



Panorama de quelques déterminants géographiques de la santé et de l'accès aux soins dans les sites de Ngam et Gado-Badzéré

Joséphine LEMOUOGUE

Docteure en géographie
Université de Dschang-Cameroun



Les Papiers de la Fondation n° 33

Mars 2020

Cette recherche a été réalisée dans le cadre de l'appel à bourses postdoctorales lancé par la Fondation Croix-Rouge française et avec le soutien financier de son partenaire, AXA Research Fund.

La Fondation Croix-Rouge française, créée sur l'initiative de la société nationale de la Croix-Rouge française, a pour vocation d'initier, de soutenir et de récompenser les projets de recherche qui mettent en perspective les principes, pratiques et finalités d'une action humanitaire en transition.

À travers des appels à bourses postdoctorales, l'attribution de prix de recherche et l'organisation d'événements scientifiques, la Fondation Croix-Rouge française vise à définir les enjeux de l'action humanitaire de demain, accompagner les acteurs et les personnes, parties prenantes de la solidarité internationale, diffuser les savoirs issus de regards croisés et stimuler le débat.

Les propos et opinions exprimés dans cet article n'engagent que son/ses auteur(s) et ne reflètent pas nécessairement ceux de la Fondation Croix-Rouge française.

Le contenu de cet article relève de la législation française sur la propriété intellectuelle et est la propriété exclusive de l'auteur.

Il est interdit pour un usage autre que privé, scientifique ou pédagogique de reproduire, diffuser, vendre et publier intégralement ou partiellement sous quelque forme que ce soit cet article sans autorisation écrite particulière et préalable, dont la demande doit être adressée à la Fondation Croix-Rouge française.

© Tous droits réservés.

Avec le soutien de



Pour citer cet article :

LEMOUOGUE Joséphine « Panorama de quelques déterminants géographiques de la santé et de l'accès aux soins dans les sites de Ngam et Gado-Badzéré », Fondation Croix-Rouge française, *Les Papiers de la Fondation*, n° 33, Mars 2020, 25 p., ISSN 2649-2709.

Résumé

L'objectif de cet article est d'identifier les principaux déterminants du sous-système socio-économique de la santé, qui impactent significativement cette dernière, ainsi que l'accès aux soins de santé des réfugiés centrafricains dans les sites de Ngam et Gado-Badzéré, respectivement situés dans les régions de l'Adamaoua et de l'est du Cameroun. Le cadre conceptuel de l'étude est construit autour des concepts d'espace, de population, de santé, d'humanitaire et du développement. Les données de terrain et celles issues de l'exploitation des rapports de UNHCR inscrites dans ce cadre conceptuel ont été utilisées pour les analyses. Ces informations ont été collectées tour à tour via une enquête effectuée auprès de 398 ménages de réfugiés, des entretiens, des observations dans les sites étudiés, et des lectures. Il ressort des analyses que le taux de morbidité est de 38% dans les sites étudiés. Il est entretenu par les pathologies liées aux contextes environnemental et socio-économique des réfugiés. Ces mêmes contextes en plus de déterminer la santé des réfugiés, orientent leurs recours aux soins. Il met en exergue le large spectre des déterminants de la santé en général et surtout ceux en relation avec le sous-système socio-économique de santé. Il en ressort la stabilité de la diffusion de certaines pathologies, mais le taux de morbidité général reste élevé malgré les interventions et réalisations d'urgence des humanitaires, dans le domaine de la santé, ainsi que dans ceux qui lui sont connexes. On note en effet un cadre de vie des réfugiés défavorable à leur santé et un risque d'insécurité alimentaire prégnant dans les sites. En outre, 12% seulement de réfugiés de Ngam et Gado-Badzéré ont pu développer leurs propres affaires tandis qu'une forte déperdition scolaire après le cycle primaire est également observée, alors que les ressources des humanitaires pour la prise en charge semblent diminuer. La majorité des réfugiés vit encore dans une pauvreté morale et matérielle qui impacte significativement leur santé. La politique de prise en charge actuelle portée à la fois par les ONG, l'État et les communautés est orientée vers l'autosatisfaction durable des besoins par les réfugiés.

Mots-clés : santé, réfugiés, humanitaire, Cameroun, RCA.

Summary

The objective of this article is to identify the main determinants of the socio-economic health's subsystem, which have a significant impact on the health as well as on the access to health care of Central African Republic's refugees in Ngam and Gado-Badzéré sites, respectively located in the Adamaoua and eastern regions of Cameroon. The conceptual framework of the study is built around the concepts of space, population, health, humanitarian and development. The field data and those from the exploitation of the UNUHCR reports included in this conceptual framework were used for the analysis. Datas were collected through a survey of 398 refugee's households, interviews, observations in the sites studied, and readings. The analyses show that the morbidity rate is 38% in the sites studied. It is maintained by pathologies related to the environmental and socio-economic contexts of refugees. The same contexts, in addition to determining the refugees's health, guide their choice of health care. It highlights the broad spectrum of determinants of health in general and especially those related to the socio-economic health's subsystem. It shows the stability of the spread of certain diseases, but the overall morbidity rate remains high despite the emergency interventions and achievements of humanitarians, in the field of health, as well as in those related to it. There is indeed a living environment for refugees that is unfavorable to their health and a food insecurity risk in the sites. In addition, only 12% of refugees from Ngam and Gado-Badzéré have been able to develop their own business while a large drop in schooling after the primary cycle is also observed, while the resources of humanitarian aid workers seem to be decreasing. The majority of refugees still live in moral and material poverty, which has a significant impact on their health. The current caring policy of NGOs, the state and the communities is geared towards sustainable self-satisfaction by refugees.

Keywords: health, refugees, humanitarian, Cameroon, CAR.

Panorama de quelques déterminants géographiques de la santé et de l'accès aux soins dans les sites de Ngam et Gado-Badzéré

Introduction

Le Cameroun est victime d'une crise humanitaire¹ complexe qui met à mal sa sécurité et son développement. Il fait face à des vagues d'immigrations et de déplacements forcés engendrées par des conflits et insécurités perpétrés dans les pays limitrophes (Tchad, Nigéria, République Centrafricaine (RCA) plus précisément)² d'une part, et dans ses régions administratives (Extrême-Nord, nord-ouest, Sud-Ouest) d'autre part. Le Cameroun parmi ses voisins d'Afrique centrale, est de ce fait l'un des pays qui accueillent le plus grand nombre de populations victimes de crises humanitaires et en subit également les conséquences les plus importantes. En effet, plus de 259 000 réfugiés de la République Centrafricaine sont hébergés dans les régions de l'Est, de l'Adamaoua et du Nord, tandis que 20 000 autres résident dans les zones urbaines³. La persistance des crises sociopolitiques et l'augmentation exponentielle des effectifs des migrants et déplacés ont amené les chercheurs⁴ à se questionner sur les implications de ces crises sur la démographie, les dynamiques socio-économiques, l'environnement, les besoins et les services, etc.

Le présent article porte sur les implications de la crise humanitaire sur la santé et les besoins en santé. En effet, le système de santé camerounais déjà très fragile ne s'est pas préparé à la prise en charge des réfugiés dont les effectifs ont augmenté très rapidement. Le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés relevait en effet en 2015, le niveau

¹ Danièle Laliberté (2007) relève « qu'il y a crise humanitaire quand les situations d'urgence déclenchées par des conflits armés, des inondations, des tremblements de terre, des éruptions volcaniques, des raz-de-marée et/ou des sécheresses désorganisent la vie de collectivités dans des proportions exceptionnelles, constituent une menace pour la vie d'un grand nombre de personnes et nécessitent des mesures extraordinaires pour assurer la survie, les soins et la protection, parce que les mécanismes de soutien existants ne permettent pas d'y faire face ». Dans le contexte de crise humanitaire, les victimes sont contraintes de se déplacer pour rechercher la survie dans des environnements plus sécurisés.

