

Regard sceptique sur le droit a la sante au Cameroun

Assistant professor **François EDIMO**¹

Abstract

The present paper deals with the right to health in Cameroon as a fundamental right instituted by international laws. The ratification by Cameroon of those laws deals with the purpose of insuring good health to all citizens. However, according to the analysis of these laws and the critics of the socio-economic and cultural context in which this right is implemented, it does not allow this right to all.

Keywords: right of health, pollution, droit to be alive, care, illness.

JEL Classification: K32

Introduction

La reconnaissance des droits fondamentaux de l'homme par le Cameroun ne fait pas de doute. Celle-ci intègre un ensemble de dispositions relatives entre autres à la santé des populations. Telle que définie par la constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), «*la santé un état de complet bien-être physique, social et mental et ne consiste pas en l'absence de maladie ou d'infirmité*». Cette définition de la santé qui permet d'englober santé physique et santé mentale. Toutefois, elle fut très vite critiquée car elle se réfère à la notion de bien-être social, une notion trop extensive². Juridiquement, le droit à la santé emporte plusieurs aspects³. Il est exclusif, en ce sens qu'il est souvent associé à l'accès aux soins et à la construction des hôpitaux⁴. Dans ces conditions, il implique l'accès aux médicaments essentiels, un accès égal et à temps voulu aux services de santé de base. Mais il est aussi la garantie de refuser les soins notamment en cas d'expériences et de recherches médicales ou de stérilisation forcée⁵.

Toutefois, le droit à la santé diffère du droit à la bonne santé. On pense souvent que l'Etat a pour devoir de garantir la bonne santé à ses ressortissants. Or

¹ François Edimo - Faculty of Law and Political Sciences, University of Douala, Cameroon, ewodi2010@yahoo.fr

² Lire en ce sens A. KHAN «*Et l'homme dans tout ça? Pladoyer pour un humanisme moderne*», NIL, Paris, 2000, p. 348, cité par C. SAUVAT, «*Réflexions sur le droit à la santé*», Collection du Centre Pierre Kayser, PUAM 2004, p.27.

³ Ces aspects et bien d'autres sont pour la plupart explicités dans l'Observation générale n 14 (2000), sur le droit à la santé adopté par le Comité des droits sociaux, économiques et culturels.

⁴ Toutefois il a une portée bien plus large dans la mesure où le Comité des droits économiques et socio-culturels, l'organe chargé du suivi du Pacte relatif aux droits économiques et socio-culturels intègre parmi les «*facteurs déterminant pour la santé*», l'approvisionnement en eau potable et l'assainissement, une alimentation saine, une alimentation suffisante et un logement décent, des conditions de travail et environnementales saines, une éducation à la santé et la diffusion d'informations, l'égalité entre les sexes.

⁵ C. SAUVAT, «*Réflexions sur le droit à la santé*», PUAM, 2004, p. 260 et s.

celle-ci est tributaire de plusieurs facteurs hors de contrôle des Etats, notamment la constitution biologique et les conditions socio-économiques. Le droit à la santé renvoie plutôt au droit de bénéficier de la diversité des biens, des infrastructures, des services et des conditions nécessaires à sa réalisation. C'est pourquoi il semble plus précis de le définir comme le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mental qu'il soit possible d'atteindre, et non comme un droit inconditionnel à être en bonne santé. Le concept de droit à la santé pourrait s'analyser comme un droit créance, supposant alors «une créance de l'individu contre la société»⁶.

Ces définitions ont les mérites d'être laconiques, mais elles sont aussi insuffisantes pour cerner dans son entièreté ce qui pourrait être l'un des problèmes du droit à la santé au Cameroun. En effet, les Programmes d'Ajustement Structurels (PAS) imposés dans les années 80 aux Etats africains ont eut pour conséquence l'engagement par ceux-ci d'un certain nombre de mesures d'inspiration libérale. Ces mesures ont largement contribué à rendre difficile l'accès des populations aux services essentiels de base. Le Cameroun n'a pas été épargné. Il ressort du passage en revue des indicateurs de la santé ici que l'on atteint difficilement l'âge adulte, à fortiori la vieillesse, tellement le lugubre côtoie le mortifère, dès lors que donner la vie et la voir grandir s'apparentent à une traversée d'un chemin pavé de mines. Pourtant, le droit à la santé est reconnu comme un droit fondamental⁷. C'est dire que l'Etat doit assurer à chacun de ses citoyens, le droit à la santé, à l'éducation, à la culture, à l'information, à la formation professionnelle et à l'emploi⁸. La question est donc de savoir si le droit à la santé au Cameroun est effectif ?

La question garde tout son intérêt car au moment où les bailleurs de fonds internationaux distribuent les bons et les mauvais points aux Etats selon les efforts fournis dans l'établissement d'une société plus juste et plus démocratique, ou selon qu'ils sont ou non respectueux des droits de l'homme, l'étude du droit à la santé offre une occasion de se prononcer sur la question de savoir le Cameroun a dépassé ou non le fétichisme langagier consistant en une simple adhésion à une demande terminologique.

⁶ V. J. BARBERIS, «*Le droit de la preuve face à l'évolution technique et scientifique*», thèse Aix-Marseille 3, 2000, p. 9 s.

