

LE HANDICAP COMME RISQUE DE FAIBLE RECOURS AUX SOINS DE SANTE AU CAMEROUN

Victor Stéphane MVODO, démographe, MINEPAT, Cameroun

victorstphanemvodo@yahoo.com

(00233) 676 230 377 / (00233) 696 756 686

Résumé :

La santé occupe une place importante dans le processus de développement de l'individu comme de toute la société. De nombreuses personnes à travers le monde éprouvent des difficultés à accéder aux soins en raison de nombreux facteurs. Au rang de ces personnes se trouvent les personnes vivant avec un handicap. Les facteurs les plus cités constituant des obstacles au recours aux soins sont l'éloignement des centres de santé par rapport aux domiciles, les difficultés financières. A travers les données de l'EDS-MICS 2011 et en effectuant une analyse descriptive et explicative, il est question, à travers ce texte de montrer que les personnes handicapées éprouvent de nombreux besoins en santé mais qu'en raison des facteurs suscités et encore plus du fait de leur handicap, elles ne parviennent pas toujours à les satisfaire.

Mots clés : handicap, recours aux soins, accès aux soins

Abstract:

Health occupies an important place in the development process of the individual as the whole society. Many people throughout the world have difficulties accessing health care due to many factors. To the rank of these people are people living with disabilities. The most cited factors that act as barriers to seeking care are the remoteness of health centers compared to home, financial difficulties. Using data from the DHS-MICS 2011 and by performing a descriptive and explanatory analysis, it comes through this text to show that people with disabilities feel many health care needs but due to factors aforementioned and more because of their handicap, they do not always succeed to satisfy them.

Keywords: handicap care use, access to health care

INTRODUCTION:

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime que plus d'un milliard de personnes vivent avec une forme ou une autre de handicap. Cela représente environ 15% de la population mondiale. Le handicap est extrêmement divers. Si certaines affections associées au handicap entraînent une santé fragile et des besoins de soins de santé importants, il est également important de signaler que certaines maladies entraînent le handicap. Au Cameroun, la maladie serait la cause principale du handicap (INS, 2012). Toutes les personnes handicapées ont les mêmes besoins de soins de santé généraux que tout un chacun, et doivent donc avoir accès aux services de soins de santé courants. L'article 25 de la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées renforce les droits de ces dernières afin qu'elles atteignent la qualité de soins la plus élevée sans discrimination. Le droit à la santé et à l'accès aux soins est un droit fondamental défini par la Déclaration universelle des Droits de l'Homme de 1948 - « toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille » (Article 25) - et dont le respect est un important levier de développement. D'après l'OMS, les pays où les niveaux de santé (et d'éducation) sont les plus bas ne parviennent pas à soutenir de réelle dynamique de croissance et de développement.

Malgré la très grande importance accordée à la santé, de nombreuses personnes handicapées dans le monde continuent de trouver leurs besoins en santé insatisfaits. Selon l’OMS, les personnes handicapées indiquent rechercher davantage de soins de santé que les autres et avoir davantage de besoins non satisfaits. Une enquête récente portant sur les personnes ayant des troubles mentaux importants a montré qu’entre 35% et 50% d’entre elles dans les pays développés et entre 76% et 85% d’entre elles dans les pays en développement n’ont reçu aucun traitement au cours de l’année précédant l’enquête. Le processus de vieillissement de certains groupes de handicapés commence plus tôt que la normale. Les personnes handicapées seraient les personnes ayant des taux de comportement à risque plus élevés : tabagisme, mauvaise hygiène alimentaire et inactivité physique. En outre, la fréquence du handicap est en partie majorée du fait de populations vieillissantes et de l’augmentation des maladies chroniques. La progression du handicap pourrait également être liée aux conflits armés survenant de plus en plus dans certaines régions du monde et du fait des accidents de circulation qui font de nombreuses victimes sur les routes dans les pays en développement. Au regard de ces constats faits, il est urgent de comprendre les raisons qui expliqueraient que les personnes handicapées ont des besoins en santé non satisfaits ce d’autant plus que peu d’études s’y sont intéressées au Cameroun.

La dégradation du niveau de vie des populations malgré la volonté affichée des autorités politiques de lutter contre la pauvreté, touchant près de 40 % de la population camerounaise (INS, 2008), ne permet d’accéder à des soins de santé de qualité dans un environnement où l’offre de soins en terme de quantité et de qualité laisse à désirer (INS, 2010). Du fait de la stigmatisation dont souvent sont victimes les personnes handicapées (Mvodo, 2014, Demain, 2007), nous nous interrogeons sur leur niveau d’accès aux formations sanitaires aux fins de solliciter des soins. En effet, les obstacles qui empêcheraient d’accéder aux services de santé sont notamment les obstacles physiques liés à la conception architecturale des établissements de santé, au matériel médical et aux transports ; le manque de connaissances et de compétences des dispensateurs de soins ; les idées fausses quant à la santé des personnes handicapées, qui incitent à croire qu’elles n’ont pas besoin des services et des programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies ; le manque de respect pour les personnes handicapées ou les attitudes et les comportements négatifs à leur égard ; les difficultés d’accès à l’information et les problèmes de communication ; et le fait que les personnes handicapées sont mal informées sur leur droit d’accès aux services de soins de santé (OMS, 2014 ; Ancil H. et al, 2012 ; ODISSEE, 2012). Ce texte a pour but donc de documenter sur les statistiques d’accès et de recours aux soins dans la sous population des personnes handicapées en posant notamment comme hypothèse qu’en plus des facteurs traditionnels expliquant le faible recours aux soins (niveau de vie, niveau d’instruction, sexe du chef de ménage, le lien de parenté avec le chef de ménage, la religion pratiquée dans le ménage, l’âge des membres du ménage milieu de résidence...) le handicap constituerait le plus grand obstacle. Il s’agit de manière spécifique dans le contexte du Cameroun d’évaluer la proportion de personnes handicapées s’étant déclarées malade/ blessées ; d’établir le niveau de fréquentation des services sanitaires ou de recours aux soins; de dresser la liste des facteurs explicatifs du faible recours aux soins. Nous utilisons des données quantitatives issues de l’Enquête Démographique et Santé couplé à l’Enquête par Grappe à Indicateurs Multiples (EDS-MICS 2011). Trois parties meublent la suite de cet article. Tout d’abord le contexte général de l’étude où nous présentons la situation actuelle du pays en indiquant la situation du handicap, les indicateurs de santé, les politiques sanitaires et les politiques en faveur des personnes handicapées. Dans une seconde partie, nous essayons de mettre en lumière la littérature sur le

recours aux soins. En dernière partie, nous présentons les données, les méthodes et les principaux résultats obtenus.

1. CONTEXTE GENERAL DE L'ETUDE

Avant de comprendre les différentes dynamiques sous-tendant notre sujet, plantons-y d'abord le décor. Pour ce faire, nous y allons en deux temps. Dans un premier, nous présentons la situation du handicap notamment sa prévalence et les différentes politiques sociales visant l'émancipation des personnes handicapées ; dans un second temps, nous présentons l'état sanitaire en insistant sur quelques indicateurs de santé.

1.1. Contexte général de l'étude

1.1.1. Situation du handicap au Cameroun

Le troisième Recensement Général de la Population et de l'Habitat RGPH de 2005 a dénombré 262 119 personnes vivant avec au moins un handicap (c'est-à-dire personne sourde ou muette ou lépreux ou infirme des membres supérieurs ou infirme des membres inférieurs ou malade mental ou albinos) dont 127 381 femmes et 134 738 hommes. On a donc des taux de prévalence du handicap de 1,5 % pour l'ensemble ; 1,5 % pour les femmes et 1,6 % pour les hommes dans la population résidente du Cameroun. Le milieu rural a un taux plus élevé (1,7 %) que le milieu urbain (1,3 %). Les hommes représentent 51,4 % des personnes vivant avec un handicap contre 48,6 % de femmes. Les personnes vivant avec un handicap représentent 1,3 % de la population urbaine et 1,7 % dans la population rurale. La population de moins de 15 ans a une prévalence de 1,0 % tandis que celle de plus de 60 ans est à un taux de 5,7 %. Il semblerait que ces statistiques aient évoluées¹ car selon l'Enquête Démographique et de Santé couplée à l'Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (EDS-MICS) de 2011, il en ressort que 5,4 % de la population du Cameroun souffrent d'au moins un handicap. Les déficiences sensorielles (3,5 %) sont les plus fréquentes, en particulier les déficiences visuelles (2,2 %) et auditives (1,2 %), suivies des déficiences motrices (1,6 %), essentiellement les déformations des membres inférieurs ou supérieurs. Par ailleurs, 0,5 % de la population souffrirait de troubles du comportement et 0,4 % de la perte de certaines extrémités du corps. De façon générale, le handicap modéré² est dominant, il concerne 87 % des personnes, soit 4,7 % de la population.