² Nana Ngassam Rodrigue, 2014. « Insécurité aux frontières du Cameroun », Études 2014/3 (mars), p. 7-16.

³ UNHCR, 2016. Rapport enquêtes SENS, réfugiés centrafricains hors sites, régions de l'Est,

⁴ Emmanuel Chauvin et Christian Seignobos, « L'imbroglie centrafricain. État, rebelles et bandits », *Afrique contemporaine*, 2013/4, n° 248, p. 119-148 ; Wassouni François et Gwoda Adder Abel, *Boko Haram au Cameroun : dynamiques plurielles*, Éditions Peter Lang, 2017 ; François Wassouni et Adder Abel Gwoda (dir.), *Regards croisés sur le phénomène Boko Haram*, Yaoundé, Éditions du Schabel, 2017 ; Magrin Géraud et Marc-Antoine Pérouse de Montclos, *Crise et développement. La région du lac Tchad à l'épreuve de Boko Haram*, Agence française de développement (AFD), 2018 ; Ahidjo Paul, 2015. Migration tchadienne et centrafricaine au nord Cameroun: enjeux humanitaires et problématique de la dégradation de l'environnement. Public Administration & Regional Studies 8th Year, n°. 2 (16) – 2016. Kamdem Pierre, 2016, Scolarisation et vulnérabilité : les enfants réfugiés centrafricains dans la région de l'Est-Cameroun », *Espace populations sociétés* ; Sadjo Iabe Solange et al., 2018. Évaluation de l'impact de l'afflux des réfugiés centrafricains sur le couvert végétal entre 2002 et 2017 dans les localités de Borgop et de Ngam. Rev. int. géomat. aménagement. gest. ressource. Vol. 3. 2018. Lémouogué et al., 2019. Cameroun : les zones d'accueil des personnes déplacées, entre recomposition sociodémographique et gestion des personnes à besoins spécifiques. In revue Alternatives Humanitaires n°12.

médiocre des infrastructures dans les villages et sites qui accueillent les réfugiés centrafricains. Il mentionne également que le sous-centre de santé et de nutrition sont sous-équipés et en sous-effectifs. Depuis l'arrivée des réfugiés, les humanitaires s'activent à leur chevet pour leur prise en charge, les états d'urgence ont été maîtrisés. Entre les années 2018 et 2019, les besoins prioritaires non satisfaits des sites de Gado-badzéré et de Ngam sont cependant encore nombreux. Ils se résument en : « le suivi des enfants au secondaire, la réponse pour les adolescents âgés entre 14-17 ans non scolarisés, la promotion des programmes d'autonomisation des réfugiés, la redynamisation de la promotion de l'hygiène et de l'assainissement, la nécessité d'octroi de terres cultivables fertiles et d'espaces de pâturage aux réfugiés agriculteurs et éleveurs et les abris »⁵. Ces besoins s'inscrivent dans les secteurs connexes à celui de la santé, et continuent par conséquent d'impacter ce dernier⁶. Ils traduisent les vulnérabilités multiformes auxquelles la population réfugiée fait encore face dans les sites, les enfants et les personnes âgées étant les premières victimes⁷.

Le présent article s'inscrit dans le vaste champ des sciences de la santé dont fait partie la géographie de la santé. Au regard de la complexité des questions de santé, le croisement des approches disciplinaires très variées, mettant en scène les sciences dites « dures » et celles qualifiées de « molles », s'avère nécessaire pour la compréhension des problèmes de santé dans des contextes socio-spatiaux donnés. L'article interroge donc les principaux déterminants socio-économiques du système de santé, qui caractérisent la santé et l'accès aux soins, dans deux sites d'accueil des réfugiés centrafricains à l'Est et dans l'Adamaoua au Cameroun. Il procède de façon spécifique à identifier les principaux déterminants du sous-système socio-économique de la santé, qui l'impactent significativement ainsi que l'accès aux soins des réfugiés centrafricains à Ngam (Région de l'Adamaoua) et Gado-Badzéré (Région de l'Est).

Méthodologie

Les grands traits des sites de Ngam et Gado-Badzéré

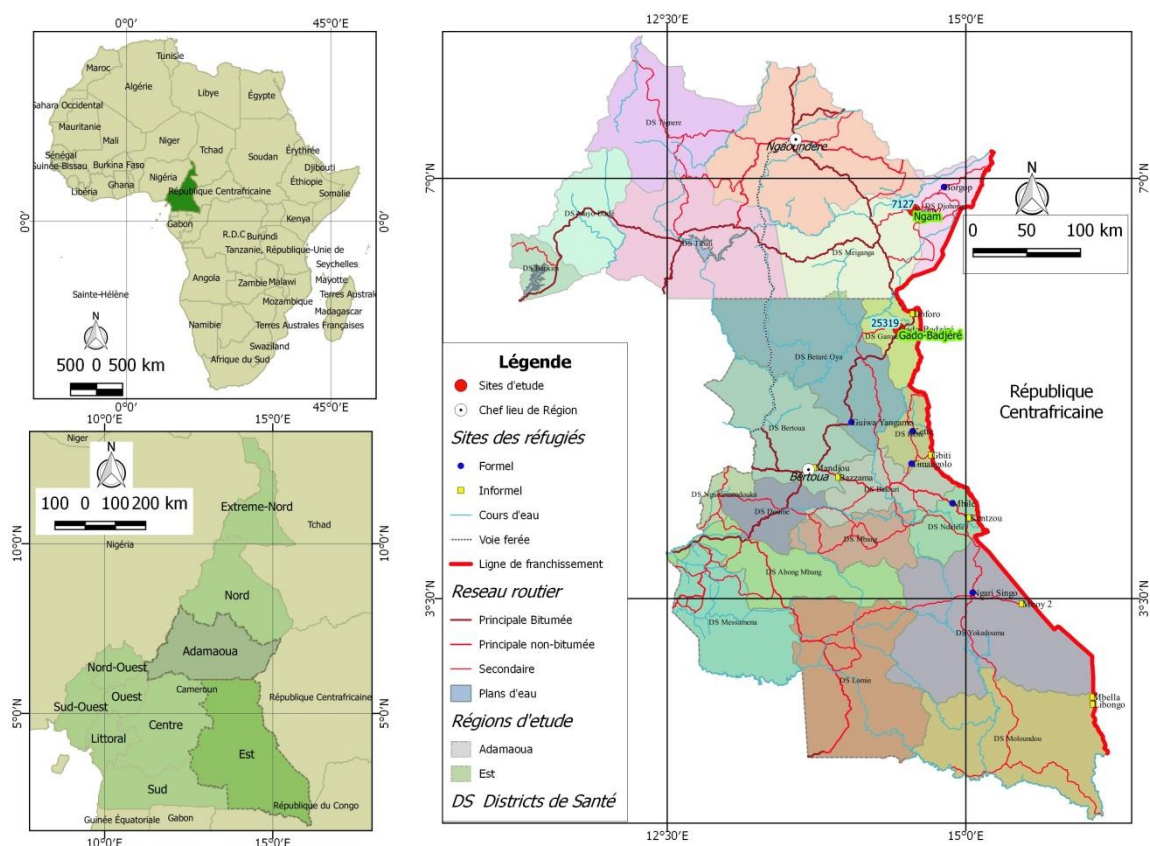
⁵ UNHCR, Rapport sur le Profil du site de Gado-Badzéré, 2018.

