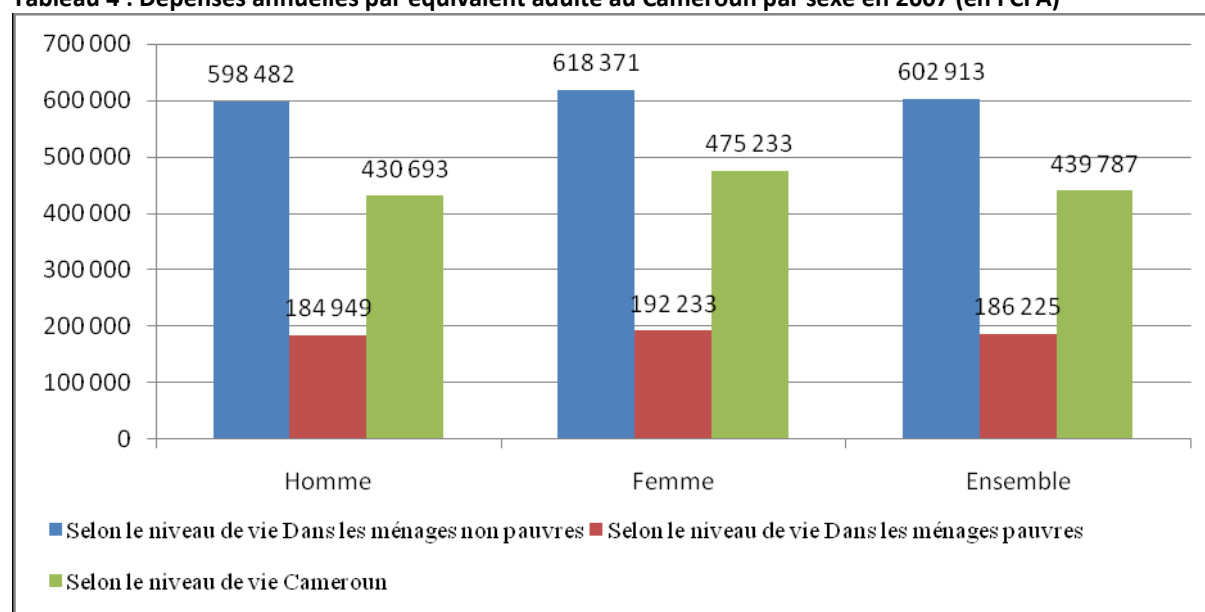
Indicateurs		2001		2005		2007					
Homme	Femme	Ensemble		Homme	Femme	Ensemble		Homme	Femme	Ensemble	
Population active (15-64 ans)		3 024 524		2 907 403		5 931 927					
Milieu de résidence		Urbain		1 171 857		821 971		1 993 828			
Rural		1 852 667		2 085 432		3 938 098					
Ville		Yaoundé		295 290		204 458		499 749			
Douala		376 362		235 662		612 024					
Autres villes		500 205		381 851		882 056					
Population active occupée (15-64 ans)		2 762 470		2 702 584		5 465 054					
Secteur	Formel (%)	25,8	8,7	17,3	16,7	5,6	11,2	15,1	5,2	10,2	
	Informel (%)	74,2	91,3	83,3	83,3	94,4	88,8	84,9	94,8	89,8	
Taux d'activité au sens BIT chez les 15-64 ans (en %)		77,5	66,9	71,9	74,8	68,3	71,4	86,2	79,5	82,8	
Milieu de résidence		Urbain		71,3		50,8		61,1		66,1	
Rural		82		76,4		78,9		80,2		77,4	
Ville		Yaoundé		69,7		49,2		59,6		63,2	
Douala		74,5		50,4		62,9		69,6		52,4	
Autres villes		69,9		51,9		60,8		65,4		53,4	
Taux de chômage au sens BIT* chez les 15-64 ans (en %)		8,1	6,1	7,1	4,8	5,1	4,9	2,6	3,5	3,1	
Milieu de résidence		Urbain		16,3		15,2		15,8		9	
Rural		2,7		1,6		2,1		2,3		1,6	
Ville		Yaoundé		69,7		49,2		59,6		63,2	
Douala		74,5		50,4		62,9		69,6		52,4	
Autres villes		69,9		51,9		60,8		65,4		53,4	
Douala		74,5		50,4		62,9		69,6		52,4	
Autres villes		69,9		51,9		60,8		65,4		53,4	
Douala		74,5		50,4		62,9		69,6		52,4	
Autres villes		69,9		51,9		60,8		65,4		53,4	
Douala		74,5		50,4		62,9		69,6		52,4	
Autres villes		69,9		51,9		60,8		65,4		53,4	
Douala		74,5		50,4		62,9		69,6		52,4	
Autres villes		69,9		51,9		60,8		65,4		53,4	
Douala		74,5		50,4		62,9		69,6		52,4	
Autres villes		69,9		51,9		60,8		65,4		53,4	
Douala		74,5		50,4		62,9		69,6		52,4	
Autres villes		69,9		51,9		60,8		65,4		53,4	
Douala		74,5		50,4		62,9		69,6		52,4	
Autres villes		69,9		51,9		60,8		65,4		53,4	
Douala		74,5		50,4		62,9		69,6		52,4	
Autres villes		69,9		51,9		60,8		65,4		53,4	
Douala		74,5		50,4		62,9		69,6		52,4	
Autres villes		69,9		51,9		60,8		65,4		53,4	
Douala		74,5		50,4		62,9		69,6		52,4	
Autres villes		69,9		51,9		60,8		65,4		53,4	
Douala		74,5		50,4		62,9		69,6		52,4	
Autres villes		69,9		51,9		60,8		65,4		53,4	
Douala		74,5		50,4		62,9		69,6		52,4	
Autres villes		69,9		51,9		60,8		65,4		53,4	
Douala		74,5		50,4		62,9		69,6		52,4	
Autres villes		69,9		51,9		60,8		65,4		53,4	
Douala		74,5		50,4		62,9		69,6		52,4	
Autres villes		69,9		51,9		60,8		65,4		53,4	
Douala		74,5		50,4		62,9		69,6		52,4	
Autres villes		69,9		51,9		60,8		65,4		53,4	
Douala		74,5		50,4		62,9		69,6		52,4	
Autres villes		69,9		51,9		60,8		65,4		53,4	
Douala		74,5		50,4		62,9		69,6		52,4	
Autres villes		69,9		51,9		60,8		65,4		53,4	
Douala		74,5		50,4		62,9		69,6		52,4	
Autres villes		69,9		51,9		60,8		65,4		53,4	
Douala		74,5		50,4		62,9		69,6		52,4	
Autres villes		69,9		51,9		60,8		65,4		53,4	
Douala		74,5		50,4		62,9		69,6		52,4	
Autres villes		69,9		51,9		60,8		65,4		53,4	
Douala		74,5		50,4		62,9		69,6		52,4	
Autres villes		69,9		51,9		60,8		65,4		53,4	
Douala		74,5		50,4		62,9		69,6		52,4	
Autres villes		69,9		51,9		60,8		65,4		53,4	
Douala		74,5		50,4		62,9		69,6		52,4	
Autres villes		69,9		51,9		60,8		65,4		53,4	