En ce qui concerne les causes, la maladie se révèle être la principale cause du handicap (INS, 2012). Grâce donc à un meilleur système de santé, de nombreux cas de handicap pourraient ainsi être évités ou mieux pris en charge. La maladie est ainsi à l'origine de 44 % des cas de déficience auditive, 45 % des cas de déficience visuelle et 46 % des cas de troubles de comportement. La vieillesse constitue aussi une des causes non négligeables des handicaps. En effet, elle a été identifiée comme étant à l'origine de plus du tiers des cas de déficience visuelle (35 %), un peu moins du quart des cas de déficience auditive (23 %) et 14 % des cas de déformation des membre.

1.1.2. Etat de santé de la population camerounaise

Avant d'en venir aux indicateurs de santé, présentons brièvement le système de santé du Cameroun. Celui-ci est formé autour de trois sous-secteurs :

¹ Les statistiques concernant la prévalence du handicap varie en fonction des sources ; en effet, le Ministère des Affaires Sociales du Cameroun (MINAS) utilise le pourcentage de l'OMS qui est de 15%.

² Une distinction est opérée ici entre « handicap sévère » où l'individu ne peut pas du tout faire usage d'un ou de plusieurs de ses organes et « handicap modéré » où l'individu y parvient malgré quelques difficultés

Un sous-secteur public constitué des hôpitaux publics et des structures sanitaires sous tutelle d'autres administrations comme le ministère de la défense de l'emploi, du travail, de l'éducation

→ Un sous-secteur privé à but lucratif et à but non lucratif (confessions religieuses et ONG etc.)

→ Un sous-secteur de la médecine traditionnelle, composante importante du système au vu du nombre de plus en plus croissant de ses adeptes.

Les structures de soins quant à elles sont regroupées en trois niveaux d'interventions :

→ Le niveau central composé d'hôpitaux généraux de référence, Centre Hospitalier et Universitaire (CHU), hôpitaux centraux

→ le niveau intermédiaire composé d'hôpitaux régionaux et assimilés

→ le niveau périphérique constitué d'hôpitaux de district, Centres Médicaux d'arrondissement et les centres de santé

A présent, relevons quelques indicateurs de santé.

Morbidité au Cameroun

Au Cameroun, sur une période de 30 jours, en moyenne 11 % des membres des ménages déclarent être malades ou blessés³, 3,3 % sont des maladies ou des blessures graves, 4,6 % modérées et 3,1 % légères. La prévalence des maladies/blessures est légèrement plus élevée chez les femmes (12 %) que chez les hommes (10 %) ; de même, la proportion de personnes malades ou blessées est plus élevée chez les enfants de moins de cinq ans (13 %) et les personnes de 50 ans ou plus (21 %) que chez les personnes âgées de 5-14 ans (6 %) et de 15 à 49 ans (11 %). La population serait plus fréquemment malade ou blessée dans les grandes villes (14 %) que dans le reste du pays (10 %). De même, la prévalence déclarée des maladies serait légèrement plus élevée parmi la population des ménages les plus riches (13 %) que parmi celle des ménages les plus pauvres (9 %). Ces différences pourraient résulter d'une meilleure perception de ce qu'est « être malade » par la population des grandes villes et celle des ménages les plus riches par rapport aux autres.

La mortalité néonatale est d'environ 9,5 % dont quelques-unes des principales causes sont néonatales (infections graves, asphyxie, prématurée), la malaria, la pneumonie, les diarrhées. Dans la population tout âge confondue, les grandes causes de mortalité sont le virus du sida, les infections respiratoires, la malaria, les diarrhées, le choléra. Globalement, le risque de mortalité infanto-juvénile, c'est-à-dire le risque de décès avant l'âge de 5 ans, est de 122 ‰. En d'autres termes, au Cameroun, environ un enfant sur huit meurt avant d'atteindre l'âge de 5 ans.

En 2013, le risque de décéder est de 370 ‰ pour les hommes de 15 à 60 ans et de 341 ‰ pour les femmes de la même tranche d'âge. L'espérance de vie à la naissance est passée de 47 ans en 1980 à 58 ans en 1995. Mais on observe depuis cette période une tendance à la baisse. En 2013⁴, elle est située à 56 ans pour les hommes et 58 ans pour les femmes.

Recours aux soins

En 2011, on a enregistré 93 % personnes (malades ou blessées) ayant recours à une forme ou à plusieurs formes de soins/traitements. 52 % de ces personnes pratiquent l'automédication qui semble être le premier réflexe. Le recours aux soins/traitements sous n'importe quelle forme est relativement plus important en cas de maladie jugée grave que lorsqu'il s'agit de maladie légère

³ Cependant, cette classification est à interpréter avec prudence du fait qu'elle est basée uniquement sur l'appréciation des enquêtés

⁴ www.who.int

et il est un peu moins élevé pour les malades de 50 ans ou plus que pour les plus jeunes. Ce recours aux soins/traitements est moins fréquent en milieu rural (91 %) qu'en milieu urbain (96 %).

La couverture vaccinale du pays montre un taux de 46% en milieu rural et de 63% en milieu urbain. Les maladies diarrhéiques, de par leurs conséquences (déshydratation et malnutrition), constituent directement ou indirectement, une des principales causes de décès des jeunes enfants. Le paludisme demeure l'un des problèmes de santé publique les plus importants malgré tous les efforts de lutte déjà engagés par le gouvernement du Cameroun contre cette maladie. Les statistiques sanitaires révèlent qu'il est responsable de 24 % du total des décès dans les formations sanitaires, de 40 % à 45 % des consultations médicales et de 30 % des hospitalisations.

Dépenses en santé

En moyenne, elles sont estimées à 23 261 FCFA pour les premier et second recours aux soins. La dépense totale moyenne de santé est un peu plus élevée pour les femmes (23 972 FCFA) que pour les hommes (22 353 FCFA). La dépense moyenne de santé varie considérablement en fonction du niveau de bien-être des ménages: En effet, dans les ménages les plus pauvres, elles s'établissent à 11 703 FCFA et elles augmentent rapidement avec le niveau de bien-être pour atteindre 33 244 FCFA par malade dans les ménages les plus riches.

En ce qui concerne le financement de ces dépenses en santé, les chiffres montrent que l'essentiel des ménages procèdent par autofinancement. En effet, pour 76 % des ménages ayant eu au moins un malade, les dépenses de santé ont été payées totalement ou, en partie, par un ou plusieurs membres du ménage. Après avoir été principalement assuré par l'État durant des décennies, le financement des soins est actuellement diversifié. Y participent donc le budget de l'État (ministère de la Santé et autres départements ministériels), les ménages par le paiement direct, les ONG, l'aide extérieure, les entreprises et sociétés privées. En 2015, l'Etat y a consacré 5,52% du budget bien deçà des 10 % recommandé par l'OMS. Les aides extérieures des principaux partenaires représenteraient 20% du financement du secteur santé. Le type d'assistance dont bénéficie le secteur est essentiellement technique et financier. La coopération multilatérale est prédominante et s'effectue à travers les principales agences spécialisées du Système des Nations Unies, l'Union Européenne, la Banque Mondiale, la Banque Africaine de Développement et la Banque Islamique de Développement, le Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et Paludisme, UNITAID et la Fondation Clinton. La gratuité des soins n'existe pas malgré les annonces des responsables politiques instituant la gratuité du dépistage et du traitement du paludisme pour les moins de 5 ans. Le patient choisit son médecin et paye directement les soins qu'il reçoit. Mais ces frais ne sont pas remboursés, car il n'existe pas de système d'assurance maladie à l'exception de certaines sociétés privées qui prennent en charge les frais de maladie de leurs employés ou de certains particuliers. La tarification est variable selon les établissements (public ou privé, à but lucratif ou non lucratif).