⁷ Il s'agit de la conception objective du droit à la santé, celle qui consiste à le considérer comme une obligation pesant sur l'Etat ou les collectivités publiques. Lire en ce sens Mathieu BERTRAND, «*La protection du droit à la santé par le juge constitutionnel*», <http://www.conseil-constitutionnel.fr/cahiers/cc6/mathieu.htm>

⁸ C'est dans ce sens qu'il faut lire les textes internationaux relatifs au droit à la santé que le Cameroun a ratifiés; sans prétendre à l'exhaustivité, il s'agit notamment de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme (article 25), du Pacte International des Droits Economiques, Sociaux et Culturels (article 12), de la Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples (article 16), de la convention relative aux droit de l'enfant (article 24, 32-C), de la Convention relative à l'élimination de toute forme de Discrimination à l'égard des femmes(article 11 et 12), de toutes les décisions et recommandations africaines régissant la santé. Lire en ce sens le préambule de la constitution du Cameroun; c'est cette conception qui est retenue par la plupart des Etats, notamment l'Afrique du Sud dont l'article 27-1 de la constitution dispose que «l'Etat doit prendre toute mesure raisonnable, législative ou autre, dans la mesure des ressources disponibles pour réaliser la concrétisation progressive de ce droit».

Au regard de l'analyse des textes que le Cameroun a adoptés, on peut affirmer que le contenu du droit à la santé est certain (I). Mais en tenant compte du contexte sociopolitique et culturel, on aboutit à l'incertitude de son contenant (II).

I. Le contenu certain du droit à la santé

L'objectif ici est de clarifier le contenu du droit à la santé. Pour ce faire, il est nécessaire d'appliquer à la santé une approche basée sur les droits humains. Cette démarche donne à la santé une importance sociale exceptionnelle et permet d'analyser chaque situation en tenant compte des principes de droits humains à savoir la dignité humaine, l'égalité, la non discrimination, la participation des individus aux problèmes de santé les affectant. Cette approche permet également de concevoir la santé comme un bien social et non pas seulement comme un problème médical, technique ou économique. Tel qu'il est posé par la jurisprudence et la doctrine (étrangères), le droit à la santé englobe la prévention des atteintes à la santé (A) et l'amélioration de l'état de santé en cas d'atteinte (B).

A- La prévention des atteintes à la santé

Bien que l'article 12 n'ait pas spécifié la protection de l'environnement dans ses dispositions, il a cependant exprimé dans son deuxième paragraphe la nécessité de *«l'amélioration de tous les aspects de l'hygiène du milieu et de l'hygiène industrielle»*. L'observation N°14 a été plus explicite en développant cet aspect. Elle considère qu'il ressort du processus de l'élaboration et du libellé spécifique du paragraphe 2 de l'article 12 que *«le droit à la santé englobe une grande diversité de facteurs socio-économiques de nature à promouvoir des conditions dans lesquelles les êtres humains peuvent mener une vie saine et s'étend aux facteurs fondamentaux déterminants de la santé tels que l'alimentation et la nutrition, le logement, l'accès à l'eau salubre et potable et à un système adéquat d'assainissement, des conditions de travail sûres et hygiéniques et un environnement sain»*. Dans ces conditions, le droit à la santé entretient des interactions avec d'autres disciplines.

C'est le cas du droit à un environnement sain. En effet selon l'article 12(2) (b) du PIDESC, l'environnement est un des secteurs d'intervention de l'État dans la réalisation du droit à la santé. Cette disposition a été traditionnellement interprétée comme concernant la médecine du travail, mais dans les rapports faits par les États au CDESC, elle est en train d'être considérée au sens beaucoup plus large, comme se rapportant à tous les problèmes environnementaux qui affectent la santé humaine. Opportunément car, les dégradations de l'environnement sont à l'origine d'un ensemble de maladies. La pollution de l'environnement affecte directement la santé des populations. Les déchets chimiques issus des activités industrielles sont toxiques pour les humains. Des accidents de fuites de déchets industriels enregistrés au cours de l'histoire ont laissé des souvenirs indélébiles dans les annales. Le cas de l'explosion de l'usine de pesticides d'Union Carbide à Bhopal en Inde en 1984 est particulièrement choquant. Cet accident a fait des milliers de morts et a été à l'origine d'affections morbides chez des centaines de

milliers des personnes. En 2005, l'explosion de l'usine Jilin Petrochemical en Chine a pollué avec des produits cancérigènes le fleuve Soghua. La catastrophe de Tchernobyl en 1986 dans une centrale nucléaire en Ukraine a fait plus de 25 000 morts, 200 000 invalides et a été à l'origine d'une augmentation des cas de cancer dans les populations exposées. Les estimations parlent de 40 000 à 560 000 morts par cancer, plus autant de cancers non mortels, sans parler de malformations d'enfants et du bétail. Plus proches de nous, les catastrophes de NSAM EFOULAN⁹ et du lac NYOS¹⁰ ont laissé plus d'un sans voix.

Les programmes de prévention devraient donc inclure le contrôle des activités humaines qui peuvent exposer les populations à des risques environnementaux nuisibles pour leur santé.

Le droit à la santé implique aussi le droit à la nourriture. Des programmes d'alimentation et d'approvisionnement de nourriture sont des composants substantiels des stratégies de soins de santé primaires. Dans l'article 24(2)(c) de la CDE et dans l'article 12 (2) de CEDAW respectivement, le droit à la nourriture est considéré comme faisant parti du droit à la santé des enfants comme des femmes. En accord avec l'Observation générale 12 du CDESC des stratégies nationales sur le droit à la nourriture doivent être développées en coordination avec le développement de mesures de santé entre autres.