⁶ Le secteur connexe au secteur de la santé est celui qui influence indirectement la santé. Lire Pampalon Robert, 2007. Un indice de défavorisation matérielle et sociale pour l'étude des inégalités de santé. Dans Fleuret Sébastien et Thouez Jean-Pierre (dir), Géographie de la santé ; un panorama. Editions Economica, Paris. Pp. 37-44 ; Fleuret Sébastien, 2010. Territoire et santé : l'utilité de la géographie de la santé. Dans Richoz Simon, Boulianne Louis-M et Ruegg Jean (dir), santé et développement territorial, Enjeux et opportunités. Editions Presses polytechniques et universitaires romandes ; Lausanne, pp. 25-48 ; Zeneidi Djemilia et Fleuret Sébastien, 2007. Sans-abris et santé. Enjeux de visibilité et d'appropriation au prisme d'une approche qualitative. Dans Fleuret Sébastien et Thouez Jean-Pierre (dir), Géographie de la santé ; un panorama. Editions Economica, Paris. Pp. 45-58.

⁷ Lémouogué J., 2019. La vulnérabilité des réfugiés centrafricains au Cameroun et au Tchad. In Sariette et Paul Batibonak dir, *Conjoncture autour des marginités*. Editions Monange ; Lémouogué et al., 2019, *Idem*.

Les sites d'étude à savoir Ngam et Gado-Badzéré sont situés respectivement dans les régions de l'Adamaoua et l'Est. Il s'agit de deux régions du Cameroun qui partagent une frontière de près de 800 km de long avec la République Centrafricaine. Cette frontière constitue la ligne de franchissement des réfugiés (Carte1).

Carte1 : Localisation de la zone d'étude



Source : Carte administrative du Cameroun, Rapports de UNHCR, 2016 2018 et 2019, enquête de terrain 2019.

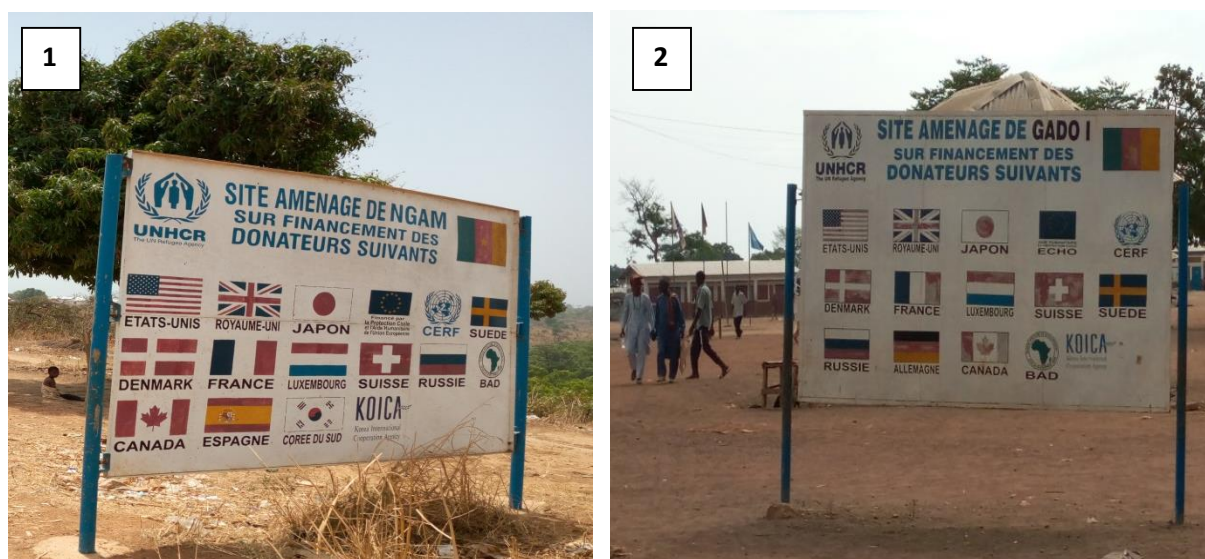
Les sites de Ngam et Gado-Badzéré sont deux sites formels aménagés, parmi les 07 sites formels et plus de 160 villages d'accueil et sites informels créés dans les régions d'étude. Le site de Ngam est situé dans la région de l'Adamaoua, département de Mbéré, District de Santé (DS) de Meiganga, entre 6°44'1.4994" de Latitude Nord et 14°34'12.504" Longitude est, à 80 km de la frontière partagée par le Cameroun et la RCA (Carte 1). Il a été ouvert le 14 juillet 2014 et couvre une superficie de trente-sept hectares. Ce site abrite en la date du 28 février 2019, la population totale de réfugiés centrafricains de 7.127 personnes regroupées au sein de 2089 ménages d'une moyenne d'environ 3 personnes par ménage⁸. Les réfugiés sont issus principalement des ethnies Peulh (94,8%), Baya (4,9%), Haoussa (0,2%), et autres (0,2%). Leurs principales religions sont l'islam (95,2% de ménages) et le christianisme (4,8% de ménages).

Distant de 35 km de la frontière entre le Cameroun et la RCA, le site de réfugiés de Gado-badzéré a été créé le 1er mars 2014 dans le département de Lom-et-Djérem, District de Santé de Garoua Boulai, région de l'Est entre 5°45'15.9114" de Latitude Nord et 14°26'0.6"

⁸ UNHCR, Rapport sur le Profil du site de Ngam, 2019.

de Longitude Est (Carte 1). Il couvre une superficie de 55 hectares et est subdivisé en 11 secteurs⁹. Selon la même source, sa population s'élève à 25.319 réfugiés centrafricains, avec 8101 ménages dont la taille moyenne est de 3 personnes au 30 octobre 2018. Un total de 57% de cette population a moins de 18 ans, contre 43% de personnes âgées de plus de 18ans. Les femmes/filles y représentent 53% contre 47% d'hommes. Les principales religions des réfugiés de ce site sont l'islam pratiqué par 98,8% de réfugiés, le christianisme pratiqué par 0,8% de réfugiés et, les autres religions, qui concernent 0,4% de réfugiés. Leurs principales ethnies sont Peulh (92,9%), Haoussa (2,6%), Autres (4,5%).

Planche 1 : les plaques indicatives des sites de Ngam et Gado-Badzéré



Cliché : Lemouogue, novembre 2018.

Sur les photos de la planche 1, l'on peut voir les noms des sites, les drapeaux des pays et les logos des organismes ayant financé ou effectué des dons pour la création et le fonctionnement des sites. Ces plaques se trouvent aux principales entrées des sites.

Outils et données de la recherche

Afin d'atteindre l'objectif de cet article, une méthodologie pluridisciplinaire inscrite dans un cadre théorique de l'analyse des interrelations entre la migration, la santé et le développement a été utilisée. Le cadre conceptuel est construit autour des concepts d'espace, de migration forcée, d'humanitaire et du développement.

Les données secondaires utilisées pour certaines analyses et discussions, ont été collectées au travers des lectures des registres, rapport des services déconcentrés de l'État (Délégation du Ministère de l'Économie, de la Planification et de l'Aménagement du territoire, Districts de Santé, structures de santé, etc.), de l'Institut National de Statistiques (INS), des organismes en charge des migrants (UNHCR et ses partenaires) ainsi que les travaux scientifiques commis entre autres sur les conflits et les instabilités politiques, la migration, le risque sanitaire, la prise en charge des réfugiés et enfin sur les systèmes de santé et le sous-développement. Les données de terrain ont été collectées dans les deux régions

⁹ UNHCR, Rapport sur le Profil du site de Gado-Badzéré, 2018

d'étude à l'aide d'un questionnaire, d'un GPS et d'un appareil photo. Cette collecte s'est faite au travers des observations et des enquêtes effectuées auprès de 398 ménages des réfugiés des sites de Gado-Badzéré et Ngam en général. Aussi, les guides d'entretien ont été utilisés pour la collecte des données. Ils étaient structurés autour des conditions de vulnérabilité des ménages en général, pouvant affecter leur santé et leur accès aux soins et services de santé dans deux sites aménagés pour les réfugiés. Des entretiens et des interviews ont été conduits dans la zone d'étude auprès des réfugiés individuellement et en groupe, auprès des autorités administratives et traditionnelles, des responsables des communautés de réfugiés et d'autochtones, le personnel de santé, les responsables d'ONG et organismes internationaux en charge des réfugiés.