1.1.3. Les politiques sociales et sanitaires

Statut des personnes handicapées au Cameroun

Le Cameroun a signé et ratifié de nombreuses conventions internationales sur le handicap telles que la Convention Relative aux Droits des Personnes Handicapées (CRDPH), adoptée par les Nations Unies en 2006 entrée en vigueur en 2008, avec pour objet de « promouvoir, protéger et assurer la pleine et égale jouissance de tous les droits de l'homme et de toutes les libertés

fondamentales par les personnes handicapées et de promouvoir le respect de leur dignité intrinsèque ». Sur le plan national, l'Etat a créé le Ministère des Affaires Sociales (MINAS)⁵ pour le traitement social du handicap. On a également assisté à la promulgation de la loi n° 83/013 du 21 juillet 1983, en 1985 relative à la protection des personnes handicapées et de son décret d'application n°90/1516 du 26 Novembre 1990. Ces dispositions prévoient un certain nombre de privilèges aux personnes handicapées parmi lesquels on retrouve une assistance médicale, matérielle, financière et psychosociale ; l'exemption des frais de scolarité pour leurs enfants, et autres formes d'aide en fonction du degré du handicap et l'accès aux institutions spécialisées pour ne citer que ceux-là. Ces dispositions réglementaires sont d'ailleurs complétées par la loi du 13 avril 2010 relative à la protection et la promotion des personnes handicapées. Le Cameroun a également mis en œuvre une des recommandations de l'OMS relative à l'établissement des données fiables renseignant sur le handicap. Cela s'est traduit par l'introduction des questions relatives au handicap dans les questionnaires des recensements et enquêtes nationaux et par la promotion et la vulgarisation de la recherche sur le phénomène.

Politique sanitaire au Cameroun

Dans le cadre de la lutte contre la pauvreté, le Cameroun a adhéré à la plupart des politiques sanitaires adoptées sur le plan international telle que la Charte africaine de développement sanitaire et les Soins de santé primaires. La politique sanitaire du Cameroun à travers la stratégie sectorielle de santé 2001 – 2015 se propose de renforcer la mise en œuvre des réformes du secteur santé et de réduire de 1/3 la charge morbide chez les pauvres et les populations vulnérables. Cette politique s'adosse sur les documents gouvernementaux notamment le DSCE (Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi) et la Vision 2035 pour une émergence du pays à l'horizon 2035. Plusieurs ONG interviennent aussi essentiellement dans la mise en œuvre des programmes de santé. Le pays applique les nouvelles pratiques en matière d'aide au développement, en rapport avec les Déclarations de Paris et de Rome, tout en privilégiant l'approche programme au niveau du secteur santé « SWAp ». Les domaines de développement du partenariat avec le Ministère de la Santé sont essentiellement constitués par l'appui budgétaire, l'appui institutionnel (suivi-évaluation, contractualisation, renforcement des districts de santé), la construction, équipement et maintenance des infrastructures sanitaires, la mise en œuvre des programmes prioritaires de santé. Il faut aussi relever qu'un cadre de concertation des partenaires en santé pour la mise en œuvre de la Stratégie Sectorielle de Santé a été mis en place.

1.2. Précisions conceptuelle et méthodologique

Pour un même niveau de compréhension, il souvent utile de préciser la signification et le sens des termes dont on a recours. C'est ce qui fait l'objet de cette partie.

Accessibilité, accès

L'accès et l'accessibilité aux soins sont des concepts utilisés en géographie et en économie de la santé. L'accessibilité est une des conditions de l'accès et du recours. Elle est alors un outil des politiques d'aménagement dans la mesure où l'objectif à atteindre est la réduction des inégalités d'accès aux ressources sanitaires pour servir en fin de compte la réduction des inégalités de santé dans la population (Bonnet P, 2002). L'étude de l'accessibilité aboutit aussi à l'établissement de normes sur une offre. En effet, jusqu'à quelle distance l'on considèrera que tel

⁵ C'est à la suite de la dislocation du Ministère des Affaires Sociales et de la Condition Féminine (MINASCOF)

ou tel service sanitaire est accessible ? L'accessibilité regroupe donc une dimension économique et une dimension géographique (Picheral H, 2001). Concernant l'accessibilité géographique c'est la notion de distance-temps entre l'utilisateur et la ressource sanitaire qui est privilégiée au sens de la capacité à produire un recours. Concernant l'accessibilité financière ou économique, elle tient de la capacité des individus sollicitant les soins à s'acquitter des frais y relatifs. Ces frais contiennent en général les frais de transport, les frais de consultations, les frais des examens médicaux, les frais de médicaments... Le paiement immédiat et séance tenante de ces frais constitue une des conditions pour recouvrer la santé dans les pays en développement où les systèmes d'assurance sont très peu développés. L'étude de l'accessibilité n'a donc d'intérêt que dans le rapprochement de l'offre (capacité et situation des ressources) et de la demande (peuplement et besoin de santé, capacité de payer). En fin de compte, nous retiendrons que l'accessibilité est le rapprochement de l'offre sanitaire que ce soit du point de vue de la distance entre les ménages et les lieux où les soins sont prodigués mais aussi en termes capacités infrastructurelles d'accueil des malades et de coûts.

Le recours aux soins

Certains travaux montrent que le non recours est un problème d'accès et non d'accessibilité (Ooorschot V. W. et Math A., 1996). Le non recours global est déterminé par des facteurs plus universels (la distance au service pourrait en être un) et donc extrêmement importants à étudier en comparaison des facteurs attachés à une caractéristique ou une maladie ou prestation particulière. L'OMS différencie le recours et l'accès, dans le sens où des inégalités d'accès sont alors plutôt des inégalités de couverture sociale (financement et ayant droit) et le recours la réalité finale de son usage (recours aux soins). Associés à cette pensée se situent les auteurs comme Mooney et Le Grand (Le Pen C., 1996) qui considèrent du point de vue économique l'accès comme l'offre d'un bien (ce que nous appellerons accessibilité au bien du point de vue géographique et économique confondus) et le recours comme sa consommation effective (que nous appellerons aussi recours et accès). Le modèle de recours d'Andersen et Adey, conçu pour l'étude de l'accessibilité des soins peut être affilié au modèle antérieur d'Andersen et Newman qui décrit des facteurs d'utilisation d'un service sanitaire (Haddad S., 1992). Les facteurs y sont groupés en trois catégories : *les facteurs prédisposant* (variables démographiques comme l'âge, le sexe, etc.), *les facteurs de capacité* comme les revenus et *les facteurs déclenchant* tels que besoins face à la maladie exprimés par le niveau perçu de besoins. Parmi ces facteurs de recours certains traitent directement de la notion d'accessibilité aux ressources en fonction de variables géographiques sur le demandeur ou l'offreur de soins.

En dépit de ces multitudes de conceptions, nous retiendrons que le recours aux soins concerne les personnes ayant déclarées être malades et /ou blessées au cours des 30 derniers jours précédant le passage de l'agent enquêteur dans le ménage et ayant cherchées une forme quelconque d'aide ou assistance médicale telle que l'automédication, le conseil d'un pharmacien ou celui d'un médecin à l'hôpital etc. Il s'agit ici du premier recours. Le non recours dans ce cas concerne les personnes ne cherchant aucune forme d'aide ou de conseil médical au cours de la période considérée mais attendant voir comment la maladie évoluera.

La santé

Au Québec, il est d'usage de considérer la santé dans une perspective dynamique plutôt que statique. Selon cette vision, la santé résulte d'une interaction constante entre l'individu et son milieu. Elle n'est plus considérée uniquement comme l'absence de maladie, mais comme une ressource de la vie quotidienne (Ancil H. et al, 2012). Précisément, la santé est définie comme la

capacité physique, psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie. Sa mesure se fait à partir d'indicateurs globaux comme la mortalité générale, l'espérance de vie ainsi que la perception de l'état de santé, physique et mentale. L'état de santé physique est mesuré à l'aide de données relatives aux maladies et aux traumatismes qui affectent tous les systèmes du corps humain –respiratoire, digestif, nerveux, reproducteur, etc. On peut aussi prendre en compte des événements survenant à l'échelle d'une population, comme les épidémies. L'état de santé mentale et psychosociale est évalué à l'aide de données sur la santé mentale dans ses composantes positives (par exemple, la satisfaction à l'égard de la vie) ou négatives (les idées suicidaires et les troubles mentaux, notamment), sur les problèmes d'adaptation sociale – incluant les différentes formes de violence, de négligence et d'abus –,sur l'intégration sociale et sur le développement de l'enfant. La mesure de l'état de santé de la population ne se limite pas à la somme des données de santé individuelles; elle implique aussi une analyse des écarts de santé au sein d'une population, entre les groupes qui la composent. Cette information est essentielle pour mieux cibler les actions (Anctil H. et al, op cite). Dans ce travail, nous nous limiterons aux perceptions et aux déclarations des individus sur leur état de santé sans qu'aucun examen ou diagnostic préalable ne soit établie.