Le droit à un logement adéquat constitue également une discipline complémentaire du droit à la santé. L'observation générale 4 sur le droit à un logement adéquat établit des liens entre la disponibilité des services de base tels que l'eau potable, des conditions de logement qui protègent les individus de risques pour la santé, la disponibilité des services médicaux et l'environnement dépourvu de risques pour la santé comme éléments essentiels du droit (para. 8). L'OMS a identifié les conditions de logement comme le facteur environnemental le plus souvent responsable de la fréquence des maladies épidémiologiques.

La réalisation d'éléments essentiels spécifiques du droit à la santé a comme condition préalable la satisfaction complète du droit fondamental à l'éducation pour tous. En abordant le droit de l'enfant à la santé, l'article 24(2)(e) du CDE établit un lien entre ce droit et le droit à l'éducation et par-là, à l'accès à une connaissance élémentaire de la santé des enfants. Les soins de santé primaires en général comprennent un besoin d'éducation concernant les problèmes de santé répandus et les méthodes de prévention et de contrôle.

Une autre discipline complémentaire du droit à la santé est le droit au travail et les droits du travail: Le droit au travail est étroitement lié au droit à des conditions de vie adéquates, et ce dernier à son tour est essentiel à la santé. De plus, le PIDESC dans son article 12(2)(c) identifie la prophylaxie, le traitement des

⁹ Plus de 250 Camerounais décédés, des centaines de blessés et des familles marquées à vie dans l'explosion le 14 Février 1998 à 13 heures de deux wagons-citernes de la Société Camerounaise des Dépôts Pétroliers à Nsam, une banlieue de Yaoundé. www.journalducameroun.com.

¹⁰ 1746 personnes perdent la vie en tout, sur le territoire de Nyos et dans les villages ou hameaux voisins. Le bétail est également décimé. La catastrophe entraînera aussi des déplacements de populations. *Cameroon Tribune*, 22 Août 2011.

maladies professionnelles et autres ainsi que la lutte contre ces maladies, dans le droit à la santé. L'article 12(2)(b) se rapporte à l'hygiène en milieu industriel qui exige l'adoption de mesures pour la prévention et le contrôle des conditions à risque sur le lieu de travail. Environ soixante-dix Conventions OIT s'occupent des problèmes de maladie du travail. Parmi elles, la Convention 155 (la Sécurité et la santé des travailleurs [1981]), la Convention 148 (les Services de santé au travail [1985]) et la Convention 148 (le milieu de travail (pollution de l'air, bruit et vibrations [1977])).

Le droit à la vie est aussi un élément du droit à la santé. Tandis que le droit à la vie est d'ordinaire considéré comme protection contre le meurtre par des agents de l'État, dans son Observation générale 6 le Comité des droits de l'homme considère qu'il est souhaitable que les États adoptent *«toutes les mesures possibles pour diminuer la mortalité infantile et pour accroître l'espérance de vie, et en particulier des mesures permettant d'éliminer la malnutrition et les épidémies»*¹¹. De surcroît, la constitution révisée du 18 Janvier 1996 mentionne le droit à la santé comme une composante essentielle du droit à la vie. Le droit à la santé suppose donc aussi le respect de l'intégrité physique. Il s'agit spécifiquement de l'interdiction des expérimentations médicales ou scientifiques sur l'être humain sans une compréhension complète de l'étendue de l'expérience et un consentement préalable¹². Les principes de l'éthique médicale en rapport avec le rôle du personnel de santé énoncent une série de directives afin de garantir que le personnel de santé protégera les prisonniers et les détenus contre toutes formes de mauvais traitement et de châtement¹³.

Enfin la prévention des maladies implique le droit des populations à l'information. L'accès à une information adéquate est essentiel pour des soins appropriés. L'information liée aux politiques de santé et aux ressources est aussi nécessaire pour permettre le suivi des politiques publiques concernant la santé. Le principe 76 de Limburg mentionne aussi que les rapports au CDESC devraient être publiés afin de permettre un débat et une participation du public¹⁴.

¹¹ Objectif du millénaire n°4.

¹² Observation générale 20, article 7 du Pacte international relatif aux Droits Civils et Politiques de 1966;

¹³ Selon la résolution n° 37/194, les principes de l'éthique médicale concernent le rôle du personnel de santé en particulier médecins, dans la protection des prisonniers et des détenus contre la torture ou tout autre traitement ou punition cruel, inhumain ou dégradant

¹⁴ La participation des individus à tous les sujets qui les affectent est essentielle pour la protection de tous les droits de l'homme. Le droit de participation aux décisions est un principe de droit humain, et c'est aussi un principe de démocratie. Le Pacte relatif aux Droits Civils et Politiques dispose dans son article 25.a que *«Tout citoyen a le droit et la possibilité sans aucune des discriminations visées à l'article 2 et sans restrictions déraisonnables: a- de prendre part à la direction des affaires publiques, soit directement soit par l'intermédiaire de représentants librement choisis...»*. La déclaration d'Alma Ata précise aussi que *«Tout être humain a le droit et le devoir de participer individuellement et collectivement à la planification et à la mise en oeuvre des soins de santé qui lui sont destinés»*.

B- L'amélioration de l'état de santé dégradé

Mettre un système de santé à la disposition de la population suppose la fourniture d'un service de soins disponible, accessible, et adapté. Cela suppose également un financement de soins adapté à travers un système d'assurance santé abordable pour tous.

1- Le droit aux soins de santé

Le droit à la santé suppose la création de conditions propres à assurer à tous les services médicaux et une aide médicale en cas de maladie tant physique que mentale. Il implique un accès rapide dans des conditions d'égalité, aux services essentiels de traitement et de réadaptation ainsi qu'à l'éducation en matière de santé.