Les données collectées ont été analysées à la fois suivant les méthodes quantitative et qualitative. Les résultats sont organisés autour de la situation de la santé dans les sites de refuge, des déterminants socio-économiques de la santé et de l'accès aux soins, et du devenir de la santé dans les zones d'accueil des réfugiés.

Résultats

Les caractéristiques de la morbidité dans les sites de réfugiés de Ngam et Gado-Badzéré

La morbidité des sites de réfugiés est fortement marquée par le paludisme, la malnutrition et des infections respiratoires aiguës. Les maladies diarrhéiques/les gastroentérites, les maladies de la peau, etc., sont également très récurrentes chez les réfugiés (tableau1). Une étude de la morbidité sur le mois de l'enquête (mars 2019) présente le taux de morbidité général de 39% pour l'échantillon d'étude dans les deux sites. Les enfants âgés de 0 à 5 ans représentent 37,41 % de la morbidité mensuelle tandis que les personnes âgées de plus de 60 ans et les enfants âgés de 6 à 17 ans totalisent respectivement 18,70% et 18,06% de morbidité mensuelle (Tableau 1).

Tableau 1. Répartition des principaux problèmes de santé des ménages suivant les catégories démographiques

Principaux problèmes de santé des ménages	Morbidity mensuelle par catégories démographiques						
	Enfants (0-5 ans)	Enfants (6-17ans)	Adulte (18-59ans)	Personnes âgées (59 ans et plus)	Toutes les catégories	Total type de maladie	%
Paludisme	29	10	13	7	8	67	43,22
Malnutrition	9	6	4	2	4	25	16,12
Infections respiratoires	8	6	2	2	3	21	13,54
Diarrhée/GEAS	10	5	2	0	0	17	10,96
Typhoïde	0	0	2	1	2	5	3,22
Maladie de la peau	2	1	0	1	0	4	2,58
Diabète	0	0	0	2	0	2	1,29
Rhumatisme	0	0	0	3	0	3	1,93
Tuberculose		0		1	0	1	0,64
Mal de dos	0	0	0	3	0	3	1,93
Problèmes cardiaux	0	0	0	3	0	3	1,93
Mal de dents	0	0	0	2	0	2	1,29
Mal gastrique	0	0	0	2	0	2	1,29
Total (%)	58 (37,41)	28 (18,06)	23 (14,88)	29 (18,70)	17 (10,96)	155	100

Source : Enquêtes de terrain, mars 2019.

Les résultats des données d'enquêtes obtenues dans les sites de réfugiés témoignent de l'extrême vulnérabilité de réfugiés. Les personnes de troisième âge présentent des indicateurs de la santé les plus défavorables après les enfants âgés de 0 à 5 ans. Les réfugiés âgés souffrent des maladies infectieuses et spécifiquement des maladies chroniques, tandis que les plus jeunes enfants souffrent en plus des maladies infectieuses, beaucoup plus de la malnutrition, des diarrhées et Gastroentérite Sévère (GEAS).

Le paludisme, principale cause de morbidité dans les zones d'étude, représente un taux de 42,22% de problèmes de santé selon les ménages. Ensuite vient la malnutrition qui touche 16,12% de ces derniers au moment de l'enquête. Les maladies respiratoires représentent quant à elles 13,54% de ménages. Par ailleurs, il ressort des rapports du HCR¹⁰ que le taux de la malnutrition globale est de 9,4%, celui de la Malnutrition Aiguë Sévère (MAS) est de 1,3%, dans le site de Ngam. Tandis qu'à Gado-Badzéré, ils sont respectivement de 9,1% et de 0,9%.

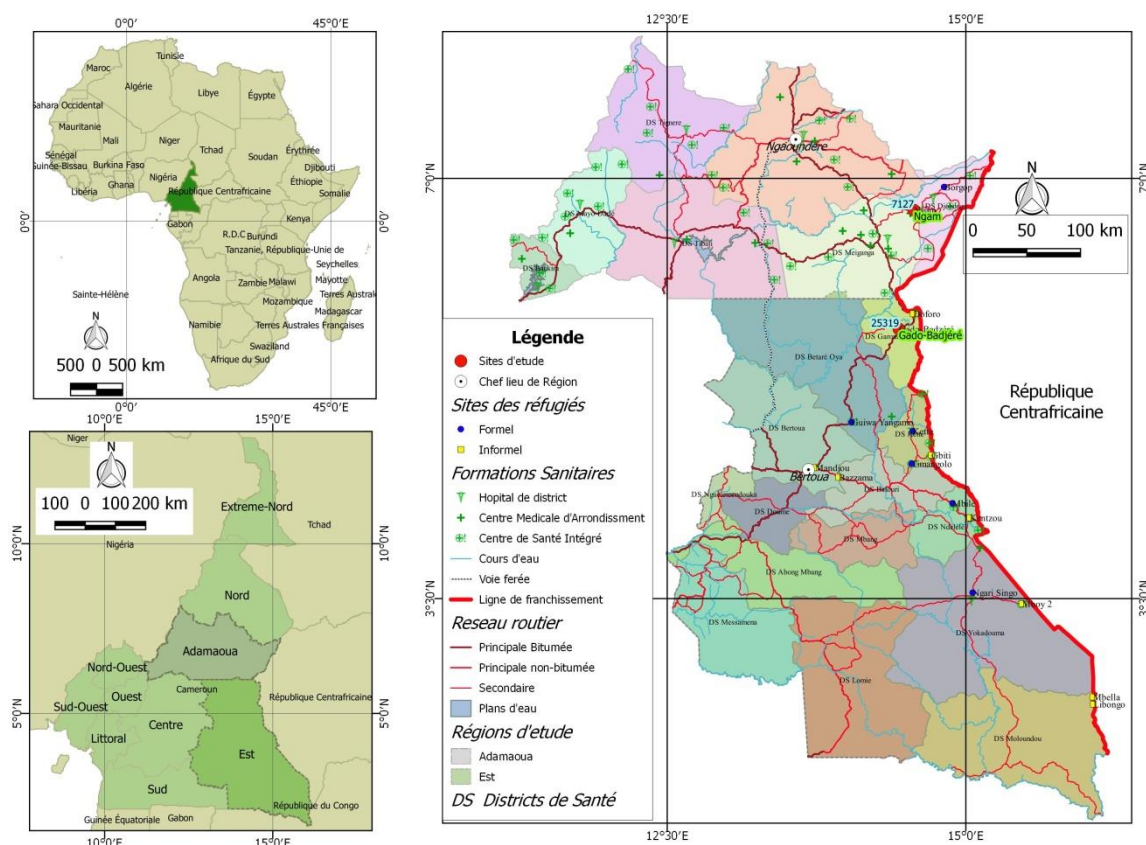
Dans un effectif de 398 ménages enquêtés, 38,9% affirment avoir perdu un membre des suites de maladie ou de violences. Les taux de mortalité bruts relevés par le HCR et ses partenaires travaillant dans le domaine de la santé en 2018 sont de 0,4/10000/jour et de 0,6/10000/jour respectivement pour les sites de Ngam à Gado-Badzéré, pour un standard inférieur à 0,75/10000/jour. Celui des enfants âgés de 0 à 5 ans est de 0,9/10000/jour et de 1,22/10000/jour respectivement pour les sites de Ngam et Gado-Badzéré, contre un standard de moins de 1,5/10000/jour. Ces standards sont très proches des normes recommandées d'où l'alerte permanente, car, à tout moment, la situation peut basculer vers la borne négative. Au regard des problèmes de santé présentés et corrélativement à

¹⁰ UNCHR 2019 Op cite et UNHCR 2018 Op cite.

l'importance de l'effectif des réfugiés impliqués et du travail de sensibilisation à la prise en charge sanitaire, les demandes en soins et services modernes explosent dans les zones de réfugiés. Elles viennent s'ajouter aux soins des médecines parallèles pratiquées culturellement.