Le handicap

La notion de handicap est très diverse. D'après la Convention des Nations Unies sur les Droits des Personnes Handicapées (2008), « *par personnes handicapées, on entend des personnes qui présentent des incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables dont l'interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à leur pleine et effective participation dans la société sur la base de l'égalité avec les autres* ». La loi camerounaise (loi n° 2010/002 du 13 avril 2010) définit le handicap comme *une limitation des possibilités de pleine participation d'une personne présentant une déficience à une activité dans un environnement donné*. La même loi définit la personne handicapée comme *toute personne dans l'incapacité d'assurer par elle-même tout ou partie des nécessités d'une vie individuelle ou sociale normale, du fait d'une déficience physique ou mentale, congénitale ou non*. Dans ce contexte, la déficience est considérée comme toute perte de substance ou altération d'une fonction ou d'une autre structure psychologique, physiologique ou anatomique. La déficience est constatée par un médecin qui délivre un certificat médical spécial et gratuit qui indique la nature de la déficience et le taux d'incapacité ou d'invalidité. Dans notre étude nous définissons la personne handicapée comme toute personne qui déclare éprouver des difficultés à réaliser une activité de la vie quotidienne (telle que voir, marcher, entendre, parler, s'occuper de soi-même...) à cause d'un problème de santé ou à cause de l'absence ou du dysfonctionnement d'une ou de plusieurs parties de son corps.

2. BACGROUND THEORIQUE ET REVUE DE LA LITTÉRATURE SUR LE RECOURS AUX SOINS

La fréquentation des services de soins est liée aux éléments de demande et d'offre. Les derniers sont liés aux caractéristiques du système de santé pouvant influencer la manière dont les soins des médecins sont consommés par les populations. Les premiers quant à eux sont liés à la manifestation de l'individu à solliciter des soins ou pas.

2.1. La demande de soins de santé

2.1.1. Les différences sociales et le poids des cultures.

Le rapport au corps et au système de soins n'est pas le même selon les classes sociales. Les plus pauvres peuvent avoir une approche fonctionnaliste du corps alors que les plus riches ont un recours davantage motivé par l'esthétique. La perception des risques peut être différente et le rapport aux institutions sanitaires peut conduire à un renoncement aux soins qui relève d'un refus du système (Desprès C. et al, 2011). Cette analyse tend à montrer que les plus défavorisés financièrement seraient donc en mauvaise état de santé. Or ce n'est pas toujours le cas car comme le montre Anctil H. et al (2012), d'autres déterminants interviennent.

La religion et l'ethnie, à travers les normes, les valeurs et les pratiques qu'elles véhiculent, sont deux facteurs susceptibles d'influencer les perceptions, les attitudes et la fréquentation des services de santé. Selon Akoto et al (2002), la religion régit la vie des fidèles, tant sur le plan des comportements que des pratiques. L'influence de la religion sur la fréquentation des centres de santé dépendra du groupe auquel on appartient. Pour beaucoup d'auteurs (Mongbet, 2013, Koné, 2010, Randriamanambintsoa, 2010), la religion chrétienne, facteur de changement et d'adaptation, favorise le recours à la médecine moderne donc la fréquentation des centres de santé. L'islam en revanche favorise le recours à la médecine traditionnelle (non fréquentation des centres de santé). Fournier et Haddad (1995) notent que : *« lorsque dans une même communauté cohabitent des populations d'origine ethnique différente, les comportements d'utilisation peuvent sensiblement varier d'un groupe à l'autre. Ces variations peuvent exprimer des différences culturelles dans les perceptions et les interprétations des symptômes ou dans les attentes concernant l'efficacité des traitements »*.

Les représentations sociales du handicap au Cameroun sont fonction de l'appartenance ethnique et religieuse. Le pays compte plusieurs ethnies. On distingue, pas moins de 279 ethnies avec pour chacune d'entre elle, sa langue, plus ou moins distincte des autres selon leur proximité géographique. Chacune de ces ethnies a une façon qui lui est propre de voir le handicap (Mvodo, 2014, Demain, 2007). Dans la plupart des cas, les mythes et les conceptions sur le handicap sont à fort potentiel dévalorisant et renforcent la construction et la structuration des préjugés et des stigmates qui défavorisent la personne handicapée. Ces mythes sont, dans la majorité des cas, relatifs aux prétendus pouvoirs mystiques que détiendraient des personnes handicapées (malchance, chance, guérison, etc.) (Fopa, 2010). Pour ce qui est des fondements de ces mythes, ils sont de plusieurs ordres notamment, l'ignorance, la croyance à la magie et à la sorcellerie. Les conséquences sont que les personnes handicapées sont stigmatisées et la thèse scientifique du handicap rejetée. On ne saurait manquer de signaler de nombreux cas de mutilations des albinos en raison des croyances fallacieuses qui sont courantes à leur égard. Les handicapés mentaux quant à eux sont abusés sexuellement car, selon certaines mentalités profondément ancrées dans le pays, ils apporteraient la chance. Dans de nombreuses familles, des jeunes enfants handicapés sont cachés dans certaines pièces de la maison d'où ils ne sortent presque jamais afin de les tenir éloigner du regard des visiteurs. La personne handicapée est donc traitée comme sous-produit humain (MINAS et al, 2010). Cette mauvaise perception ne favoriserait donc pas une attention particulière et un accès aux soins adéquat aussi bien au sein du noyau familial que dans les centres de santé.

2.1.2. Les caractéristiques sociodémographiques pour expliquer le faible recours

Ces caractéristiques établissent un lien entre la fréquentation des centres de santé et les caractéristiques sociodémographiques telles que l'âge, le sexe, la taille et la structure du ménage, le niveau d'instruction...

L'âge et le sexe

De manière générale, la fréquentation des services de santé est liée au sexe et à l'âge. Ce qu'on l'on peut constater de manière générale, c'est que les femmes fréquentent plus les hôpitaux que les hommes. Cela pourrait être dû comme nous l'avons déjà mentionné plus haut au rapport au corps (INS, 2012 ; Commeyras C et Ndo J.R., 2003). Les hommes seraient plus enclin à supporter certaines affections que les femmes, qui généralement au moindre mal survenant sur leur corps, surtout lorsque les moyens le permettent, se rendent dans un centre de santé ; tandis que les hommes s'y rendent lorsque la gravité du mal est avérée. C'est ainsi qu'au Cameroun, la prévalence des maladies/blessures est légèrement plus élevée chez les femmes (12 %) que chez les hommes (10 %) (INS, 2012). Cela ne signifie pas que les femmes seraient plus enclines à tomber malades ou alors du fait de leur prétendu fragilité, elles seraient plus exposées mais du fait qu'elles se déclarent souvent plus malades que les hommes. Relevons toutefois que selon l'OMS⁶, les femmes détiendraient de manière générale une espérance de vie à la naissance plus grande que celle des hommes. Ces inégalités s'expliquent en partie par un certain nombre de facteurs sanitaires et sociaux, parmi lesquels un inégal accès aux soins et aux pratiques sanitaires de base (Beltzer N., 2014).

La fréquentation des services de santé en Afrique, se fait dans un but purement curatif, la dimension préventive étant négligée. Les enfants de moins de 5 ans et les personnes âgées se recrutent parmi les personnes qui s'y rendent le plus en raison de la fragilité sanitaire de ces deux catégories. Les enfants de moins 5 ans du fait du climat tropical et de la pauvreté sont exposés à de nombreuses affections telles que les maladies respiratoires et la malaria. Il est connu que du fait de l'âge, la santé se dégrade. La non prise en charge sanitaire accroît la dégradation de cet état de santé et qui à terme conduit selon l'OMS inéluctablement vers une situation de handicap.

Lien de parenté

Dans de nombreux ménages africains, on y trouve de nombreuses personnes ayant plus ou moins des liens étroits avec le chef de ménage. Au Cameroun, la taille des ménages tourne autour de cinq personnes par ménage. Du fait de la jeunesse de la population camerounaise, en dehors des parents (père et mère), le reste des membres sont à la charge de ceux-ci, impliquant par la même occasion des coûts relatifs à la nutrition, à l'éducation et à la santé, très importants. Dans un contexte de pauvreté et d'absence d'assurance maladie, la prise en charge d'un des membres par les parents dans l'un des domaines suscités répond à une logique de préférence ou d'optimalité. En effet, les parents en l'occurrence le chef de ménage accordera plus d'attention à un membre du ménage que si le lien avec celui-ci est très étroit (Mvodo, 2014 ; Mongbet, 2013). Pour Mongbet (2013), les individus ayant un lien étroit avec le chef de ménage courent 32 % moins de risque de se faire consulter par le personnel informel par rapport à ceux dont le lien n'est pas rapproché. C'est ainsi que le chef de ménage financera plus facilement les dépenses en santé (ou en éducation) de son propre enfant par rapport à un enfant qui lui a été confié. Tout comme le chef de ménage accordera plus d'attention (affection et moyens financiers) à la personne qu'il juge à même d'en bénéficier qu'à un autre. C'est ainsi que dans de nombreux

⁶ <http://www.who.int/features/factfiles/women/fr/>

ménages, les personnes handicapées sont négligées au profit des autres membres du ménage sur les aspects liés [à l'éducation et] la santé (Mvodo, op cite) du fait qu'elles sont considérées comme des sous hommes. Les chefs de ménage jugent en effet que les personnes handicapées sont moins productives et ne le seront jamais ; l'on ne jugerait donc pas de l'opportunité d'effectuer des investissements en leur faveur.