Les Etats doivent donc utiliser les critères objectifs d'accessibilité effectives aux soins. Il s'agit notamment de:

- La prise en charge des soins soit en tout ou en partie collective.
- Le coût des soins ne représente pas une charge trop lourde pour les individus; à cette fin, les mesures visant à atténuer la participation financière des patients parmi les populations défavorisées doivent être prises.
- Les modes d'accès aux soins n'entraînent pas les retards indus dans la fourniture des soins. L'accès au traitement doit être fondé sur des critères transparents, convenus au niveau national, qui tiennent compte du risque de détérioration tant en termes cliniques qu'en terme de qualité de vie.
- Les professionnels de santé ainsi que les équipements doivent être en nombre suffisant, soit 3 lits pour 1000 habitants.

2- La préservation de la vie

La préservation de la vie correspond à l'hypothèse d'un individu atteint d'un mal mortel incurable. Bien entendu, l'efficacité du droit à la santé dans ces conditions se trouve assujetti aux progrès de la science. Si le droit à la santé échoue à sauver la vie d'un tel individu, il ne peut pas être invoqué pour mettre fin à sa vie.

En effet, la finalité du droit à la santé est de préserver la vie par le rétablissement et l'amélioration de la santé. Il ne peut donc pas être compatible avec les procédés visant à détériorer et à donner la mort. Le droit à la santé ne comporte pas d'aspects négatif par conséquent l'amélioration de la santé en cas de mort certaine ne saurait légitimer le recours à la mort supposé mettre un terme aux souffrances. La suppression des souffrances souhaité ici est positive dans le sens de permettre une vie meilleure. La mort ne saurait être une vie meilleure de la maladie. Le droit à la santé ne saurait donc légitimer le droit de ne pas naître ou de ne pas vivre en mauvais état de santé.

C'est en ces termes qu'il faut appréhender la répression de l'avortement par le code pénal¹⁵. Ce n'est que lorsque la vie de la mère est en danger ou lorsque la

¹⁵ Article 337 CP.

grossesse résulte d'un viol qu'on pourrait admettre l'avortement¹⁶, encore faudrait-il que la mère le sache sinon, l'enfant handicapé ou malade qui naîtra pourra se voir indemnisé du fait de sa venue au monde¹⁷.

Par ailleurs, face à des maladies incurables, de plus en plus les voix s'élèvent pour autoriser l'euthanasie. Face à ce culte de la mort valorisée en présence d'une santé défaillante, le droit à la santé constitue en réalité un obstacle car aucun jugement ne doit être fait sur la qualité de la vie¹⁸. L'euthanasie en constitue pourtant un.

II. Le contenant incertain du droit à la santé.

La volonté du Cameroun de respecter les engagements pris par la ratification des textes internationaux relatifs au droit à la santé est manifeste. Mais elle semble ineffective car sur sa réalisation, se dressent de nombreux obstacles qui rendent incertains le contenu du droit à la santé. Cette incertitude est aussi bien propre au service public de la santé (A) qu'extérieurs (B).

A- Les incertitudes endogènes au service public de la santé.

Les incertitudes exogènes au service public de la santé concernent l'inaccessibilité des structures sanitaires (1) et l'insuffisance du personnel (2) et l'insécurité alimentaire (3).

1- L'inaccessibilité des structures sanitaires.

Pour garantir aux populations un état de santé tant physique que mental, les Etats doivent assurer un dispositif sanitaire apte à réagir de manière appropriée aux risques sanitaires évitables. Ces mesures supposent que dans l'Etat, les installations, les biens et services ainsi que des programmes fonctionnels en matière de santé publique et de soins de santé doivent être accessibles c'est à dire à la portée de tous aussi bien physiquement (a) que financièrement (b).

a- L'inaccessibilité physique.

Les politiques de développement imposent de faire des choix lors des allocations budgétaires. Ces choix ne sont pas délibérés. Les gouvernements sont très souvent obligés de se soumettre à des recommandations issues d'organismes extérieurs. En effet, les institutions financières internationales sont impliquées dans toutes les décisions d'ordre économique des pays débiteurs. C'est dans ces conditions que le FMI et la banque mondiale ont imposé des réformes néolibérales qui tournent le dos à la vision intégrale et progressiste de la santé annoncée à Alma

¹⁶ On comprend aisément pourquoi l'article 339 exige qu'un tel avortement soit pratiqué dans les premiers mois de la grossesse, notamment en cas de viol, ensuite il doit être pratiqué après autorisation du Ministère Public.

¹⁷ A.P. C.Cass, 17 Novembre 2000, Affaire PERRUCHE;

¹⁸ C. SAUVAT, «*Réflexions sur le droit à la santé*», PUAM, 2004, p. 214.

Ata. Les budgets de santé publique sont fortement réduits¹⁹, le secteur privé est encouragé, de même que le recouvrement des coûts de santé.

Cette situation est à l'origine de l'insuffisance des infrastructures de santé au Cameroun. En effet le parc immobilier du service public de la santé ne comporte que 3680 centres de santé, pour une superficie de 475000 km². Plus encore, ceux-ci très inégalement répartis sur l'étendue du territoire. Il en résulte que certaines zones dites de l'arrière pays sont pratiquement dépourvues de centre de santé.

La situation n'est guère plus réjouissante ailleurs car, quand bien même il existe un centre de santé dans une localité, son plateau technique est pauvre pour ne pas dire nul. Les équipements sont insuffisants et pas entretenus (malgré l'existence d'une ligne budgétaire d'entretien). Au Cameroun, on compte un lit d'hôpital pour 15 malades. Les malades sont parfois obligés de parcourir des dizaines voire des centaines de kilomètres pour accéder à un centre de santé relativement moderne. Il s'instaure ainsi une discrimination dans l'accès à la santé contraire aux prescriptions de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme²⁰.

b- L'inaccessibilité financière.