Douala		74,5		50,4		62,9		69,6		52,4	
Autres villes		69,9		51,9		60,8		65,4		53,4	
Douala		74,5		50,4		62,9		69,6		52,4	
Autres villes		69,9		51,9		60,8		65,4		53,4	
Douala		74,5		50,4		62,9		69,6		52,4	
Autres villes		69,9		51,9		60,8		65,4		53,4	
Douala		74,5		50,4		62,9		69,6		52,4	
Autres villes		69,9		51,9		60,8		65,4		53,4	
Douala		74,5		50,4		62,9		69,6		52,4	
Autres villes		69,9		51,9		60,8		65,4		53,4	
Douala		74,5		50,4		62,9		69,6		52,4	
Autres villes		69,9		51,9		60,8		65,4		53,4	
Douala		74,5		50,4		62,9		69,6		52,4	
Autres villes		69,9		51,9		60,8		65,4		53,4	
Douala		74,5		50,4		62,9		69,6		52,4	
Autres villes		69,9		51,9		60,8		65,4		53,4	
Douala		74,5		50,4		62,9		69,6		52,4	
Autres villes		69,9		51,9		60,8		65,4		53,4	
Douala		74,5		50,4		62,9		69,6		52,4	
Autres villes		69,9		51,9		60,8		65,4		53,4	
Douala		74,5		50,4		62,9		69,6		52,4	
Autres villes		69,9		51,9		60,8		65,4		53,4	
Douala		74,5		50,4		62,9		69,6		52,4	
Autres villes		69,9		51,9		60,8		65,4		53,4	
Douala		74,5		50,4		62,9		69,6		52,4	
Autres villes		69,9		51,9		60,8		65,4		53,4	
Douala		74,5		50,4		62,9		69,6		52,4	
Autres villes		69,9		51,9		60,8		65,4		53,4	
Douala		74,5		50,4		62,9		69,6		52,4	
Autres villes		69,9		51,9		60,8		65,4		53,4	
Douala		74,5		50,4		62,9		69,6		52,4	
Autres villes		69,9		51,9		60,8		65,4		53,4	
Douala		74,5		50,4		62,9		69,6		52,4	
Autres villes		69,9		51,9		60,8		65,4		53,4	
Douala		74,5		50,4		62,9		69,6		52,4	
Autres villes		69,9		51,9		60,8		65,4		53,4	
Douala		74,5		50,4		62,9		69,6		52,4	
Autres villes		69,9		51,9		60,8		65,4		53,4	
Douala		74,5		50,4		62,9		69,6		52,4	
Autres villes		69,9		51,9		60,8		65,4		53,4	
Douala		74,5		50,4		62,9		69,6		52,4	
Autres villes		69,9		51,9		60,8		65,4		53,4	
Douala		74,5		50,4		62,9		69,6		52,4	
Autres villes		69,9		51,9		60,8		65,4		53,4	
Douala		74,5		50,4		62,9		69,6		52,4	
Autres villes		69,9		51,9		60,8		65,4		53,4	
Douala		74,5		50,4		62,9		69,6		52,4	
Autres villes		69,9		51,9		60,8		65,4		53,4	
Douala		74,5		50,4		62,9		69,6		52,4	
Autres villes		69,9		51,9		60,8		65,4		53,4	
Douala		74,5		50,4		62,9		69,6		52,4	
Autres villes		69,9		51,9		60,8		65,4		53,4	
Douala		74,5		50,4		62,9		69,6		52,4	
Autres villes		69,9		51,9		60,8		65,4		53,4	
Douala		74,5		50,4		62,9		69,6		52,4	
Autres villes		69,9		51,9		60,8		65,4		53,4	
Douala		74,5		50,4		62,9		69,6		52,4	
Autres villes		69,9		51,9		60,8		65,4		53,4	
Douala		74,5		50,4		62,9		69,6		52,4	
Autres villes		69,9		51,9		60,8		65,4		53,4	
Douala		74,5		50,4		62,9		69,6		52,4	
Autres villes		69,9		51,9		60,8		65,4		53,4	
Douala		74,5		50,4		62,9		69,6		52,4	
Autres villes		69,9		51,9		60,8		65,4		53,4	
Douala		74,5		50,4		62,9		69,6		52,4	
Autres villes		69,9		51,9		60,8		65,4		53,4	
Douala		74,5		50,4		62,9		69,6		52,4	
Autres villes		69,9		51,9		60,8		65,4		53,4	
Douala		74,5		50,4		62,9		69,6		52,4	
Autres villes		69,9		51,9		60,8		65,4		53,4	
Douala		74,5		50,4		62,9		69,6		52,4	
Autres villes		69,9		51,9		60,8		65,4		53,4	
Douala		74,5		50,4		62,9		69,6		52,4	
Autres villes		69,9		51,9		60,8		65,4		53,4	
Douala		74,5		50,4		62,9		69,6		52,4	
Autres villes		69,9		51,9							