La demande en soins et services de santé est devenue plus importante du fait de l'accroissement de la population de chaque District de Santé. Celui-ci dispose d'un Hôpital de District, d'au moins un Centre Médical d'Arrondissement et des Centres de Santé Intégrés (Carte 2). Toutefois, l'offre des services et l'accès aux soins de santé sont encore limités dans les zones d'accueil des réfugiés, malgré les aménagements et les équipements des structures. Un faible équipement, une carence en ressources humaines qualifiées, un faible approvisionnement en médicaments et autres consommables et non consommables, une faible capacité d'accueil, le manque de laboratoire pour les petits examens de routine, l'absence d'éclairage des centres de santé et les Comités de Santé non fonctionnels, sont les principaux indicateurs des limites de l'offre des soins et services dans les zones de réfugiés.

Carte 2 : Carte sanitaire des régions de l'Est et Adamaoua



Source : Carte administrative du Cameroun, Rapports de UNHCR, 2016, 2018 et 2019, Enquête de terrain 2019.

La région de l'Adamaoua compte 09 Districts de Santé opérationnels, 97 Aires de Santé (AS) dont 87 fonctionnelles comportant 176 Formations sanitaires au total, dont 134 publiques et 42 privées. L'Est quant à elle compte 14 Districts de Santé (DS), 109 Aires de Santé avec 230 formations sanitaires. Ces structures de santé sont inégalement réparties

dans l'espace et leur accessibilité physique est pour la grande majorité très limitée à cause de l'état des routes difficilement praticables surtout en saison des pluies.

Près de 50% de ménages de réfugiés font recours aux structures de santé modernes en cas de maladies, tandis que 25,15% font recours à la médecine traditionnelle. Cependant, les deux pratiques ne s'excluent pas, car, 24,85% font recours aux soins mixtes. On note de plus en plus les cas d'abstention de soins modernes depuis que la prise en charge par les humanitaires est devenue sélective.

Les déterminants géographiques encore défavorables à la santé dans les sites de réfugiés centrafricains de Ngam et Gado-Badzéré au Cameroun

Les déterminants géographiques de la santé sont des facteurs qui protègent la santé ou au contraire, la compromettent et la menacent¹¹. Ils sont différents des facteurs causaux responsables de l'apparition des maladies. Ils sont d'ordre environnemental (milieu physique, économique et social) et génétique (patrimoine génétique). Les premiers sont les déterminants de la santé collective dans une communauté alors que le deuxième détermine la santé de l'individu. Ces déterminants mettent en exergue les domaines qualifiés de connexes à celui de la santé, qui sont des composantes du système de santé dans un milieu donné ; d'où leur influence indirecte, mais éminemment explicative de la vulnérabilité à certaines pathologies et de l'accès aux soins de santé. Les concepts de cadre de vie, caractéristiques sociales et moyens d'existence des réfugiés, regroupent ces différents secteurs connexes à celui de la santé.

Cadre de vie comme facteur influençant négativement la santé des réfugiés ?

Outre le milieu naturel incriminé par plusieurs auteurs comme responsables de la diffusion des vecteurs de certaines maladies, l'environnement immédiat ou le cadre de vie des réfugiés (habitat, toilette, latrine) ne garantissent pas toujours la meilleure santé. Ils favorisent le développement des germes de certaines pathologies et leur contact avec les personnes.

De façon spécifique, 38% de réfugiés ont accès à un abri plus ou moins décent dans le site de Ngam contre un standard de 100%. La situation n'est pas très différente à Gado-Badzéré où 55% de réfugiés vivent dans des abris plus ou moins décents. Seuls 29% de ménages de réfugiés vivent dans les sites à accès, le reste vit dans des abris d'urgence en shiteeng dans le village Ngam. On note une insuffisance et une vétusté de ces abris d'urgence, puis un faible niveau d'autonomie des ménages pour participer efficacement à l'autoconstruction des abris dans les deux sites. Contrairement au secteur 4 de Gado-Badzéré où on trouve quelques habitations faites en brique de terre, les logements de réfugiés sont restés définitivement des abris d'urgence de type « bidonville », faits de paille, de vieux papiers ou de feuilles d'arbre (photo1). Le matériel de couchage pour plus de 80% de ménages est la natte étalée à même le sol, ou supportée par des barres transversales et verticales portées par quatre piquets de bois plantés au sol. Cet habitat est fait d'une seule pièce qui constitue à la fois l'espace cuisine et la chambre à coucher pour les grandes personnes et les enfants (photo 2).

¹¹ Picheral, H., 2001. Dictionnaire raisonné de géographie de la santé ; GEOS, Montpellier, Université Montpellier III-Paul Valéry ;

L'accès à l'eau et aux services d'hygiène et d'assainissement reste limité. L'on peut noter à titre illustratif, une moyenne de 40 personnes par latrine dans le site de Gado-Badzéré, contre un effectif réglementaire de 20 personnes par latrine. De même, on note une moyenne de 49 personnes par douche contre 20 initialement prévues. Les infrastructures de latrines et douches aménagées par le HCR et ses partenaires sont caractérisées par la vétusté, ou ont été sujets de vandalisme dans certains endroits. Plus grave encore, le bloc 18 du site de réfugiés de Ngam et ceux qui vivent hors des sites, ne disposent ni de toilettes, ni de latrines. Ses habitants utilisent les toilettes traditionnelles (photo 3) ou les espaces vacants couverts de broussaille à la fois comme toilettes et latrines (photo 4). La planche photographique 2 ci-dessous illustre quelques indicateurs du cadre de vie dans les sites de réfugiés de Ngam et de Gado-Badzéré.

Planche 2 : Quelques caractéristiques du cadre de vie et moyen d'existence des réfugiés des sites de Ngam et Gado-Badzéré au Cameroun.



Cliché : Lemouogue J., novembre 218 et mars 2019.

La photo 1 présente un abri dont les murs sont faits de vieux papiers et le toit fait à moitié de paille et l'autre moitié de vieux papiers. La photo 2 présente l'intérieur d'un abri avec 2 lits (un pour la mère et l'autre pour ses 2 filles) faits de nattes posées sur support en bois. La photo 3 est une illustration d'une toilette traditionnelle. On peut y apercevoir un trou entouré de paille. La lettre A de la photo 4 renseigne sur l'abri des réfugiés, essentiellement fait de paille. Les lettres B et C renseignent sur la défécation à l'air libre du fait de l'absence des latrines dans le bloc 18 du

site de Ngam. De façon spécifique, la lettre B indique un enfant nu-pieds, en train de faire les selles (la flèche pointée sur les selles) dans une cour, tandis que la lettre D accompagnée de la flèche insiste sur la carafe d'eau à usage multiple (boisson et toilette), posée à même le sol non loin de l'enfant qui défèque dans la cour. La lettre C accompagnée de la flèche pointe la broussaille qui est l'alternative utilisée à la place des latrines dans ce même bloc. L'état des toilettes traditionnelles dans certains blocs ou même l'absence de ces dernières est un indicateur du risque de contamination par la matière fécale.