L'inaccessibilité des structures sanitaires est aussi financière. Elle concerne surtout le coût des médicaments. Celui-ci semble dissuasif pour les populations camerounaises.

En effet, l'accès aux médicaments constitue aujourd'hui l'un des problèmes sérieux auxquels les populations camerounaises font face dans le domaine de la santé. Cette difficulté s'exprime doublement.

D'une part, les capacités financières des populations sont très limitées du fait du chômage²¹; d'autre part, la faible disponibilité des médicaments dans les

¹⁹ Le classement suivant des allocations budgétaires au Cameroun renseigne sur la place occupée par la santé dans la politique nationale. Les chiffres sont donnés en Milliards de francs CFA ;

1. Présidence et services rattachés 9,8
2. Ministère Sports 6,5
3. Ministère des Enseignements secondaires 4,3
4. Ministère de l'Agriculture 3,3
5. Ministère de la Santé 2,7

²⁰ Cela constitue une atteinte sérieuse à l'article 2 de la DUDH qui prévoit que *«chacun peut se prévaloir de tous les droits et de toutes les libertés proclamés dans la présente déclaration, sans distinction aucune, notamment de race, de couleur, de sexe, de langue, de religion, d'opinion politique ou de toute autre opinion, d'origine nationale ou sociale, de fortune, de naissance ou de toute autre situation»*.

²¹ Au Cameroun, le chômage dont les chiffres ne malheureusement pas être donnée de façon officielle, a inévitablement entraîné la pauvreté des populations. Les conditions de vie des citoyens se sont dégradées, plongeant un grand nombre dans une scandaleuse précarité. Personne n'est plus sûr de manger à sa faim. De nombreux parents éprouvent toutes les peines du monde à envoyer leurs enfants à l'école. Les soins de santé sont hors de portée d'un grand nombre, au point où l'on meurt parfois d'un simple paludisme. Les ménages qui sont pourvus en électricité et en eau potable se comptent au bout des doigts... dans l'ensemble, même dans son propre pays, le Camerounais vit constamment sur le qui-vive, dans la peur de ne pas avoir de quoi manger ou des moyens pour se soigner. Cette situation provoque des comportements incontrôlés au sein des communautés.

pharmacies et d'autres problèmes restreignent l'utilisation des services de santé. Cette situation trouve son explication de part et d'autre.

En effet, la production des médicaments est réglementée par des législations internationales. L'avènement de la mondialisation promue par l'OMC a durci les mesures de protection des brevets de productions. Or le brevetage accroît considérablement les prix des médicaments et institue des obstacles de caractère économique à l'accès aux médicaments. Les accords sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC) défendent les droits sur la propriété intellectuelle sur les médicaments. Ces accords nuisent à la santé publique des pays en développement. D'abord, ils incitent à l'abandon des recherches sur certaines maladies oubliées (lèpre, leishmaniose) qui sont considérées comme non rentables par les laboratoires de recherche. Ensuite, ces accords établissent des droits de propriété intellectuelle sur les médicaments accordant aux industries pharmaceutiques qui les fabriquent un droit de production exclusive pour 20 ans, une durée relativement longue. Aucune fabrication sous forme de médicament générique, sans accord du propriétaire du brevet n'est autorisée. Cet aspect du commerce des médicaments engendre beaucoup de difficultés.

A titre d'exemple, les médicaments antirétroviraux nécessaires au traitement du VIH/SIDA sont brevetés et coûtent 12 000 Dollars américains par année, alors que les mêmes médicaments génériques ne coûtent que 420 Dollars américains par année. Les accords de libre échange donnent des avantages supplémentaires au détenteur du brevet, puisqu'ils prévoient même des brevets de second usage lorsqu'une nouvelle propriété du médicament est découverte, et même des brevets illégitimes par modification de la forme de présentation du médicament par exemple.

Les droits de propriété intellectuelle sont les premiers droits privés à être protégés par le régime de l'OMC. L'accord sur les ADPIC a été accueilli avec de fortes réticences par les pays en développement. Ceux-ci craignent qu'une protection stricte de la propriété intellectuelle ne nuise aux transferts de technologie ou à d'autres objectif de nature sociale comme l'accessibilité aux médicaments essentiels à prix abordable. On peut voir dans la propriété intellectuelle une forme de droit de monopole, qui renforce l'autonomie individuelle, et encourage le travail de création. Dans cette optique, permettre que l'on s'approprie le travail des autres sans leur verser de rétribution est frauduleux. Mais est il possible de déterminer un montant qui constitue une juste rétribution du créateur. Dans certains cas, les droits de propriété intellectuelle peuvent aboutir à des abus de pouvoir en donnant à leurs détenteurs le droit de fixer le prix à payer pour avoir accès aux fruits de leur travail. Cette attitude relève d'un individualisme extrémiste. Les dispositions des ADPIC reflètent le point de vue et les revendications de pays où de puissants lobbies industriels font pression en faveur

d'une protection très stricte des droits de propriété intellectuelle²².

2- L'insuffisance du personnel

Le tableau ci-après est suffisamment illustratif de la situation chaotique relative au personnel de la santé au Cameroun ²³.