Ville	Yaoundé	17,9	18	18	11,4	18,1	14,3	6,3	11,5	8,7
Douala		22,3	20	21,3	10,7	14,2	12,2	7,7	13,7	10,4
Autres villes		10,9	10,5	10,7	6,1	8,7	7,3	3,4	4,5	3,9
Taux d'informalité (15-64 ans)		74,2	91,3	82,7	83,3	94,4	88,8	84,9	94,8	89,8
Milieu de résidence	Urbain	52,9	73,9	61,4	70	85,6	76,6	72,2	86,9	78,6
Rural		85,6	96,9	91,6	90,8	97,7	94,4	92,2	98	95,3
Taux de sous emploi global (15-64 ans)		61,2	82,4	71,8		56,9	80,9		69,0	
Milieu de résidence	Urbain		40,0	68,7	52,8	36,2	65,5		49,9	
Rural		74,0	88,5	81,6	69,8	88,5	79,6			

Source : INS, ECAM 2, EESI 1, ECAM 3

II DEPENSES PUBLIQUES DE PROTECTION SOCIALE

Tableau 4 : Dépenses annuelles par équivalent adulte au Cameroun par sexe en 2007 (en FCFA)



Source : INS, ECAM 3

Tableau 5 : Evolution de la pauvreté entre 2001 et 2007

2001				2007		
P0	P1	P2		P0	P1	P2
National	40,2	12,8	5,6	39,9	12,3	5,0
Milieu de résidence						
Urbain	17,9	4,3	1,6	12,2	2,8	1,0
Rural	52,1	17,3	7,7	55,0	17,5	7,2
Région d'enquête						
Douala	10,93	2,1	0,7	5,5	0,9	0,2
Yaoundé	13,3	2,7	0,9	5,9	1,0	0,2
Adamaoua	48,4	15,4	6,4	52,9	14,5	5,4
Centre	48,2	15,0	6,6	41,2	9,5	3,1
Est	44,0	15,4	6,7	50,4	15,7	6,2
Extrême-Nord	56,3	18,8	8,2	65,9	24,6	11,2
Littoral	35,5	10,1	4,2	30,8	7,7	2,7
Nord	50,1	15,5	6,4	63,7	21,0	3,6
Nord-Ouest	52,5	20,9	10,7	51,0	16,6	6,8
Ouest	40,3	11,1	4,2	28,9	6,6	2,3
Sud	31,5	7,2	2,4	29,3	7,4	2,7
Sud-Ouest	33,8	10,5	4,5	27,5	6,9	2,5
Groupe socio économique						
Salarié public	16,7	4,8	2,1	10,0	2,5	0,9
Privé formel	14,1	3,6	1,3	9,6	2,0	0,6
Informel agricole	56,9	19,0	8,5	59,6	19,4	8,1
Informel non agricole	31,7	8,9	3,4	23,0	5,3	2,1
Chômeur	25,0	6,1	2,4	11,0	2,5	0,9
Retraité	18,4	4,2	1,5	13,5	2,7	0,8

Autres inactifs	43,9	15,3	7,0	34,2	10,3	4,3
-----------------	------	------	-----	------	------	-----

Tableau 6 : Indicateurs sur les dépenses dans l'éducation

Indicateur	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2007
Dépenses							
Dépenses de l'éducation du MINEDUC et du MINESUP (en 10 ⁹ FCFA)	...	...	129,8	145,6	151,9	177,2	204,8
En % recettes de l'Etat	...	...	17,4	17,5	18,1	16,2	15,7
En % des dépenses de l'Etat	...	...	16,4	15,5	14,8	17,5	17,4
En % du PIB	...	...	2,6	2,8	2,8	3,1	3,3
Dépenses d'éducation par ménage par an	...	...	...	--	-	-	74 600
Dépenses d'un ménage pour un élève du primaire par an	...	...	...	-	-	-	20 000
Dépenses des ménages consacrées à l'éducation en % du total des dépenses totales des ménages	4,1	...	...	...	...	5,4	4,7
Dépense moyenne d'éducation par élève (FCFA)	22 700	...	...	...	...	48 046	47 490
Milieu urbain							
Pauvres	...	...	...	...	...	27 545	29 072
Non pauvres	...	...	...	...	...	89 614	87 461
Ensemble	...	...	...	...	...	79 780	80 207
Milieu rural							
Pauvres	...	...	...	...	...	13 525	15 450
Non pauvres	...	...	...	...	...	38 513	35 452
Ensemble	...	...	...	...	...	24 810	24 455

Tableau 7 : Evolution des crédits couverts (en millions de FCFA) du MINEDUB, MINSANTE, MINAS, MINESEC et du MINPROFF de 2005 à 2010

MINISTERE	2005	2006	2007	2008	2009	2010
EDUCATION DE BASE	81 040	103 154	109 429	113 368	153 102	167 728
SANTE PUBLIQUE	59 512	84 077	94 766	87 629	113 330	123 701
AFFAIRES SOCIALES	4 213	4 895	5 658	5 919	7 442	7 589
ENSEIGNEMENTS SECONDAIRES	140 257	150 413	164 224	168 156	204 507	208 624
PROMOTION DE LA FEMME ET DE LA FAMILLE	3 245	3 983	4 915	5 403	5 903	5 728
BUDGET CONSOLIDE DU CAMEROUN	1 721 000	1 861 000	2 251 000	2 276 000	2 301 400	2 570 000

Tableau 8 : Evolution en pourcentage des crédits couverts du MINEDUB, MINSANTE, MINAS, MINESEC et MINPROFF par rapport au budget total de 2005 à 2010