Les caractéristiques sociales et les moyens d'existence défavorables à la santé et à l'accès aux soins des réfugiés ?

Les indicateurs socio-économiques et les moyens d'existence à savoir l'éducation, le revenu, la sécurité alimentaire, l'accès à l'énergie, à l'eau potable, s'ajoutent au cadre de vie pour impacter indirectement, qui plus est négativement la santé des populations.

Après la famille, l'école est le lieu par excellence de l'éducation de l'enfant à l'hygiène et à la salubrité pour la promotion d'une bonne santé. Cependant, l'éducation des enfants réfugiés n'est pas toujours garantie pour contribuer à l'atteinte de cet objectif. En effet, moins de 10% d'enfants réfugiés avaient commencé l'école primaire avant leur arrivée au Cameroun (Kamdem P. 2016, HCR, 2018). Il ressort des enquêtes de terrain récentes que 51% et 69% d'enfants sont scolarisés au cycle primaire, puis, 0% et 2% au cycle secondaire respectivement dans les sites de Gado-Badzéré et de Ngam. Toutefois, on note un absentéisme persistant dès le cycle primaire. Les données du HCR, (2018) affichent qu'un effectif de 392 enfants en âge scolaire (dont 144 filles et 248 garçons), soit 60% dans le site de Ngam, puis, 80% Gado-Badzéré, sont inscrits à l'école primaire par PLAN Cameroun, UNICEF, LWF et HCR contre un standard de 100%. Tandis que seulement 5% d'enfants en âge scolaire sont inscrits à l'école secondaire dans le site de Gado-Badzéré contre 0% à Ngam. Ces élèves sont scolarisés dans des établissements ayant bénéficié des travaux de rénovation, réaménagements, extensions ou de construction financés par les humanitaires. La déperdition scolaire est observée après le cycle primaire. Dès lors, la consommation des drogues et des stupéfiants par les adolescents augmente, le taux de délinquance juvénile et aussi les violences dans les zones concernées.

La situation éducative influence celle professionnelle. En effet, 17% de la population est faite de femmes au foyer, 7% de producteurs de bétail, 31% de manœuvres et tacherons, 2% de petits commerçants, 6% de fermiers, 37% de personnes sans aucune activité rémunératrice. Comme pour le cas du site de Ngam, les réfugiés du site de Gado-Badzéré ne sont pas instruits et n'ont pas suivi des formations professionnelles. 50,4% d'adultes n'ont jamais été à l'école, 37,4% ont eu une éducation informelle (52% de femmes et 48% d'hommes), tandis que 0.80% ont fait des études universitaires. De ce fait, les adultes ne disposent pas de qualifications professionnelles, par conséquent, 18% de la population est faite de femmes au foyer, 5% de producteurs de bétail, 19% de manœuvres et tacherons, 4% de petits commerçants, 4% de fermiers, 50% de personnes sans emplois. Le tableau 2 présente quelques activités et revenus de ceux qui exercent une Activité Génératrice de Revenu.

Tableau 2 : Activités et revenus des réfugiés

Montant mensuel des revenus

Activités	Aucun revenu	moins de 10000F	10000-20000	21000-30000	31000-40000	41000-50000	Total
Agriculture	1	4	1	4	2	3	15
Élevage	1	0	0	0	0	0	1
Couture	0	1	2	0	0	0	3
Commerce	0	4	4	2	0	0	10
Maçonnerie	0	0	1	3	0	0	4
Cordonnerie	0	3	0	1	1	0	5
Mécanique	0	0	3	0	0	0	3
Coiffure	0	1	0	0	0	0	1
Total	2	13	11	10	3	3	42

Source : Enquête de terrain, mars 2019

Les enquêtes de terrain à Ngam et Gado-Badzéré présentent 42 réfugiés dont 10,55% de chefs ou membres de ménages débrouillards, qui font entre autres le petit commerce (de vente de bois, paille, produits alimentaires) le petit élevage, l'agriculture, la cordonnerie, etc. pour un revenu mensuel variant de moins de 10 000 F CFA à plus de 50 000 F CFA, tandis que près de 90% d'enquêtés n'exercent aucune activité. Ces derniers dépendent donc entièrement de la prise en charge d'un tiers, fut-il ONG ou personne physique.

Risque d'insécurité alimentaire dans les sites de réfugiés

La situation de manque de revenu renforce le risque d'insécurité alimentaire, car, les réfugiés sont incapables de se nourrir par eux-mêmes. Nombre de ménages de réfugiés ne sont pas producteurs ni de la ressource alimentaire, ni de celle financière pour se procurer de la première. Pourtant, la sécurité alimentaire n'est plus assurée à 100% dans les sites. La distribution générale des vivres n'est réalisée qu'au profit des bénéficiaires ciblés par le PAM. La valeur nutritive (Kcal) journalière reçue par personne est de 1470 Kcal/jour/personne dans le site de Gado-badzéré. Elle est de 1575 Kcal/jour/personne à Ngam, pour une ration alimentaire de 75% fournie par le PAM pour 30 jours. Ces valeurs sont situées en dessous du standard de la valeur nutritive qui est de 2100 Kcal par personne/jour, du fait de l'insuffisance des moyens du PAM.

Le panier alimentaire reçu ne couvre que 75% de besoins de la ration mensuelle normale. Outre la baisse des apports en denrées alimentaires, la prise en charge alimentaire et les autres besoins de base des réfugiés ne sont plus systématiques dans les sites d'installation. Seules les personnes ciblées bénéficient encore de cette prise en charge depuis 2017. Un transfert monétaire (*Cash Based Transfert*) d'un montant de 6160 F CFA par personne et par mois, représentant 70% de la ration mensuelle, est réalisé au profit des réfugiés ciblés¹².

Des réponses durables témoignant de la dynamique de prise en charge sanitaire des réfugiés

Plusieurs acteurs sont mobilisés au chevet des réfugiés centrafricains pour leur santé comme pour les secteurs connexes à celui de la santé (tableau 3).

¹² HCR, 2018. Op cit.

Tableau 3 : Répartition des acteurs par secteurs d'intervention dans les deux sites d'étude

Protection	Sécurité alimentaire	Eau, Hygiène et Assainissement	Santé
CICR IMC PLAN- Cameroun UNHCR UNICEF ONUFEMME CRS	FICR/CRC PAM ADRA UNHCR PLAN- Cameroun	PUI UNHCR SOLIDARITE INTERNATIONAL PUI UNICEF	IMC AHA UNHCR UNICEF

Tableau 3 : Répartition des acteurs par secteurs d'intervention dans les deux sites d'étude (suite et fin)

Nutrition	Education	Abris et non-Vivres	CCCM	Livelihood
IMC AHA PAM UNHCR	PLAN CRS UNICEF UNICEF JRS	ADES FICR/CRC UNHCR PAM UNICEF	UNHCR PUI	LWF UNHCR Solidarités

Source: UNHCR, 2018, 2019, enquête de terrain, novembre 2018,

Les acteurs humanitaires intervenant dans le site de Ngam sont au nombre de 13. Ils sont répartis en 01 structure gouvernementale représentée par un administrateur du site dépendant de la délégation ministérielle de l'administration du territoire, 04 Organisations du système des Nations Unies (UNHCR, UNICEF, PAM, CICR) et 07 ONG internationales et nationales et 01 ONG locales. En plus des acteurs humanitaires intervenant dans le site de Ngam, AHA, CRS et JRS sont présents à Gado-Badzéré qui compte au total 16 ONG humanitaires. Les organisations du système des Nations Unies sont au nombre de 03, celles internationales et nationales au nombre de 11 tandis qu'une ONG est locale. Parmi différents centres d'intérêt classés par secteurs d'intervention des humanitaires dans les sites, l'analyse de la santé et des moyens d'existence permet de saisir des réalisations en vue de promouvoir la santé et le bien-être.