CATEGORIE	NOMBRE	DENSITE POUR 1000 HABITANTS
Médecins	1555	0,08
Infirmiers et sages-Femmes	9579	0,51
Dentistes	50	0
Pharmaciens	69	0
Personnel de santé publique et environnement.	Non déclaré	Non déclaré
Techniciens de laboratoire.	484	0,03
Autres personnel de santé	5278	0,28
Personnel de la santé communautaire.	Non déclaré	Non déclaré
Personnels de gestion et d'appui	4228	0,22
TOTAL	21242	1,13

Il en ressort qu'au Cameroun, le ratio entre le nombre de médecin et la population est nul. Au lieu d'un médecin pour 1000 habitants comme recommandé par l'OMS, le ratio est de 10 000 habitants pour un médecin et encore²⁴!!!

²² On peut citer l'exemple du litige récent entre les Etats Unis et l'Afrique du Sud. L'Afrique du Sud a eu recours aux médicaments génériques indispensables pour enrayer l'épidémie du SIDA sans se soucier des détenteurs du brevet. Les hommes d'affaires américains relevant du secteur de l'industrie pharmaceutique ont ressenti là une atteinte à leurs intérêts. Plutôt que d'engager une action contre l'Afrique du sud devant l'OMC, les Etats-Unis ont préféré exercer des pressions dans le cadre de leurs relations bilatérales. Soucieux de préserver leur image publique, ils ont finalement autorisé l'Afrique du Sud à recourir aux licences obligatoires dans les limites permises par la législation sur les ADPIC. L'accès aux médicaments est sans nul doute une affaire de droits humains, et il aurait été inadmissible que les Etats-Unis empêchent l'Afrique du Sud de fournir à ses citoyens victimes de la maladie les traitements nécessaires. Malgré ce dénouement heureux, il devient nécessaire de réviser l'instrument juridique pour y inclure une approche plus équilibrée, condition préalable à toutes formulations de droits de propriétés intellectuelles dans le cadre de l'OMC.

²³ Observatoire des Ressources Humaines pour la Santé de l'Afrique 2009.2. Nombre total des personnels de santé et densités pour 1000 habitants en 2009 – Cameroun. Et de l'aveu même du directeur de ressources humaines au ministère de la santé publique le professeur Samuel KINGUE , le personnel sanitaire est déficitaire pour faire tourner les infrastructures. Le pays compte un personnel sanitaire pour milles habitants alors que le ratio établi par l'OMS est de deux pour milles. Cameroon Tribune, 4 Avril 2013.

²⁴ Source, CRTV Télé, 18 Juin 2013.

3- L'insécurité alimentaire

Du 16 au 23 juillet 2012, M. Olivier De Schutter Rapporteur spécial sur le droit à l'alimentation a effectué une visite officielle au Cameroun. Le constat qu'il a fait conforté la théorie de l'insécurité alimentaire. En effet, le rapporteur affirme qu'en dépit de l'adoption d'une série de mesures visant à la réduction de la pauvreté, le Cameroun a fait peu de progrès vers l'élimination de la pauvreté et la faim au cours des dix dernières années. La proportion de la population qui vit en-dessous du seuil de pauvreté est restée quasiment stable (autour de 40 %) depuis 2001; l'insécurité alimentaire n'a que faiblement diminué.

Ce constat général masque des disparités importantes. Dans l'ensemble du pays, les personnes dans les zones rurales sont plus vulnérables à l'insécurité alimentaire que celles qui vivent dans les centres urbains: 9,6 % des ménages ruraux, comparés à 6,7 % dans les zones urbaines, n'ont pas accès à une nourriture suffisante en raison de la pauvreté et de leur incapacité à produire assez de nourriture pour leur propre consommation.

Les données statistiques sur la malnutrition présentent un tableau similaire. Environ 33 % des enfants souffre de malnutrition chronique, ce qui entrave gravement leur croissance et leur développement. La situation est particulièrement grave dans les zones rurales, comme en témoigne l'indice d'insuffisance pondérale chez les enfants, affectant 20 % en milieu rural contre 7 % en milieu urbain. Des disparités fortes existent également entre les régions. L'insécurité alimentaire va de 17,9 et 15,4 % dans les régions de l'Extrême Nord et du Nord à 0,7 et 2,0 % dans les régions du Sud-Ouest et du Nord-Ouest²⁵.

B- Les incertitudes exogènes au service public de la santé

Les incertitudes exogènes au service public de la santé concernent l'inefficacité de la justice (1), l'incontournable corruption (2). Par ailleurs certaines pesanteurs des traditions culturelles empêchent la réalisation du droit à la santé au Cameroun (3).

1- L'inefficacité de la justice

L'application du droit à la santé nécessite des garanties judiciaires qui autorisent aux populations des recours en cas de violation. Or dans un pays en développement comme le Cameroun, le système judiciaire présente de nombreux maux²⁶. Il ne bénéficie pas d'une réelle indépendance vis-à-vis du gouvernement²⁷,

²⁵ Mission au Cameroun du Rapporteur spécial sur le droit à l'alimentation, M. Olivier De Schutter (16-23 juillet 2012) Conclusions préliminaires. Le rapport indique par ailleurs l'existence de nombreux clivages ; par exemple on peut relever ici la situation des prisonniers. «Lors de sa visite des prisons principale et centrale de Yaoundé, le Rapporteur spécial a pu évaluer la situation du droit à l'alimentation des détenus. Les détenus hommes ont droit à une seule ration quotidienne, généralement composée de fufu de maïs, de mil, ou de riz, et comprenant parfois des légumes verts et occasionnellement du poisson ou de la viande», explique le communiqué. Des populations autochtones et riveraines des zones d'exploitation souffrent aussi d'une atteinte à leurs ressources alimentaires.