MINISTERE	2005	2006	2007	2008	2009	2010
EDUCATION DE BASE	4,71	5,54	4,86	4,98	6,65	6,53
SANTE PUBLIQUE	3,46	4,52	4,21	3,85	4,92	4,81
AFFAIRES SOCIALES	0,24	0,26	0,25	0,26	0,32	0,30
ENSEIGNEMENTS SECONDAIRES	8,15	8,08	7,30	7,39	8,89	8,12
PROMOTION DE LA	0,19	0,21	0,22	0,24	0,26	0,22

FEMME ET DE LA FAMILLE						
------------------------	--	--	--	--	--	--

Source : INS, TBS 3

Tableau 9: Quelques comparaisons internationales

PIB PAR HABITANT			Rang	TAUX DE SCOLARISATION		Rang	ESPÉRANCE DE VIE	
1	LIBYE	17 468	1	LIBYE	96	1	LIBYE	74
2	GUINNEE EQUATO.	16 262	2	SEYCHELLES	82	2	TUNISIE	74
3	GABON	10 941	3	GABON	81	3	MAURICE	73
4	SEYCHELLES	9 440	4	MAURICE	77	4	ALGERIE	72
5	BOTSWANA	8 929	5	AF. DU SUD	77	5	SEYCHELLES*	72
6	MAURICE	6 392	6	EGYPTE	76	6	CAP-VERT	72
7	AF. DU SUD	6 170	7	TUNISIE	76	7	EGYPTE	71
8	ANGOLA	5 709	8	ALGERIE	74	8	MAROC	71
9	ALGERIE	4 922	9	BOTSWANA	71	9	SAO TOME	66
10	TUNISIE	4 032	10	CAP-VERT	70	10	COMORES	65
11	NAMIBIE	3 805	11	NAMIBIE	67	11	MAURITANIE	64
12	CAP-VERT	3 665	12	SAO TOME	67	12	SENEGAL	63
13	CONGO	3 658	13	ZAMBIE	63	13	GHANA	60
14	SWAZILAND	2 903	14	OUGANDA	62	14	GAMBIE	59
15	MAROC	2 902	15	GUINNEE EQUATO.	62	15	MADASGACAR	59
16	EGYPTE	2 109	16	MALAWI	62	16	SOUDAN	59
17	SOUDAN	1 631	17	LESOTHO	62	17	TOGO	58
18	NIGERIA	1 490	18	SWAZILAND	60	18	ERYTHREE	58
19	CAMEROUN	1 290	19	MADASGACAR	60	19	NIGER	57
20	CÔTE D'IVOIRE	1 250	20	KENYA	60	20	BENIN	57
21	DJIBOUTI	1 240	21	MAROC	60	21	GABON	57
22	ZAMBIE	1 223	22	CONGO	59	22	GUINNEE	56
23	MAURITANIE	1 196	23	LIBERIA	58	23	CONGO	55
24	SENEGAL	1 110	24	TOGO	57	24	DJIBOUTI	55
25	SAO TOME	1 000	25	MOZAMBIQUE	55	25	MALI	55
26	TCHAD	936	26	ZIMBABWE	54	26	KENYA	54
27	KENYA	891	27	TANZANIE	54	27	ETHIOPIE	53
28	BENIN	856	28	GHANA	53	28	NAMIBIE	53
29	COMORES	855	29	NIGERIA	53	29	TANZANIE	53
30	GHANA	786	30	BENIN	52	30	BURKINA-FASO	52
31	LESOTHO	674	31	RWANDA	52	31	GUINNEE EQUATO.	52
32	MALI	657	32	CAMEROUN	51	32	OUGANDA	52
33	BURKINA-FASO	587	33	MAURITANIE	51	33	BOTSWANA	51
34	TANZANIE	519	34	GUINNEE	49	34	TCHAD	51
35	MADASGACAR	481	35	GAMBIE	47	35	CAMEROUN	50
36	CENTRAFRIQUE	479	36	COMORES	46	36	BURUNDI	50
37	GAMBIE	478	37	BURUNDI	45	37	AF. DU SUD	49
38	MOZAMBIQUE	472	38	ETHIOPIE	45	38	CÔTE D'IVOIRE	48
39	OUGANDA	469	39	SIERRA LEONE	45	39	MALAWI	48
40	TOGO	454	40	MALI	44	40	SOMALIE	48
41	GUINNEE	433	41	SENEGAL	41	41	NIGERIA	47
42	RWANDA	420	42	SOUDAN	40	42	RD CONGO	47
43	NIGER	387	43	CÔTE D'IVOIRE	38	43	GUINEE-BISSAU	46
44	ZIMBABWE*	340	44	GUINEE-BISSAU	37	44	RWANDA	46
45	SIERRA LEONE	335	45	TCHAD	37	45	LIBERIA	46
46	ETHIOPIE	317	46	RD CONGO	33	46	CENTRAFRIQUE	45
47	MALAWI	299	47	ERYTHREE	33	47	ZIMBABWE	44
48	ERYTHREE	295	48	BURKINA-FASO	30	48	ANGOLA	43
49	GUINEE-BISSAU	257	49	CENTRAFRIQUE	29	49	LESOTHO	43
50	LIBERIA	235	50	NIGER	26	50	SIERRA LEONE	43
51	RD CONGO	206	51	ANGOLA	26	51	ZAMBIE	42
52	BURUNDI	114	52	DJIBOUTI	26	52	MOZAMBIQUE	42
53	SOMALIE	ND	53	SOMALIE	ND	53	SWAZILAND	40
SOURCE: BANQUE MONDIALE 2008 EN DOLLARS. *EST. BANQUE MONDIALE			SOURCE: BANQUE MONDIALE 2008 EN DOLLARS. *EST. BANQUE MONDIALE 2007			SOURCE: BANQUE AFRICAINE DE BANQUE MONDIALE 2007		

2007		
------	--	--

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Le cadre politique et législatif du Cameroun met l'accent sur la mise en place d'un socle de protection sociale pour les populations les plus vulnérables. Le diagnostic rapide a montré que plusieurs programmes axés sur le socle de protection sociale sont déjà mis en œuvre. Cependant, on note une faible articulation et cohérence entre les différents programmes, et leur impact reste très faible.