Niveau d'instruction

L'éducation se réfère le plus souvent à l'instruction qui est l'acquisition des connaissances du savoir et savoir-faire, ou la scolarisation qui renvoie à l'exposition au système scolaire. L'une des premières richesses susceptible de favoriser l'adoption des comportements favorables à la santé est évidemment le savoir. L'instruction apparaît ainsi comme l'un des principaux facteurs explicatifs du comportement humain. En effet, plusieurs études ont mis en évidence l'influence de l'instruction sur la fréquentation des services de soins (Anctil H. et al, 2012 ; Jusot F. et al, 2008 ; J. Vallin et al, 2002). Ces études montrent en effet que les personnes éduquées ont une probabilité plus élevée de recourir aux soins de santé et surtout aux soins de spécialistes. Cet effet de l'éducation s'expliquerait par le fait que les personnes bien éduquées possèdent des revenus conséquents le leur permettant et ont une attitude proactive dans la recherche et le suivi des soins.

2.1.3. Les capacités économiques et financières

Cette approche essaie d'expliquer le recours aux soins par les ressources disponibles et les coûts de traitement. Les inégalités de recours aux soins s'expliqueraient par l'existence des barrières culturelles et informationnelles, caractéristiques des populations les plus pauvres et moins éduquées qui ont un recours aux soins plus tardif et davantage orienté vers les soins curatifs, en raison d'une moindre connaissance des filières de soins ou d'un rapport différent au corps et à la maladie (Couffinhall et al., 2005). Le revenu influence positivement le recours aux soins. En effet, les riches payent plus aisément les frais de consultations, d'hospitalisation, de médicaments et de transport. Ils pourront ainsi s'offrir les soins modernes. Les personnes pauvres, en revanche, ne peuvent pas recourir à ces services; elles n'auront d'autres choix que de recourir à la médecine traditionnelle qui permet aussi des paiements en nature (Mongbet, 2014 ; Akoto et al, 2002) ou à l'automédication. Des études ont montré que les travailleurs non manuels ont une probabilité plus élevée de recourir à des soins de santé (surtout à des spécialistes) que les travailleurs manuels, les professions libérales et les agriculteurs (Jusot F. et al., 2008). En effet, le recours plus important aux soins des travailleurs non manuels serait dû à leur niveau de ressources plus élevées et à une attitude différente vis-à-vis du système de soins. Selon l'OMS, l'accessibilité économique des services de santé et celle du transport sont les deux principales raisons qui font que les personnes handicapées ne reçoivent pas les soins de santé nécessaires dans les pays à revenu faible. En effet, 32% à 33% des non-handicapés n'ont pas les moyens de s'offrir des soins de santé, contre 51% à 53% des handicapés.

Black et al (1982) montra qu'en Angleterre depuis 1980 que l'état de santé d'un individu était étroitement lié à sa position dans la structure sociale. La notion de gradient de santé permet de décrire cette situation qui fait que ceux qui se trouvent en haut de la pyramide sociale ont un meilleur état de santé que ceux qui se trouvent en dessous d'eux et ainsi de suite jusqu'à ceux qui sont les plus démunis. Dans les pays en développement, étant donné l'étroitesse des ressources, ceux-ci optent pour les soins curatifs alors que dans les pays développés, leur attention est focalisée sur les soins de spécialité et relevant de la prévention. Or, un moindre recours dégrade

l'état de santé et le recours tardif pour des soins dits de réparation est plus coûteux pour la collectivité (Dourgnon P. et al, (2012) et peut même conduire à une situation de handicap.

Si les circonstances sociales ont une influence sur l'état de santé, le lien est à double sens. Ainsi le mauvais état de santé est l'une des premières causes du chômage et de sortie de l'emploi vers l'inactivité quand elle sélectionne les individus sur le marché du travail (Jusot F, et al, 2007). A partir de là, il devient évident de comprendre pourquoi les personnes handicapées sont les plus pauvres car ayant des besoins en santé non satisfaits (Jusot F, 2008). Si la santé influe sur la probabilité d'obtenir un emploi, l'absence d'emploi influe sur la santé et les chômeurs sont aussi en première ligne face à la maladie confirmant l'influence des facteurs psychosociaux comme l'estime de soi (Legros et al, 2012). Elles soulignent que le besoin de recours au médecin est concentré chez les pauvres alors que le recours effectif est observé chez les riches. En d'autres termes, ce sont les populations les plus pauvres, celles qui ont l'état de santé le plus détérioré qui ont les recours les plus faibles aux soins.

2.2. L'offre de soins thérapeutiques

Ici l'analyse repose essentiellement sur l'offre de service en soins de santé. Elle essaye d'expliquer la sous-utilisation des services de santé dans les pays à faibles ressources par une offre insuffisante de services de soins de santé en quantité et en qualité. En effet, la manière dont sont organisés et financés les systèmes de santé peut jouer un rôle déterminant sur la demande de soins des différents groupes sociaux et la réponse offerte par les professionnels de santé.

2.2.1. L'insuffisance d'infrastructures sanitaires

La capacité administrative et organisationnelle nécessaire au fonctionnement des services de santé est très déterminante sur le recours thérapeutique. En effet, le recours pourrait être plus important du fait d'un nombre important d'infrastructures sanitaires disséminées à travers le territoire (Mongbet, 2013 ; Gastineau, 2000 ; Couffinhal et al., 2005). Cette dissémination des infrastructures sanitaires pourrait favoriser un accès important. Les problèmes d'offre se posent également du fait que c'est dans les grandes agglomérations que l'on rencontre les plus grands centres de santé et tous les spécialistes. Dans ces conditions, il paraît logique de constater que les populations vivant dans les grandes villes consommeront encore plus les soins des médecins (généralistes comme spécialistes) que les populations des zones rurales ou des populations des petites agglomérations. Au-delà des infrastructures, nous devrions également avoir un personnel qualifié capable de répondre aux exigences de la population. Or dans les années 1980-1990, les structures de santé se sont effondrées sous le poids des programmes d'ajustement structurel et le SIDA s'est développé. Le recours des populations à la médecine traditionnelle africaine a alors connu un regain d'intérêt. Face à cette situation ambivalente oscillant entre médecine traditionnelle et médecine moderne, le gouvernement du Cameroun a décidé de mettre en place progressivement un cadre institutionnel de coopération entre médecine moderne et médecine traditionnelle africaine, impliquant la participation de différents acteurs à l'amélioration globale des programmes de santé nationaux, notamment sur le SIDA (ODISSEE, 2012). Si la diminution des revenus généraux des Etats est une cause fondamentale, les causes profondes comprennent les mauvais choix politiques, la mauvaise allocation des ressources, le secteur moderne de la santé toujours favorisé (Akoto et al, 2002). Souvent le personnel sanitaire est souvent mal formé ; ceux qui sont bien formés partent chercher fortune ailleurs. De nombreux pays du Sud rencontrent des difficultés à retenir leur personnel formé et qualifié, tenté de partir à l'étranger où les

rémunérations et les conditions de travail sont souvent meilleures. Ainsi, alors que l'Afrique ne compte environ que 15 médecins pour 100 000 habitants en moyenne, dans le même temps, environ 64 000 médecins formés en Afrique exercent leur activité en dehors du continent, dont notamment 23 000 en France⁷. Bien qu'un nombre de médecins élevé par habitant ne soit pas une garantie de bénéficier d'un bon accès aux soins, il existe une probabilité plus grande d'être bien soigné lorsque la population médicale est importante. Dans les faits, au-delà des capacités des Etats à assumer ou non l'ensemble des coûts des soins, on observe une grande disparité entre les territoires en termes d'offre de soins et notamment d'équipements et d'infrastructures, qui nécessitent des investissements massifs. On rencontre ainsi dans certains régions dans les pays en développement, des hôpitaux très bien équipés avec du personnel formé mais quasiment vides alors que dans d'autres pays ou régions, les structures sont en sous-effectifs et en sous-capacité au regard du nombre de malades qui se présente. A côté de la mauvaise répartition des infrastructures sanitaires sur le territoire, remarquons que ceux qui existent présentent souvent des défauts pratiques limitant l'accès à certaines catégories. L'inaccessibilité des bâtiments (hôpitaux, centres de santé), du matériel médical, une mauvaise signalisation, l'étroitesse des encadrements de portes, la présence de marches à l'intérieur des bâtiments, des installations sanitaires inadaptées et l'inaccessibilité des parkings créent, selon l'OMS, des obstacles pour se rendre dans les centres de soins de santé. Par exemple, les femmes à mobilité réduite ne sont souvent pas en mesure d'avoir accès au dépistage du cancer du sein et du cancer du col utérin parce que la hauteur des tables d'examen n'est pas adaptable et que le matériel de mammographie n'est prévu que pour les femmes qui peuvent se tenir debout.