Les interventions dans le secteur de la santé : des urgences à la promotion de l'auto-prise en charge sanitaire des réfugiés

À l'arrivée des réfugiés, ils sont fragilisés, blessés, traumatisés, affamés. C'est en ce moment que les humanitaires volent à leur secours en offrant des soins intensifs d'urgence pour leur sauver la vie. Les réfugiés centrafricains arrivés dans la région de l'Est entre 2013 et 2016 ont bénéficié de services médicaux dans 51 centres de santé intégrés, huit hôpitaux de district et sept centres d'alimentation thérapeutique. Le HCR et ses partenaires ont construit et équipé trois nouveaux centres de santé intégrés. Quarante-sept postes de santé ont été construits et approvisionnés en médicaments génériques essentiels. Puis, 2000 moustiquaires imprégnées ont été distribuées et 15 incinérateurs de déchets médicaux construits. Environ 60 pour cent des réfugiés centrafricains ont eu accès à des soins de

santé primaire et 25 pour cent des naissances vivantes ont eu lieu en présence d'un personnel qualifié¹³.

Le secteur de la santé dans les sites d'étude est désormais porté par les ONG internationales et les organismes des Nations Unies. L'Etat est appuyé dans son devoir de prise en charge de la santé des réfugiés et de la population hôte par ces partenaires humanitaires. « Les organismes internationaux ayant les compétences requises dans le domaine de la santé publique (ACF, AHA, IMC et CRF) et santé mentale (ACF, CARE) appuyés par l'UNHCR, l'UNICEF, UNFPA, l'OMS et autres bailleurs de fonds, interviennent pour fournir les soins de santé primaires aux réfugiés et population hôte »¹⁴. Ces partenaires agissent dans des champs d'intervention selon leurs compétences, dans le domaine de la santé ou dans ceux parallèles à celui-ci. Toutes les structures existantes dans les zones d'accueil des réfugiés ont bénéficié de la rénovation, de l'extension, des équipements et du renforcement des ressources humaines dans le but de renforcer leur capacité à satisfaire les besoins de la population devenue plus croissante (tableau 4).

Tableau 4 : Quelques activités menées par le HCR et ses partenaires œuvrant dans le domaine de la santé

PARTENAIRES	ACTIVITES
PLAN –UNFPA	Équipement, clinique mobile, distribution des kits de dignité
PLAN-DFAT	Formation sur ANJE, démonstration culinaire, screening
MSF	PEC de la malnutrition
AHA	PEC médical, renforce le PEV de routine, référence et contre référence, éducation, sensibilisation, CPN, accouchement, PTME, promotion ANJE, Blanket feeding, dotation de matériel, construction des formations sanitaires, renforcement des ressources humaines, dotation des tests de réactifs de laboratoire...
PAM	Appui nutritionnel à travers les ONG
UNICEF	Formation du personnel en ATPC, facilite les campagnes rougeole et tétanos, disponibilisation de la chaîne de froid, WASH...
OMS	Appui des campagnes de vaccination, disponibilisation des intrants pour le V.Cholerae...
UNFPA	Renforcement en ressources humaines, dotation des kits d'accouchement...
FAIR MED	Surveillance des MAPE à base communautaire
IMC	PEC médico-nutritionnelle

Source: Enquête de terrain, novembre 2018 et mars 2019, Délégation régionale de la santé de l'Est, 2018.

Certaines structures à l'exemple des Centres de Santé Intégrée (CSI) de Borgop, de Garga Pella, de Batoua ou de Meiganga, dans l'Adamaoua, ont été construites de toutes pièces (photo 1 de la planche 3) pour la prise en charge sanitaire des réfugiés dans la région de l'Adamaoua par les organisations humanitaires et remises ensuite à la gestion de l'État via le Ministère de la Santé Publique (MSP). Des points focaux IMC fonctionnent dans toutes les structures de santé, de la Case de Santé à l'hôpital spécialisé. L'IRD et IMC ont réhabilité

¹³ Informations obtenues à la Délégation Régionale de la Santé de l'Est, en décembre 2018.

¹⁴ UNHCR, 2016. Rapport enquêtes SENS, réfugiés centrafricains hors sites, régions de l'Est, Adamaoua et nord du Cameroun, août –septembre 2016, consulté le 22 août 2018 ; 117 P.

des structures de santé et les ont équipé en microscopes, lits, groupes électrogènes, Gaz, oxygène, tricycle, carburants, etc. Il y a eu des extensions de 4 bâtiments à l'Hôpital de District de Méiganga : le bâtiment de médecine, la salle d'accueil, la salle psychosociale et le bâtiment du Centre de Nutrition Thérapeutique Interne. La planche photographique 3 ci-dessous illustre quelques réalisations dans le domaine de la santé.

Planche 3 : Des structures de santé construites pour la prise en charge sanitaire des réfugiés



Cliché : Lemouogue J., mars 2019.

La photo 1 est la structure de santé de Meiganga Publique, entièrement construite par le financement des humanitaires à Meiganga, District de Santé auquel dépend le centre de santé de Ngam. La photo 2 illustre un point focal de santé de IMC, construite en matériaux provisoires, dans le site de réfugiés de Gado-Badzéré.

Le CSI de Ngam dans le district de Meiganga a connu l'extension de ses bâtiments et a été réhabilité. Il compte 9 personnels de santé dont le chef de centre qui est un fonctionnaire de l'État, 2 infirmiers bénévoles payés par le centre de santé dans le cadre du PBF (financement basé sur la performance) et 6 autres infirmiers recrutés et payés par IMC. Le staff de la même structure de santé a été également renforcé par 2 médecins qui y travaillent à temps partiel. On note des améliorations dans le travail de l'offre des soins tel que le fonctionnement de cette structure de santé de Ngam la nuit, grâce au don du groupe électrogène et du panneau solaire par le HCR. Les références des malades sont désormais assurées grâce au tricycle et à l'ambulance offerts également par le HCR.

Toutefois, les interventions d'urgence des humanitaires relèvent du passé dans la zone d'étude, car, les réfugiés sont arrivés depuis 2013-2014. Ils ont reçu des soins d'urgence et pendant ce même moment, des structures de prise en charge sanitaire ont été aménagées, le personnel de santé renforcé. Les sensibilisations, l'éducation, les formations à la pratique des AGR ont suivi ; toutes ces activités étaient chronologiquement organisées pour assurer l'auto développement des réfugiés et par conséquent, les préparer à assurer la relève lorsque les humanitaires vont réduire considérablement leurs interventions ou se retirer de la zone. C'est dans cette optique qu'afin de faciliter l'accès aux soins des réfugiés centrafricains, le HCR et le Ministère de la Santé publique (MINSANTE) ont signé une convention-cadre le 10 août 2016 à Yaoundé. À travers cet accord de partenariat entré en vigueur en janvier 2017, le HCR s'engage à payer 70 % des frais des prestations liées à la

prise en charge sanitaire des réfugiés. En revanche, le MINSANTE s'engage à assurer la supervision régulière de la prise en charge des réfugiés au sein des centres de santé compétents et à réduire de 30 %, les tarifs des prestations sanitaires au profit des patients concernés. Le procédé du chèque santé est désormais disponible et utilisé par les réfugiés ciblés parmi les plus nécessiteux et ceux arrivés après l'année 2013. L'on suppose que ceux arrivés avant cette date et ceux qui réunissent les conditions sanitaires favorables à la pratique d'une activité rémunératrice, ont eu le temps de s'intégrer et de développer une AGR leur permettant de s'auto prendre en charge.