Il est urgent de renforcer les mesures jugées prioritaires au niveau national :

- L'accès à l'éducation maternelle et primaire pour les enfants de 04 à 12 ans ;
- L'accès pour tous, surtout les plus vulnérables, aux services de santé essentiels.

Parallèlement, l'ensemble des parties prenantes à devront s'accorder sur le fait que les dispositifs et programmes actuels de protection sociale doivent être renforcés sur le plan de leur fonctionnement, de leur efficacité et leur efficience.

Certains programmes pourront être par exemple fusionnés comme par exemple les mesures de gratuité des soins pour les indigents, les césariennes et certaines maladies spécifiques au sein du Régime d'Assurance Maladie Universelle actuellement en projet au niveau national.

Pour d'autres, la complexité des mécanismes et procédures, les problèmes de ciblage des bénéficiaires, l'inadéquation entre les délais de paiement de l'Etat et les besoins de trésorerie des organisations bénéficiaires (exemple du subventionnement par l'Etat des organisations de parents d'élèves gestionnaires d'écoles publiques) devront être examinés et résolus.

ANNEXE 1 Articulation des objectifs généraux et spécifiques de la vision de développement du Cameroun

OBJECTIFS GENERAUX	OBJECTIFS SECTORIELS
1- Eradiquer la pauvreté en la ramenant à un niveau résiduel socialement tolérable, c'est-à-dire à un taux de pauvreté monétaire inférieur à 10%	Faire de la population un facteur effectif de développement Promouvoir la création d'une masse critique d'emplois décents Réduire les écarts entre riches et pauvres par l'amélioration des systèmes de redistribution Améliorer l'offre et garantir l'accès de la majorité aux services de santé de qualité Améliorer la protection et la sécurité sociales Augmenter l'offre, la qualité et l'adéquation de la formation
2- Devenir un pays à revenu intermédiaire avec un revenu moyen par tête supérieur à 3900 USD (valeur de 2007) par une croissance forte et durable dont les fruits sont mieux repartis	Accroître la productivité de l'économie, notamment en intensifiant les activités sylvo-agropastorales et piscicoles ainsi que l'extraction minière Intensifier les investissements dans les infrastructures et les secteurs productifs Préserver la stabilité macro-économique Promouvoir la mutation et la professionnalisation des services Promouvoir, vulgariser et valoriser les résultats de la recherche
3- Atteindre le stade de Nouveau pays industrialisé en améliorant le poids de l'industrie dans l'économie (notamment dans le PIB et les exportations)	Développer un secteur manufacturier sain, compétitif et diversifié, capable d'inverser la structure du commerce extérieur (exportations et importations) Collecter l'épargne et financer la croissance et le développement Modifier la structure des échanges extérieurs et élargir les marchés S'intégrer dans la sphère financière internationale et améliorer l'intermédiation bancaire
4-Renforcer l'unité nationale et consolider la démocratie en promouvant les idéaux de paix, de liberté, de justice, de progrès social et de solidarité nationale	Renforcer la solidarité nationale Consolider l'Etat, garant de l'intérêt général Promouvoir l'Etat de droit et la crédibilité du système judiciaire Assurer une plus grande participation des populations Consolider les libertés sociales (expression, association,...) Renforcer la sécurité des personnes et des biens Affermir la décentralisation et le développement local

Source : Vision Cameroun 2035

ANNEXE 2 Nomenclature de la SSS 2001-2015, Volet des Interventions de Prestation des Services et Soins de Santé

DOMAINE D'INTERVENTION	CLASSE D'INTERVENTION	CATEGORIE D'INTERVENTION	TYPES D'INTERVENTION DE PRESTATION
1. SANTE DE LA MERE, DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT	1.1 Santé de la mère	1.1.1 CPN recentrée et Consultation post natale	1.1.1.1 CPN
			1.1.1.2 MII / MILD
			1.1.1.3 PTME (dépistage, ARV prophylactique de la mère et l'enfant, soutien)
			1.1.1.4 TPI du paludisme
			1.1.1.5 C Post natale
			1.1.1.6 Soins post-abortum
			1.1.1.7 Dépistage et PEC des risques (cancers, fistules obstétricales, IST, Pré éclampsie, menaces d'accouchement prématuré, diabète, drépanocytose, asthme, épilepsie, troubles de comportements, etc.)
			1.1.1.8 Vaccination anti tétaniques
			1.1.1.9 Supplémentation en micro nutriments (Fer, acide folique, calcium...)
		1.1.2 Accouchement et Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgences	1.1.2.1 Accouchement propre et soins du cordon (activités communautaires, réorientation)
			1.1.2.2 Soins Obstétricaux d'Urgence de Base (SOUB)
			1.1.2.3 Soins Obstétricaux d'Urgence Complet (SOUC)
			1.1.2.4 Soins Obstétricaux Néonataux Essentiels d'Urgences (SONEU)
			1.1.2.5 PEC post abortum
			1.1.2.6 Dépistage et PEC des Fistules obstétricales
			1.1.2.7 Prise en charge des complications (Rupture Prématurée des membranes, Dystocies, éclampsie, hémorragie...)
		1.1.3 Planification Familiale	1.1.3.1 Counselling sur le choix de la méthode
			1.1.3.2 Offre de services de planification familiale et Prise en charge des effets secondaires (complications) des méthodes contraceptives.