2.2.2. La qualité des soins

C'est également une approche qui est centrée sur l'offre de services de soins de santé. Ainsi, la problématique de la persistance et l'aggravation des inégalités devant l'accès des soins et la qualité des prestations, ont amené les chercheurs à se pencher sur la vie dans les hôpitaux et les dispensaires. Une réponse différenciée du système de soins liée à l'origine sociale du patient n'est pas à exclure (Balsa et McGuire, 2003 ; Sundquist, 1993). Le médecin peut traiter le patient en fonction de stéréotypes liés à l'origine ou à la catégorie sociale (rapport au corps, compréhension, observance des traitements prescrits). Des études démontrent pourtant que la consommation de soins est tributaire du nombre élevé de médecins surtout chez les catégories socioprofessionnelles les plus défavorisées (Jusot, 2008). Souvent, les systèmes de santé ne répondent pas adéquatement aux besoins à la fois généraux et particuliers des personnes handicapées en matière de soins. Les personnes handicapées se heurtent à une série d'obstacles psychologiques, physiques et systémiques lorsqu'elles cherchent à se faire soigner. D'après l'enquête sur la santé dans le monde, par rapport au reste de la population, les hommes et femmes handicapés sont deux fois plus nombreux à juger que les installations de santé et les compétences des dispensateurs de soins sont inadaptées, et risquent trois fois plus de se voir refuser des soins et quatre fois plus de subir de mauvais traitements au sein du système de santé. La moitié des personnes handicapées ne peuvent payer les soins dont elles ont besoin et elles ont une probabilité une fois et demie supérieure à celle des autres personnes de faire face à des dépenses de santé catastrophiques. Lorsque les patients doivent payer des honoraires ou participer aux frais de santé, il arrive que le montant soit si élevé par rapport à leurs revenus que le patient ou le ménage subit une « catastrophe financière ». L'OMS a proposé de considérer les dépenses de

⁷ http://www.statistiques-mondiales.com/medecins_afrique.htm

santé comme catastrophiques quand elles sont supérieures ou égales à 40 % du revenu dont un ménage dispose une fois ses besoins essentiels couverts.

Toutes les approches énumérées ci-dessus vont nous permettre de mieux analyser les conditions de recours aux soins chez les personnes handicapées. Seule une approche holistique permet de mieux appréhender le phénomène.

3. DONNEES, METHODES ET RESULTATS

3.1. Données

Les données utilisées pour vérifier notre hypothèse sont issues de la quatrième Enquête Démographique et de Santé (EDSC-IV), combinée à l'Enquête par Grappe à Indicateurs Multiples (MICS). L'EDS-MICS a été réalisée au Cameroun de Janvier à Août 2011 par l'Institut National de la Statistique (INS), Ministère de l'Économie de la Planification et de l'Aménagement du Territoire, en collaboration avec le Ministère de la Santé Publique. Le choix de cette source de données se justifie tout d'abord par le fait qu'elle est l'une des plus récentes en termes de données sociodémographiques réalisé par l'INS au Cameroun comparativement à l'Enquête sur l'Emploi et le Secteur Informel (EESI, 2010) ou alors l'Enquête Camerounaise auprès des Ménages (ECAM III, 2007). Si toutes ces sources de données comportent des variables qui seraient intéressantes pour notre étude, l'EDSC-MICS (2011) comporte l'avantage d'être la plus récente. Deuxièmement, si les précédentes EDS capturaient des informations sur la population handicapée, elles ne se limitaient qu'à la tranche 2-9 ans, constituant ainsi une limite, l'EDS-MICS va au-delà en prenant cette information sur toutes les tranches d'âge ainsi les causes de ces handicaps. Trois questionnaires ont été utilisés au cours de l'enquête : le questionnaire ménage, le questionnaire femme et le questionnaire homme. Le questionnaire ménage est celui qui nous intéresse principalement. Il permet d'enregistrer tous les membres du ménage avec certaines de leurs caractéristiques : lien de parenté avec le chef de ménage, sexe, âge, situation de résidence, niveau d'instruction, etc. Le questionnaire ménage contient également des informations relatives aux conditions de vie du ménage et à la mortalité générale. En outre différents modules ont été rajoutés dans la moitié des ménages. Il s'agit entre autres du handicap ou des dépenses de santé. Afin d'estimer la prévalence des handicaps dans la population du Cameroun, l'EDS-MICS 2011 a inclus, dans la moitié des ménages de l'échantillon, une série de questions pour identifier les membres des ménages atteints d'une infirmité, invalidité ou déficience motrice et/ou sensorielle, et/ou les personnes souffrant de troubles du comportement. Les questions posées ont porté sur l'existence du handicap, sa nature, ses causes et sa sévérité. Il faut préciser que les informations ont été obtenues auprès de l'enquêté répondant à l'interview ménage, généralement le chef de ménage, sans aucun examen médical des personnes identifiées comme atteintes d'un handicap. Si dans certains cas comme, par exemple, l'absence d'une partie du corps, l'identification du handicap est évidente, il n'en est pas toujours de même pour certains types de handicap. Dans ce dernier cas, les réponses peuvent varier selon la perception de la personne interrogée (par exemple pour identifier les troubles du comportement, ou encore pour déterminer la sévérité et/ou la cause du handicap). Il faut donc garder à l'esprit que les résultats présentés ici sont basés sur des déclarations, en partie subjectives, et non sur des diagnostics médicaux; ils doivent donc être interprétés avec prudence.

3.2. Méthodes d'analyse

Afin d'identifier les facteurs susceptibles de favoriser le recours aux soins chez les personnes handicapées au Cameroun, nous faisons une analyse descriptive bivariée à travers le test de chi-deux et une analyse multivariée à travers la régression logistique. La première analyse permet de vérifier l'association entre la variable dépendante et chacune des variables explicatives. Il s'agit de savoir comment les individus se comportent simultanément en fonction de la variable dépendante et les autres variables prises individuellement. Dans notre cas, le degré d'association entre les différentes variables indépendantes et le recours aux soins est testé à un seuil de signification $\alpha = 10\%$ ⁸. Ainsi, si la probabilité associée à la statistique du khi-deux est inférieure au seuil retenu, on conclut que les deux variables sont associées, dans le cas contraire on dira qu'elles ne le sont pas. La deuxième analyse permettra d'établir les facteurs associés au non recours aux soins chez les personnes vivant avec un handicap.

3.3. Principaux résultats

De nos analyses, il ressort que 41,78 % des personnes handicapées ont déclarées être malades et/ou blessées au cours des 30 derniers jours, bien au-delà des 11 % enregistré dans l'ensemble de la population du Cameroun. En ce qui concerne le recours aux soins, 27,04 % des personnes handicapées au Cameroun ont eu recours à une forme quelconque d'assistance médicale (automédication, hôpital...) bien en deçà des 93% de l'ensemble de la population. En conclusion, dans l'ensemble de la population camerounaise, les personnes handicapées sont parmi les personnes ayant déclarées être les plus malades (41,78 % contre 11 %) mais ayant le moins recourues aux soins de santé (27,04 % contre 93 %).

Analyse bivariée

L'analyse bivariée nous indique que toutes les variables utilisées dans le cadre de cette étude sont significativement associée au recours aux soins. Nous avons choisi deux variables pertinentes afin d'en faire quelques commentaires ; le sexe des membres du ménage et le milieu de résidence.

Le sexe de la personne handicapée

Le tableau 3.1 ci-dessous présente les pourcentages de recours aux soins en fonction du sexe. Il en ressort clairement que les femmes recourent un peu moins aux soins par rapport aux hommes. Ce résultat pourrait être expliqué par le fait que dans le contexte du Cameroun, les hommes seraient ceux qui bravent le plus et rapidement leur handicap. C'est-à-dire que ceux-ci ne se laissent pas facilement influencer par le regard des autres en menant leurs activités tant bien que mal ; nombre d'entre eux sont souvent même en union avec des femmes « valides ». A côté de ça, remarquons également que les soins médicaux comportent un coût et ce sont les hommes qui détiennent de manière générale le pouvoir économique. Il devient donc logique de comprendre ce résultat, qui pour autant n'est pas en contradiction avec celui trouvé dans l'ensemble de la population. Les personnes vivant avec un handicap de la vue seraient ceux qui recourent le plus aux soins tandis que ceux qui vivent avec un handicap de la parole et un handicap mental y recourent le moins.