²⁶ Une abondante littérature existe au Cameroun au sujet des maux de la justice camerounaise.

il est gangrené par la corruption²⁸, et il souffre de nombreuses insuffisances qui l'empêchent de prendre des décisions convenables notamment en matière de droit à la santé.

Le gouvernement semble surtout occupés par des chiffres de croissance élevés, et ne se soucie guère des violations du droit à la santé qui peuvent être causées par les entreprises privées, du moment que ces dernières soutiennent l'économie nationale. L'ambition d'attirer des sociétés transnationales sur leur sol pousse même le gouvernement à «fermer les yeux» sur des violations parfois graves. Les entreprises privées peuvent être à l'origine de pollutions environnementales et de violations des droits du travail. Les activités des sociétés transnationales peuvent être considérées comme des obstacles à l'effectivité du droit à la santé. Il est en effet difficile d'appliquer les lois et règlements des droits humains au secteur privé.

Par ailleurs, bon nombre d'instruments internationaux existant conçus pour réglementer les activités des entreprises transnationales, sont inapplicables et donc largement inefficaces en pratique. Ces instruments sont très nombreux, mais peu, voire aucun d'entre eux n'est contraignant et les entreprises n'ont aucun scrupule à les ignorer, du moment où les mécanismes nationaux de responsabilisation sont rares, où l'accès à la justice pour les simples citoyens est difficile²⁹, et où les gouvernements sont prêts à s'entendre avec les entreprises pour préserver les bénéfices que ces dernières apportent à leur économie. Face à cette situation, les avocats, les syndicats et les organisations de défense des droits de l'homme qui militent en faveur des travailleurs ou de toute autre personne dont les droits sont bafoués, se retrouvent dans une impasse.

2- L'incontournable corruption

La corruption doit s'entendre ici comme l'abus d'une charge publique à des fins de profits privés personnels ou catégoriels. Selon certains auteurs, «*la corruption est devenue véritablement systémique, en ce sens qu'elle est la règle*

M.KAMTO, «*Les mutations de de la justice camerounaise au regard des développements constitutionnels de 1996*», Revue Africaine des Sciences Juridiques, vol. 1, 2000, p. 153 et s.; C.ABA'A OYONO, «*Les mutations de de la justice camerounaise au regard des développements constitutionnels de 1996*», Afrilex 2000/2001; R.SOCKENG, «*Les institutions judiciaires du Cameroun*», Col. Lebord, 2000; FEDIMO, «*Réflexions sur la justice pénale au Cameroun*», Thèse en cotutelle Université de Douala Université de Lorraine, en cours. Etc

²⁷ C'est en effet le gouvernement à travers le Président de la République qui nomme les magistrats après avis du Conseil Supérieur de la Magistrature qu'il préside également. Bien plus ces magistrats ne bénéficient pas du principe de l'inamovibilité et restent donc à la merci des volontés de l'autorité qui gère leur discipline.

²⁸ Le dernier rapport de Transparency International du 13 Juillet 2013 indique que la justice est l'administration la plus corrompue au Cameroun, suivie juste par la police.

²⁹ Le principe de la gratuité du service public de la justice est proclamé, mais en vérité, la justice camerounaise est chère. En effet en dehors frais légaux qui comprennent le droit des timbre et la consignation, il existe des frais informels occasionnés par l'éloignement des tribunaux et juridictions, le paiement des honoraires des avocats surtout que la procédure d'assistance judiciaires est assez longue et ne couvre que les crimes.

plutôt que l'exception»³⁰ La corruption semble coutumière et organisée, on l'observe dans tous les niveaux du fonctionnement du système de santé, qu'il s'agisse de la passation des marchés publics, du paiement des factures aux fournisseurs, ou dans la relation entre les patients et le personnel soignant³¹. Toute opportunité de corruption est systématiquement exploitée, puisque rien ne semble s'y opposer, ni la peur des sanctions, ni la déontologie ou l'esprit du service public. Elle a une implication directe sur l'exercice du droit à la santé.

En affectant chacune des composantes de la gouvernance, la corruption a des effets sur l'état de santé et surtout sur l'exercice du droit à la santé des populations. Elle concerne le comportement de tous ceux qui ont un pouvoir dans les affaires publiques, qu'il s'agisse de politiciens, d'employés du secteur public ou des militaires. La corruption conduit, à une atteinte du droit à la santé. Dans l'étude intéressante rapportée par Audibert³², les relations entre corruption et secteur de la santé sont dégagées:

- Les régimes ou les sociétés où la corruption est forte manifestent vraisemblablement un intérêt limité pour la santé des personnes.

- La corruption entraîne un moindre niveau de prélèvement public, donc toutes choses égales par ailleurs, il en résulte un moindre niveau de dépenses publiques de santé.

- Elle engendre des surcoûts pour le secteur public, et favorise le gaspillage de ressources

- Pour les décideurs et les agents en position de responsabilité élevée, il est certainement plus difficile de capter une rente importante dans le domaine de la santé que dans d'autres secteurs, ce qui n'incite pas à un effort en faveur des dépenses publiques de santé.

- Il est important que la corruption puisse rester relativement discrète. Du point de vue de la recherche d'une rente, il est donc plus intéressant d'orienter les dépenses publiques vers des grands contrats ; or la santé offre relativement peu d'opportunité en la matière.

- Le personnel de santé peut assez facilement pratiquer des tarifications occultes pour augmenter son revenu, ce qui émousse les revendications catégorielles pour obtenir des crédits de la part de l'Etat.