DOMAINE D'INTERVENTION	CLASSE D'INTERVENTION	CATEGORIE D'INTERVENTION	TYPES D'INTERVENTION DE PRESTATION	
			1.1.3.3 Planification familiale dans le post-partum, post-abortum et chez les adolescents	
		1.1.4 Consultation des femmes et dépistage des cancers génésiques	1.1.4.1 Consultation préventive	
			1.1.4.2 Dépistage	
			1.1.4.3 Consultation curative et prise en charge	
		1.1.5 Consultation des mères et dépistage des fistules obstétricales	1.1.5.1 Dépistage	
			1.1.5.2 Consultation curative et prise en charge	
		1.2 Santé de l'enfant	1.2.1 Immunisation des enfants (PEV)	1.2.1.1 Vaccination contre les maladies évitables par la vaccination
			1.2.2 PECP de l'enfant exposé ou infecté au VIH	1.2.2.1 Diagnostic précoce à 6 semaines
				1.2.2.2 Prise en charge globale précoce (Suivi biologique, ARV et médicaments des infections opportunistes, Soutien (observance, nutrition, psychosociale), etc.)
			1.2.3 PCIME	1.2.3.1 PCIME communautaire
1.2.3.2 PCIME clinique				
1.2.3.3 PCIME Scolaire				
1.2.4 Consultation préscolaire	1.2.4.1 Surveillance de la croissance de l'enfant			
	1.2.4.2 Distribution des MII/MLD			
	1.2.4.3 Démonstrations diététiques dans les Formations Sanitaires et en stratégie avancée			
	1.2.4.4 Déparasitage			
	1.2.4.5 Supplémentation en micro nutriments (vit A, zinc, iode etc.)			
1.2.5 Prise en charge de la malnutrition	1.2.5.1 Prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë			
	1.2.5.2 Fortification alimentaire en micronutriments			
	1.2.5.3 Surveillance communautaire de la croissance de l'enfant			
	1.2.5.4 Promotion des démonstrations diététiques dans les Formations Sanitaires et en stratégie avancée			

DOMAINE D'INTERVENTION	CLASSE D'INTERVENTION	CATEGORIE D'INTERVENTION	TYPES D'INTERVENTION DE PRESTATION
			1.2.5.5 Déparasitage des enfants de 1 à 15 ans
	1.3 Santé de l'adolescent	1.3.1 Compétence à la vie courante	1.3.1.1 Séances d'écoute
			1.3.1.2 Prévention des grossesses précoces et non désirées chez les adolescents
			1.3.1.3 Services de santé de reproduction (SR) adaptés aux adolescents
			1.3.1.4 Lutte contre les pratiques néfastes (mutilations génitales, toxicomanie etc.)
			1.3.1.5 Education à la vie familiale et en matière de population (EVF/EMP)
			1.3.1.6 Prévention des IST/VIH
			1.3.1.7 Les consultations scolaires et extrascolaires
		1.3.2 Santé scolaire et universitaire	1.3.2.1 Développement des curricula d'enseignement de la prévention sanitaire
			1.3.2.2 Prise en charge des élèves malades par les FS les plus proches
			1.3.2.3 Développement des procédures et mécanismes de référence / contre référence entre les FS et les écoles par le biais des assistants sociaux
			1.3.2.4 Développement des Centres Médico sociaux des Universités en CMA
		1.3.3 Soutien aux orphelins et enfants vulnérables (0-18ans)	1.3.3.1 Prise en charge des OEV par les FS les plus proches
			1.3.3.2 Développement des procédures et mécanismes de référence / contre référence entre les FS et les OEV par le biais des assistants sociaux
			1.3.3.3 Subvention de la santé de l'enfant de la rue (voir amélioration du financement de la demande)
2. LUTTE CONTRE LA MALADIE	2.1 Lutte contre le VIH/SIDA	2.1.1 Prise en charge globale du VIH/SIDA	2.1.1.1 Prévention du VIH/IST
			2.1.1.2 Conseil et dépistage volontaire
			2.1.1.3 Prise en charge des PVVIH ¹ /TB-VIH

¹ Comporte : examen pré thérapeutique et de suivi biologique, soins, ARV, soutien psychosocial, et Activités Génératrices de Revenus ou AGR identification et référence au Ministère en charge des Affaires Sociales, Promotion de la femme et famille)

DOMAINE D'INTERVENTION	CLASSE D'INTERVENTION	CATEGORIE D'INTERVENTION	TYPES D'INTERVENTION DE PRESTATION
			2.1.1.4 Surveillance de la résistance aux ARV
			2.1.1.5 Prise en charge des orphelins et enfants vulnérables ²
			2.1.1.6 Prise en charge des IST
			2.1.1.7 Sécurité sanguine
			2.1.1.8 Nutrition des Personnes vivants avec le VIH/SIDA
	2.2 Lutte contre le paludisme et la tuberculose	2.2.1 Prise en charge globale du paludisme	2.2.1.1 Prévention de la transmission du paludisme ³
			2.2.1.2 Prise en charge des cas de paludisme
			2.2.1.3 Surveillance de la résistance aux antipaludéens
		2.2.2 Prise en charge globale de la tuberculose	2.2.2.1 Prise en charge préventive
			2.2.2.2 Dépistage des cas
			2.2.2.2 Prise en charge des cas de tuberculose/TB-VIH
2.2.2.3 Surveillance de la résistance aux anti tuberculeux			
	2.3 Lutte contre les maladies non transmissibles	2.3.1 Prise en charge globale des maladies non transmissibles	2.3.1.1 Prise en charge préventive ⁴
			2.3.1.2 Dépistage
			2.3.1.3 Prise en charge clinique ⁵
			2.3.1.4 Prise en charge des urgences médicales et chirurgicales
			2.3.1.5 Soins de réhabilitation
			2.3.1.6 Prise en charge communautaire

² Comporte : nutrition, soins curatifs, soutien psychologique, autres aspects (éducation, social, législatif voir Ministères concernés)

³ Promotion de l'utilisation des MII, Aspersions intra domiciliaires,

⁴ Actes médicaux permettant de prévenir la maladie : vaccination, frottis cervicaux...)