⁸ Nous justifions le seuil de 10% par la faiblesse de la prévalence du handicap au sein de la population.

Tableau 3.1: Pourcentage de recours aux soins par type de handicap selon le sexe au Cameroun.

Type de handicap	Recours aux soins (%)		
	Masculin	Féminin	Ensemble
handicap moteur	4,49	3,30	3,89
handicap de la vue	14,60	10,43	12,51
handicap de l'ouïe	5,19	4,42	4,81
handicap de la parole	0,55	2,51	1,53
handicap mental	2,53	6,05	4,29
Ensemble	27,36	26,71	27,04
significativité associée au seuil de khi-deux	0,00	0,00	0,00

Source : Traitement des données de l'EDS-MICS 2011

Le milieu de résidence

Concernant le milieu de résidence, le tableau 3.2 ci-dessous montre que c'est dans le milieu rural que le recours aux soins est le plus important, situation paradoxale au regard du contexte marqué par un nombre moins important de centres de santé en milieu rural. Ce résultat contraste égale avec celui observé dans l'ensemble de la population où en milieu urbain le recours est estimé à 95,8 % tandis qu'en milieu rural le recours est de 91 %. Remarquons néanmoins déjà que c'est en milieu rural que les personnes handicapées se recrutent être les plus nombreux (INS, 2012) et dans ce contexte, une meilleure perception du handicap dans le monde rural favoriserait par la même occasion leur plus grand recours aux soins lorsque la maladie se manifeste.

Tableau 3.2 : Pourcentage de recours aux soins par type de handicap selon le sexe au Cameroun

Type de handicap	Recours aux soins (%)		
	Urbain	Rural	Total
handicap moteur	3,69	4,00	3,85
handicap de la vue	11,68	12,95	12,32
handicap de l'ouïe	5,81	4,31	5,06
handicap de la parole	2,25	1,16	1,71
handicap mental	2,92	4,96	3,94
Total	26,35	27,38	27,04
significativité associée au seuil de khi-deux	0,00	0,00	0,00

Source : Traitement des données de l'EDS-MICS 2011

Analyse multivariée

La réalité sociale étant complexe, il est difficile d'appréhender les causes d'un phénomène à travers deux variables. Pour essayer d'avoir une approche un peu plus globale de la réalité, nous utilisons l'analyse multivariée. A travers la régression logistique à variable binaire, nous avons obtenu les facteurs explicatifs du non recours aux soins par les personnes handicapées. Ces facteurs sont le niveau de vie du ménage, la religion pratiquée dans le ménage, le niveau d'instruction des membres du ménage, le sexe du chef de ménage, le sexe des membres, le lien de parenté avec le chef de ménage, l'âge des membres du ménage, le type de handicap et la sévérité de cet handicap. De tous ces facteurs, un seul a un poids considérable c'est le type de handicap.

En effet, ce facteur constitue à lui seul plus de 74,13 % de la variance expliquée. Les résultats ci-après sont obtenus toutes choses étant égales par ailleurs :

♣ Les personnes vivant avec un handicap moteur courent 1,74 fois plus de risque de ne pas recourir aux soins de santé que les personnes vivant avec un handicap de la vue. Ce risque est de 1,61 chez les personnes handicapées de l'ouïe. Tout comme ceux vivant avec un handicap de la parole courent 2,65 fois plus de risque de ne pas recourir aux soins de santé que ceux vivant avec un handicap de la vue. Les personnes handicapées mentales quant à elles ont 49 % moins de chance de recourir aux soins que les personnes handicapées de la vue. On constate que les personnes handicapées de la parole et mentales ont des risques plus élevés que les autres types de handicap de ne pas recourir aux soins. Si les autres formes de handicap, à savoir handicap moteur, handicap sensoriel (vue, ouïe, parole), trouvent des réponses plus ou moins appropriées, ce n'est pas encore le cas du handicap mental au Cameroun. En effet, le diagnostic des problèmes psychiques et troubles mentaux est quelque peu difficile du fait notamment de deux raisons. La première est liée à la rareté des établissements publics ou privés qui offrent des services psychiatriques et/ou centre de traumatologie pour les personnes souffrant des problèmes psychiatriques et traumatismes divers aussi bien chez les enfants que chez les adultes. Selon Caritas international (2008), l'Etat gère deux hôpitaux pour aider les personnes ayant des problèmes psychiatriques, mais pas pour ceux ayant des troubles mentaux ; l'hôpital Jamot de Yaoundé et l'hôpital Laquintinie de Douala. Pour ceux des personnes souffrant des troubles mentaux, elles se rabattent dans le privé comme le Centre de Santé Mentale St Benoît Meni qui appartient aux religieux catholiques. La seconde raison et pas la moindre est liée aux coûts des différentes prestations (consultations, médicaments, hospitalisations,...). A l'hôpital Jamot de Yaoundé par exemple, la consultation serait évaluée à 15.000 FCFA, les examens, les médications et l'hospitalisation (sans nourriture) sont évaluées entre 200.000 à 500.000 FCFA (Caritas international, 2008). En raison du manque de moyens financiers, les patients ne terminent souvent pas le traitement, ce qui entraîne souvent les rechutes et l'aggravation des troubles. Finalement, le patient se retrouve stigmatisé et abandonné à lui-même à errer dans les rues où sera désormais sa demeure.

♣ Les personnes handicapées trouvant leur handicap sévère courent 1,81 fois plus de risque de ne pas recourir aux soins de santé par rapport aux personnes trouvant leur handicap léger. A l'observation, plus le handicap est léger plus le ménage se sent capable de supporter les charges y afférentes. Mais lorsque le handicap s'aggrave ou lorsqu'il est grave, les charges et la prise en charge commencent à constituer des coûts insupportables, le ménage se limitant qu'à assurer la nutrition et le logis à la personne handicapée sans se préoccuper de ses autres besoins.

♣ Les personnes handicapées vivant dans les ménages de niveau de vie riche et moyen ont respectivement 14 % et 4 % moins de risque, de ne pas avoir recours aux soins de santé que les personnes handicapées vivant dans les ménages pauvres. Voilà qui confirme la thèse selon laquelle, les riches fréquenteraient plus les centres de santé que les pauvres.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Plus d'un milliard d'individus vivent avec un handicap quelconque. Ces individus éprouvent généralement des difficultés importantes à accéder aux soins de santé. C'est le même constat que l'on fait dans le contexte du Cameroun où seul un peu plus de 27 % de personnes recherchent une assistance médicale quelconque, alors que près de 42 % d'entre eux déclarent

être malades et/ou blessés pendant une période moyenne de 30 jours. Ces statistiques sont en déphasage total avec le reste de la population où la maladie déclarée concerne 11 % et le recours aux soins 93 % d'entre eux. Chez les personnes handicapées, le faible recours aux soins est plus observé chez ceux vivant avec un handicap mental et un handicap de la parole. Les préjugés sociaux relatifs aux handicaps et le manque de structures capables de diagnostiquer et de traiter ces handicaps sont régulièrement montrés du doigt comme étant les principales causes éloignant les personnes handicapées des centres de santé.

Il est important au regard des difficultés que rencontrent les personnes handicapées de mener et d'intensifier des politiques de sensibilisation auprès de toutes les couches de la société notamment les familles hébergeant des personnes handicapées et les personnels médicaux. Il faut agir dans toutes les composantes du système de santé, y compris pour améliorer la gouvernance, mieux informer, mieux sensibiliser et recueillir davantage de données au sein des ministères de la santé et du ministère des affaires sociales, afin qu'ils accordent plus d'importance à la question du handicap et améliorent l'accès aux services. Cela passe par l'application effective de la loi n°2010/002. On réduira ainsi les disparités en santé en veillant à ce que les personnes handicapées soient mieux prises en compte à tous les niveaux du système de santé et en rendant les programmes de santé publique (dont les programmes pour un mode de vie sain, qui incitent à avoir une meilleure alimentation et à faire de l'exercice physique) accessibles aux personnes handicapées, à toutes les étapes de la vie (OMS, 2014). Il est également question d'intégrer un enseignement sur le handicap dans le programme d'études et la formation continue de tous les professionnels de santé. Selon l'OMS, les politiques de santé nationales doivent explicitement reconnaître que certains groupes de personnes handicapées sont confrontés à des inégalités en santé ; cette reconnaissance sera un pas décisif pour réduire les disparités en santé et pour promouvoir la collaboration et une approche coordonnée entre les dispensateurs de soins de santé. Il s'agira enfin d'intensifier les recherches sur le handicap afin d'en maîtriser les principales causes afin de facilement y faire face.