3- Les pesanteurs des traditions culturelles

Les traditions culturelles africaines en général et camerounaises en particulier jouent un rôle néfaste dans l'ineffectivité du droit à la santé.

En effet, pour des raisons inavouées, légitimes ou pas, les citoyens camerounais semblent accorder une plus grande confiance à "*la médecine*

³⁰ J. F. MEDAR, «*La décentralisation du système de santé publique et ressources humaines au Cameroun*», Bulletin de l'APAD, 21/2001, «*Le système de santé en mutation: le cas du Cameroun*».

³¹ Boris TCHOMNOU «*Le droit des communautés à un environnement sain*», Université de Limoges-Master II 2006, Mémoire on line.

³² BOUBAYA MOHAMED LAMINE, «*Accessibilité des services de santé en Afrique de l'Ouest: le cas de la Guinée*», working paper, n° 2008-2, Janvier 2008;

irrationnelle". Le réflexe de consulter un médecin régulier relève de la culture des "blancs". Il faut donc en ces pratiques un refus de se soigner. Le problème de la légitimité de ce refus se pose.

Fondé sur le droit à l'intégrité physique, le refus de se soigner implique qu'un médecin ne peut réaliser un acte médical sur son patient sans le consentement de ce dernier³³. Par conséquent, nombre de patients camerounais aujourd'hui émettent le souhait d'être soignés sans transfusion sanguine, sous le prétexte d'éviter la contamination³⁴. Parmi eux, il y a les témoins de Jéhovah. Curieusement, c'est grâce au refus de transfusion sanguine de ceux-ci que les médecins se sont aperçus soit qu'elle était souvent inutile, soit qu'elle pouvait être remplacée par d'autres techniques³⁵. Mais dans le contexte camerounais marqué par le manque de moyens tant matériels infrastructurels qu'en personnels, de telles techniques restent élitistes et font du droit à la santé un droit censitaire.

Conclusion

En somme le droit à la santé, droit fondamental consacré par les instruments juridiques internationaux impose certaines obligations aux autorités gouvernementales. Il s'agit notamment de la préservation de l'état de santé contre les diverses atteintes dont l'individu peut être sujet, et de l'amélioration de cette santé par l'administration des soins. Ces contours sont bien intégrés dans la législation camerounaise. Mais leur applicabilité est incertaine à cause de nombreux obstacles qui rendent son contenu incertain.

Bibliographie

Ouvrages généraux

1. R.SOCKENG, «*Les institutions judiciaires du Cameroun*», Col. Lebord, 2000.
2. F.EDIMO, «*Réflexions sur la justice pénale au Cameroun*», Thèse en cotutelle Université de Douala Université de Lorraine.
3. C.SAUVAT, «*Réflexions sur le droit à la santé*», P.U.A.M., 2004;

³³ Deux principes se sont jusque là affrontés sur la question: Le principe de bienfaisance ou le paternalisme médical selon lequel le médecin sait ce qui est bien pour son patient, ce dernier devant suivre aveuglément les prescriptions du premier. La liberté du patient est alors limitée au choix de son médecin. Ce principe semble aujourd'hui remplacé par le respect de l'autonomie du patient. Ce n'est que l'urgence, l'impossibilité de recueillir ce consentement ou le refus par le patient d'être informé qui peuvent justifier l'obligation de se soigner. Lire en ce sens, C.SAUVAT, «*Réflexions sur le droit à la santé*», P.U.A.M., 2004, p. 267 et s.

³⁴ Même s'il faut reconnaître on est loin de l'époque où la transfusion sanguine était une banale opération sans risque au regard de la propension du VIH/SIDA, de l'hépatite C et du risque immunologique.

³⁵ C'est le cas notamment de l'acceptation de chiffres d'hémoglobine inférieurs autrefois fixés de façon totalement empirique, de la technique chirurgicale diminuant les pertes sanguines, de l'autotransfusion, de la récupération du sang épanché, des substituts synthétiques du plasma etc. Lire en ce sens, GONI Philippe et DELMAS Danielle, «*La chirurgie sans transfusion de sang et les données de la science*», Gaz.Pal., 1996, 3, doct., p.730, cité par C.SAUVAT, *op.cit.*, p. 275.

4. Boris TCHOMNOU «*Le droit des communautés à un environnement sain*», Université de Limoges-Master II 2006, Mémoire on line.

Articles et monographies

5. M. KAMTO, «*Les mutations de de la justice camerounaise au regard des développements constitutionnels de 1996*», Revue Africaine des Sciences Juridiques, vol. 1, 2000.
6. C.ABA'A OYONO, «*Les mutations de de la justice camerounaise au regard des développements constitutionnels de 1996*», Afrilex 2000/2001.
7. J. F. MEDAR, «*La décentralisation du système de santé publique et ressources humaines au Cameroun*», Bulletin de l'APAD, 21/2001, «*Le système de santé en mutation: le cas du Cameroun*».
8. GONI Philippe et DELMAS Danielle, «*La chirurgie sans transfusion de sang et les données de la science*», Gaz.Pal., 1996.
9. BOUBAYA MOHAMED LAMINE, «*Accessibilité des services de santé en Afrique de l'Ouest : le cas de la Guinée*», working paper, n° 2008-2, Janvier 2008.
10. V. J. BARBERIS, «*Le droit de la preuve face à l'évolution technique et scientifique*», thèse Aix-Marseille 3, 2000.

Textes de loi

11. *Déclaration Universelle des Droits de l'Homme de 1948.*
12. *Code pénal camerounais*