⁵ Incluant soutien psychologique et soins palliatifs

DOMAINE D'INTERVENTION	CLASSE D'INTERVENTION	CATEGORIE D'INTERVENTION	TYPES D'INTERVENTION DE PRESTATION		
	2.4 Lutte contre les maladies tropicales négligées	2.4.1 Prise en charge globale des maladies tropicales négligées	2.4.1.1	Prise en charge préventive	
			2.4.1.2	Dépistage	
			2.4.1.3	Prise en charge clinique ⁶	
			2.4.1.4	Prise en charge et réinsertion ⁷ communautaire	
	2.5 Surveillance intégrée des maladies et réponse	2.5.1 Surveillance Intégrée des maladies	2.5.1.1	Renforcement des capacités du système de surveillance en rapport avec le règlement sanitaire international	
			2.5.1.2	Réponse précoce (endiguement à la source)	
			2.5.1.3	Gestion de l'information en situation de crise	
			2.5.2 Contrôle des épidémies	2.5.2.1	Prise en charge curative des cas
				2.5.2.2	Prise en charge préventive
				2.5.2.3	Renforcement des mesures promotionnelles
				2.5.2.4	Evaluation de l'épidémie
			2.6 Gestion des catastrophes et autres événements de santé publique y compris ceux à portée internationale	2.6.1 Prise en charge des urgences et des victimes de catastrophes	2.6.1.1	Préparation aux catastrophes (Disaster preparedness ) ^{8}:
	2.6.1.2	Diagnostic humanitaire			
	2.6.1.3	Réponse humanitaire			
2.6.1.4	Evaluation				
2.7 Santé de la personne âgée	2.7.1 Santé gènesique	2.7.1.1	Dépistage des cancers gènesiques		
		2.7.1.2	Prise en charge des cas de cancers gènesiques		
	2.7.2 Gériatrie	2.7.2.1	Consultation gériatrique		
		2.7.2.2	Prise en charge préventive		

⁶ Incluant le soutien psychologique.

⁷ Incluant les Ministères en charge de l'Administration Territoriale et la Décentralisation et les Affaires Sociales, etc.

⁸ Cartographie des risques, simulation

DOMAINE D'INTERVENTION	CLASSE D'INTERVENTION	CATEGORIE D'INTERVENTION	TYPES D'INTERVENTION DE PRESTATION	
			2.7.2.3	Prise en charge curative des cas
			2.7.2.4	Réhabilitation
			2.7.2.5	Prise en charge communautaire
	2.8 Santé Mentale et comportements humains	2.8.1 Maladies mentales	2.8.1.1	Prise en charge des cas
			2.8.1.2	Prise en charge communautaire
			2.8.1.3	Préventif, curatif et promotionnel
		2.8.2 Troubles de comportement (Toxicomanie et usage des drogues, addictions diverses, les déviations, etc.)	2.8.2.1	Diagnostic des comportements à risque
			2.8.2.2	Prévention, prise en charge et réinsertion des malades
3. PROMOTION DE LA SANTE	3.1 Communication intégrée en faveur des programmes de santé	3.1.1 IEC/CCC	3.1.1.1	Conception des messages de communication par programme
			3.1.1.2	Conception des outils de communication intégrée
			3.1.1.3	Production des supports de communication intégrée en appui aux programmes de santé
			3.1.1.4	Diffusion des messages de communication intégrée en appui aux programmes de santé
			3.1.1.5	Promotion de la surveillance et de l'utilisation des supports éducatifs des programmes de santé
			3.1.1.6	Renforcement de la coordination de la communication intégrée en appui aux programmes de santé
	3.2 Santé, nutrition et environnement	3.2.1 Eau potable sécurisée	3.2.1.1	Surveillance et protection des sources d'eau potable
			3.2.1.2	Promotion des techniques de potabilisation d'eau de boisson
			3.2.1.3	Gestion de l'eau
		3.2.2 Hygiène du milieu et hygiène corporelle	3.2.2.1	Lutte anti vectorielle (env)
			3.2.2.2	Hygiène des aliments
			3.2.2.3	Hygiène des mains et corporelle
			3.2.2.4	Amélioration du cadre de vie environnemental en zones urbaine et rurale (habitat, déchets ménagers, construction/utilisation des latrines, etc.)
		3.2.3 Hygiène hospitalière	3.2.3.1	Promotion de la construction et de l'utilisation des incinérateurs