Cette étude, bien que comportant des résultats forts intéressants, présente néanmoins des limites. La première est liée aux données utilisées. Premièrement du fait de la petitesse de l'échantillon compliquant les analyses et deuxièmement du fait que les informations sur les personnes albinos ont été négligées. La deuxième limite est liée au fait qu'il n'est pas possible d'avoir des caractéristiques sur le système de santé afin de mesurer l'ampleur sur l'accessibilité aux soins. Il s'agit notamment du niveau des ressources médicales, le mode de rémunération des médecins, le recours à un spécialiste ou à un généraliste et les modes de financement du système de santé (Jusot F et al., 2008).

BIBLIOGRAPHIE

- AKOTO E., AKA K. et LAMLENN S. (2002), « Se soigner aujourd'hui en Afrique de l'Ouest : pluralisme thérapeutique entre tradition et modernité (Bénin, Côte d'Ivoire et Mali) » in, *Les Cahiers de l'IFORD*, n° 27, 169p, Yaoundé
- ANCTIL Hervé et al. (2012), *La santé et ses déterminants : Mieux comprendre pour mieux agir*, synthèse du Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants, sous la direction de Lyne Jobin, Directrice de la planification, de l'évaluation et du développement en santé publique et directrice de la surveillance de l'état de santé, ministère de la Santé et des Services sociaux, Canada

- BALSA A. I., & MCGUIRE T. G. (2003). « Prejudice, Clinical Uncertainty and Stereotyping as Sources of Health Disparities ». *J Health Econ* 22(1), pp. 89-116
- BELTZER N. (2014), *Le recours aux soins des femmes en Île-de-France*, Rapport de l'Observatoire régional de santé d'Île-de-France, 120p
- BEYEME ONDOUA J.P. (2002), « Le système de santé camerounais », *Santé Publique*, sommaire 2002/2, Rubrique Internationale
- BLACK D., MORRIS, J.N., SMITH C., TOWNSEND P., *The Black Report*, 1982, London, Pelican
- BONNET Pascal (2002), *Le concept d'accessibilité et d'accès aux soins : Etude bibliographique sur l'accessibilité et le problème de l'accès aux soins, aux services de santé. Place particulière des concepts en géographie et en économie de la santé*, dossier de DEA GEOS Université Paul Valéry Montpellier 3
- CARITAS INTERNATIONAL (2008), *Fiche de pays le Cameroun*, Projet d'Informations du Pays de Retour et les Groupes vulnérables
- COMMEYRAS Christophe et NDO Jean Rolin (2003), *Etude de l'accessibilité et des déterminants de recours aux soins et aux médicaments pour les populations du Cameroun*, MINSANTE, UE, GTZ, Coopération française, IFORD.
- COUFFINHAL A. et al. (2005), « Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé ? Un éclairage européen ». *Question d'économie de la santé*, Synthèse 92 et 93
- DEMAIN Olivia (2007), *Vivre le handicap au Cameroun*, Mémoire présenté en vue de l'obtention du Master professionnel 2^{ème} année en Déficiences et activités physiques adaptées, Université Marc Bloch de Strasbourg.
- DESPRES C., DOURGNON P., FANTIN R., JUSOT F. (2011), « Le renoncement aux soins pour raisons financières: une approche socio-anthropologique », *Questions d'économie de la santé*, 169.
- DOURGNON P., JUSOT F., FANTIN R., (2012), « Payer peut nuire à votre santé : une étude de l'impact du renoncement financier aux soins sur l'état de santé », DT IRDES n°47Avril.
- DOURGNON Paul et al (2009), « Le recours aux soins de ville des immigrés en France », *Questions d'économie de la santé*, N°146, septembre 2009
- FOPA Jean Pierre (2010), *Mythes et conceptions sur le handicap en Afrique Centrale*. Communication au Séminaire sous-régional de « Formation et de plaidoyer sur la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées et son Protocole facultatif », Yaoundé, Cameroun, 23 - 25 novembre 2010
- FOURNIER P. et HADDAD S. (1995), « Les facteurs associés à l'utilisation des services de santé dans les pays en développement » in GERARD H. et PICHET V. (éds.), *La sociologie des populations*, AUPELF/UREF, Quebec, Canada, pp. 289-325.
- GASTINEAU Bénédicte (2000), *Offre de soins, recours aux soins et santé des femmes en Tunisie*, CERPOS D321, Université de Paris X, Nanterre, France
- http://www.statistiques-mondiales.com/medecins_afrique.htm
- <http://www.who.int/disabilities/actionplan/fr/index.html>
- <http://www.who.int/features/factfiles/women/fr/>
- INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE (2008), *Conditions de vie des populations et profil de pauvreté au Cameroun en 2007*, Rapport principal de L'ECAM3

- INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE (2010), *2^{ème} Enquête sur le suivi des dépenses publiques et le niveau de satisfaction des bénéficiaires dans les secteurs de l'éducation et de la santé au Cameroun* (PETS2), Rapport Principal, volet Santé, décembre
- INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE (INS) et ICF. International (2012), *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Cameroun 2011*. Calverton, Maryland, USA : INS et ICF International.
- JUSOT F et al. (2008), *Inégalités de recours aux soins en Europe : Quels rôles attribuables au système de santé ?*
- JUSOT F., KHLAT M., ROCHEREAU T., SERMET C. (2007), « Un mauvais état de santé accroît fortement les risques de devenir chômeur ou inactif », *Questions d'économie de la santé*, 125;
- KONE Baneko Mariame (2010), *Prise en charge non médicalisée de l'accouchement selon le milieu de résidence en Côte d'Ivoire*, Mémoire de fin de formation en vue de l'obtention du Master professionnel en Démographie, IFORD, 137p
- LE PEN C (1996), « Efficacité et Equité en Economie de la Santé. Quelques remarques introductives ». in *Journées des Economistes Français de la Santé. Economie de la Santé et équité*. Dijon: LATEC Groupe de Recherche en Economie de la santé et de la Protection sociale. Université de Bourgogne. Faculté des Sciences Economiques de Dijon.
- LEGROS M., BAUER D., GOYAUX D. (2012), *Pour un accès plus égal et facilité à la santé et aux soins*, groupe de travail « Santé et accès aux soins », Conférence nationale de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale
- MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES et al (2010), *Rapport du séminaire sous-régional de formation et de plaidoyer sur la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées et son Protocole facultatif*, Yaoundé, Cameroun du 23-25 novembre 2010.
- MONGBET Abet (2013), *Le non recours thérapeutique aux soins formels au Cameroun*, Mémoire de fin de formation en vue de l'obtention du Master professionnel en Démographie, IFORD, 183p.
- MVODO Victor Stéphane (2014), *Disparités selon le sexe en matière de scolarisation chez les enfants vivant avec un handicap au Cameroun*, Mémoire de fin de formation en vue de l'obtention du Master Professionnel en Démographie, IFORD, 123p.
- OOORSCHOT V. W. et MATH A., (1996), « La question du non-recours », in *Recherche et Prévisions. Allocations familiales CNAF*. p. 5-17.
- ORGANISATION DU DIALOGUE ET DE L'INTELLIGENCE SOCIALE DANS LA SOCIÉTÉ ET L'ENTREPRISE-ODISSEE (2012), *Expériences du sud et du nord : Quelles leçons en matière d'accès aux soins ?*, synthèse des débats avec le soutien de l'Agence Française de Développement (AFD), Décembre
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (2014), *Handicap Projet de plan d'action mondial de l'OMS relatif au handicap 2014-2021 : un meilleur état de santé pour toutes les personnes handicapées*, Rapport du Secrétariat lors de la soixante-septième assemblée mondiale de la santé Point 13.3 de l'ordre du jour provisoire 4 avril 2014
- PICHERAL H., *Dictionnaire raisonné de géographie de la santé*. GEO, Atelier Géographie de la santé ed. 2001, Montpellier: Université Montpellier 3 - Paul Valéry. 307p
- RANDRIAMANAMBINTSOA Marius (2010), *Education de la mère et mortalité des enfants de moins de cinq ans à Madagascar*, Mémoire de fin de formation en vue de l'obtention du Master professionnel en Démographie, IFORD, 100p

REPUBLIQUE DU CAMEROUN (2010), *Loi N°2010/002 du 13 avril 2010 portant protection et promotion des personnes handicapées*

SUNDQUIST J. (1993), « Ethnicity as a Risk Factor for Consultations in Primary Health Care and Out-Patient Care ». *Scand J Prim.Health Care* 11(3), 169-173.