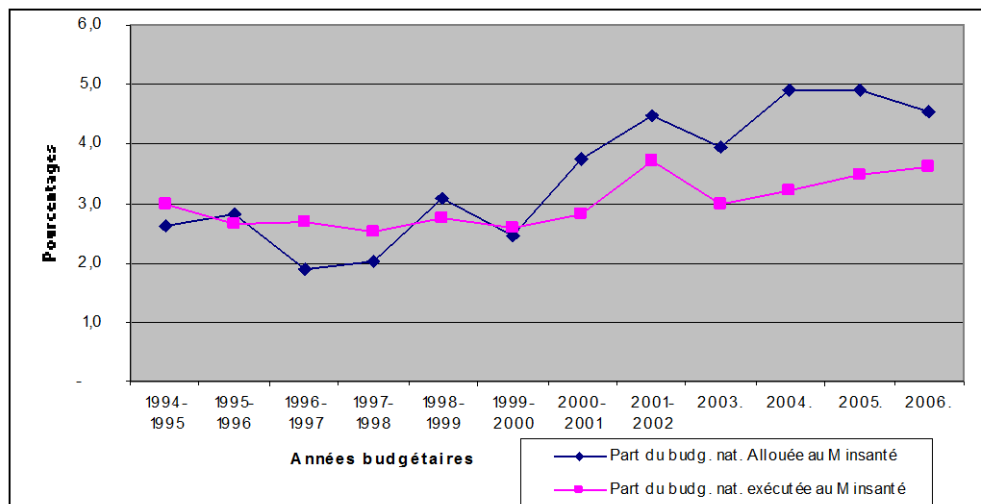
DOMAINE D'INTERVENTION	CLASSE D'INTERVENTION	CATEGORIE D'INTERVENTION	TYPES D'INTERVENTION DE PRESTATION		
			3.2.3.2	Promotion de l'hygiène et de la gestion des déchets en milieu hospitalier	
			3.2.4 Santé au travail	3.2.4.1	Promotion de l'hygiène en milieu professionnel
				3.2.4.2	Promotion de la sécurité en milieu de travail
		3.2.4.3		Prévention des maladies professionnelles	
		3.2.4.4		Promotion des comportements sains en milieu de travail	
		3.2.4.5		Mise en place des politiques de prévention et de prise en charge du VIH dans le secteur	
		3.2.5 Sécurité sanitaire des aliments	3.2.5.1	Promotion du contrôle de qualité des aliments	
			3.2.5.2	Promotion des normes	
			3.2.5.3	Promotion des bonnes pratiques de fabrication/préparation et conservation	
			3.2.5.4	Protection de la santé du consommateur	
		3.3 Prévention primaire de la malnutrition et des maladies non transmissibles	3.3.1 Alimentation et nutrition du jeune enfant	3.3.1.1	Promotion de l'allaitement maternel et alimentation de complément
				3.3.1.2	Promotion de la supplémentation en micro nutriments
			3.3.2 Nutrition de la femme enceinte/mère allaitante	3.3.2.1	Supplémentation en micronutriments (fer acide folique, calcium des femmes enceintes ou allaitantes, vitamine A post-partum)
				3.3.2.2	Alimentation adéquate de la femme en âge de procréer pendant la grossesse et l'allaitement
				3.3.2.3	Prise en charge nutritionnelle des femmes enceintes/mères allaitantes VIH positives
	3.3.3 Nutrition des adultes et personne du 3^{ème} âge		3.3.3.1	Promotion de la nutrition des personnes vivant avec le VIH ou le SIDA	
			3.3.3.2	Promotion de la nutrition de la femme en âge de procréer	
			3.3.3.3	Promotion de l'alimentation équilibrée chez la personne âgée	
	3.3.4 Prévention primaire des maladies non transmissibles à travers la nutrition et les Activités Physiques et Sportives		3.3.4.1	Promotion de la production des fruits et légumes	
			3.3.4.2	Promotion de la consommation des fruits et légumes	
3.3.4.3		Fortification alimentaire			
3.3.4.4		Promotion des activités physiques et sportives			
3.3.5 Promotion des comportements sains	3.3.5.1	Promotion des stratégies de lutte contre les tabous néfastes			
	3.3.5.2	Promotion de la lutte contre le tabagisme, alcoolisme et les drogues illicites			

DOMAINE D'INTERVENTION	CLASSE D'INTERVENTION	CATEGORIE D'INTERVENTION	TYPES D'INTERVENTION DE PRESTATION
			3.3.5.3 Promotion de l'approche genre et des droits humains

ANNEXE 3 Situation des allocations et exécution du budget de 1994 à 2006

Année	Prévisions			Exécution				
	Evolution du budget alloué			Evolution du budget exécuté			Taux d'exécution du budget (%)	
	National	MINSANTE	% budget national	National	MINSANTE	% budget national	National	MINSANTE
1994-1995	613 253 671 655	16 143 318 611	2,6	473 530 884 214	14 096 196 503	3,0	77,2	87,3
1995-1996	647 575 916 281	18 140 453 073	2,8	616 129 983 829	16 239 865 906	2,6	95,1	89,5
1996-1997	1 075 534 803 346	20 239 246 266	1,9	863 532 262 412	23 145 893 822	2,7	80,3	114,4
1997-1998	1 468 680 859 800	29 592 151 974	2,0	1 218 323 397 060	30 838 116 078	2,5	83,0	104,2
1998-1999	1 229 275 235 706	38 076 550 783	3,1	1 091 179 532 370	30 199 397 186	2,8	88,8	79,3
1999-2000	1 296 603 433 656	31 922 529 144	2,5	1 193 198 628 276	30 736 748 796	2,6	92,0	96,3
2000-2001	1 475 165 181 360	55 286 712 672	3,7	1 240 516 706 328	34 850 037 612	2,8	84,1	63,0
2001-2002	1 544 796 447 480	69 127 704 126	4,5	1 386 574 517 250	51 560 926 326	3,7	89,8	74,6
2003.	1 507 387 326 811	59 378 473 971	3,9	1 376 738 328 846	41 296 683 874	3,0	91,3	69,5
2004.	1 617 000 000 000	79 283 991 600	4,9	1 451 933 044 650	46 483 639 400	3,2	89,8	58,6
2005.	1 742 903 687 000	85 587 607 374	4,9	1 476 103 929 297	51 520 103 229	3,5	84,7	60,2
2006.	1 860 999 999 859	84 250 137 237	4,5	1 529 845 656 787	55 250 734 959	3,6	82,2	65,6

Représentation graphique de l'évolution des parts de budget national allouée et/ou exécutée au MINSANTE



BIBLIOGRAPHIE

- UNICEF, Synthèse de l'Etude diagnostique sur la protection sociale au Cameroun, rapport, juin 2011
- MINFORPRA, Guide pratique pour la retraite et la liquidation des droits, Novembre 2009
- Lois des finances exercices 2009 et 2010
- Cameroun, Document de Stratégies pour la Croissance et l'Emploi (DSCE) – 2010/2020
- INS, 2e Enquête Budget Tracking (PETS 2) – Volet SANTE, Décembre 2010
- MINSANTE, Cadre de dépenses à Moyen terme 2011-2014, Juin 2010
- INS, troisième édition du tableau de bord social sur la situation des enfants et des femmes au Cameroun (TBS3), Décembre 2009