Promotion des moyens d'existence pour assurer l'autosatisfaction durable des besoins des réfugiés

Les réalisations en vue de la promotion des moyens d'existence sont menées dans les zones des réfugiés. Elles passent par l'éducation des enfants, les formations des adultes aux métiers et Activités Génératrices de Revenu (tableau 5).

Tableau 5 : Catégories de pratiquant des AGR ayant reçu ou non le financement

Activité	Effectif des bénéficiaires du financement	Effectif des non-bénéficiaires du financement
Agriculture/Transformation des denrées alimentaires	11	12
Métier de bois	0	2
Couture/tricotage	5	4
Maçonnerie	3	1
Cordonnerie	0	3
Élevage	3	2
Commerce	9	3
Coiffure	0	1
Total	31	28

Source : Enquête de terrain, novembre 2018

Dans le cadre de la promotion de moyens d'existence, on compte de jeunes menuisiers, commerçants, couturières, agriculteurs, etc., aujourd'hui autonomes, qui ont bénéficié ou non, de l'appui de Lutheran World Fundation (LWF) ou de l'ONG Solidarités International. Les commerces gérés par les réfugiés parfois sans appui financier des humanitaires, et, les articles trouvés sur les sites et dans les marchés environnants, témoignent à suffisance le début du dynamisme économique des réfugiés (planche photographique 4). Des proportions de 12% de personnes âgées de 18 à 59 ans d'une part à Ngam et d'autre part à Gado-Badzéré, ayant bénéficié de l'appui de LWF dans le cadre du programme de promotion des *livelihood* ou moyens d'existence en français, ont leurs propres AGR et travaillent comme indépendants depuis plus de 12 mois¹⁵. Seulement, certaines de ces activités sont entravées par le manque d'énergie, car, aucun ménage n'a accès à une énergie durable ou renouvelable. La planche photographique 4 ci-dessous illustre d'une part l'exposition des résultats d'activités des réfugiés de Ngam, et les outils de travail champêtre livrés dans le site de Gado-Badzéré.

¹⁵ UNHCR, 2018, 2019 Op cit.

Planche 4 : Appui aux moyens d'existence des réfugiés et quelques résultats obtenus.



Cliché : Lemouogue J., mars 2019.

Il s'agit pour la photo 1, des foyers améliorés fabriqués en fer forgé ou en terre/argile cuite, des habits tricotés pour bébé, des produits agricoles. La photo 2 présente les brouettes, les arrosoirs, les râteliers, les sacs de fertilisant (fientes de poules), livrés dans le site de Gado-Badzéré pour distribution aux agriculteurs.

L'objectif visé par l'orientation des interventions des humanitaires sur les moyens d'existence des réfugiés est d'accompagner les ménages à l'autosatisfaction durable des besoins des bénéficiaires directes (employés) et indirectes (les membres à charge de leurs familles), à partir des ressources produites. Les réalisations en vue de la promotion des moyens d'existence sont menées à la fois dans les sites et hors de ces derniers. Les populations hôtes bénéficient de 30% des investissements des humanitaires dans la zone en termes de forage, et certains appuis financiers, en matériel agricole, en semences, etc., tandis que 70% de réalisation reviennent aux réfugiés.

Conclusion et discussion

Il était question dans cet article d'identifier les principaux déterminants du sous-système socio-économique de la santé, qui impactent significativement cette dernière ainsi que l'accès aux soins des réfugiés centrafricains des régions de l'Adamaoua et de l'Est au Cameroun. Il ressort des investigations que la situation sanitaire des réfugiés des sites de Ngam et Gado-Badzéré reste préoccupante au regard des indicateurs de la santé et du contexte socio-économique déterminant la santé et l'accès aux soins dans les sites. Le taux de morbidité mensuelle est de 39% dans les 2 sites des réfugiés ayant fait l'objet de l'étude. Ce taux reste élevé. Aussi, on note les difficultés d'accès aux soins de santé de qualité pour les réfugiés et les populations d'accueil.

Certes les valeurs des taux de malnutrition globale et sévère présentées sont inférieures aux valeurs standards qui sont de moins de 10% pour la malnutrition globale et de moins de 2% pour la malnutrition sévère ; néanmoins, force est de constater qu'elles se rapprochent dangereusement des seuils critiques des formes de malnutritions. La malnutrition est à la fois quantitative et qualitative. En effet, la ration alimentaire a diminué du fait de la baisse des ressources réservées à l'assistance des réfugiés centrafricains. Alors, tous les réfugiés ne reçoivent plus l'assistance alimentaire en termes de don en nature ou de transfert monétaire appelé le *Cash Based Transfert* (CBT). Le CBT qui est de 6160 F CFA/pers/mois,

représente 70% de la ration mensuelle réalisée au profit des réfugiés ciblés parmi les plus vulnérables, généralement les Personnes à Besoins Spécifiques (PBS). Ceux qui ne le sont pas doivent alors pouvoir se procurer de la nourriture ; ce qui n'est pas toujours faisable au regard du nombre de réfugiés sans emploi et par conséquent, non productifs et démunis. Ces derniers présentent généralement, comme relevé dans d'autres études par divers auteurs, des indicateurs de santé les plus défavorables, reflétant la privation du bien-être dont de biens et commodités, ou la rupture du réseau social de la famille ou de la communauté¹⁶. Il est d'ailleurs noté qu'« immanquablement, le lien est fait entre l'aisance matérielle (et donc la richesse, le niveau de vie) et la satisfaction des besoins »¹⁷. Au regard de ce qui précède l'augmentation du nombre de bénéficiaires pour la ration alimentaire et l'introduction de la tranche d'âge de 24 à 49 mois et des femmes enceintes/femmes allaitantes dans le programme de suivi communautaire seront finalement importantes pour réduire ces taux de malnutrition. Néanmoins des sensibilisations communautaires et des démonstrations culinaires se passent en communauté¹⁸.

Outre le paludisme et les maladies respiratoires (qui ont pour cause davantage le milieu physique), on constate bien que les pathologies les plus récurrentes à savoir les GEAS, la malnutrition, les diarrhées, les maladies de la peau, etc., sont liées soit au manque d'hygiène et d'assainissement du corps et du cadre de vie des réfugiés, soit à leur contexte socio-économique inapproprié¹⁹. Ces supports de maladies, mettent en exergue les vulnérabilités auxquelles les ménages réfugiés font face, et qui les exposent de façon permanente aux risques sanitaires²⁰. L'OMS, 2008 à propos de ces facteurs de vulnérabilité sanitaire relève que l'état de santé d'une personne dépend non seulement de l'accès aux services de santé, mais aussi, d'une multitude de déterminants socio-économiques de la santé. Ceux-ci concernent des conditions dans lesquelles les personnes sont nées, grandissent, habitent, travaillent et vieillissent, et qui sont responsables au premier chef des inégalités persistantes en matière de santé à l'intérieur des pays et des villes, ou d'un pays ou d'une ville à l'autre. Dans la même veine, il est à noter que ces conditions ne sont pas du tout favorables pour des réfugiés fragilisés, déboussolés ; très souvent, ils ne peuvent accéder aux soins de santé en raison de leur statut irrégulier en terre d'accueil ou des barrières linguistiques, culturelles et économiques²¹.

Les réfugiés vivent dans les conditions de fragilités permanentes qui peuvent basculer sans délai en de véritables crises sanitaires, au regard des caractéristiques de certains déterminants de la santé. C'est le cas de l'environnement physique, du cadre de vie dont

¹⁶ Pampalon Robert, 2007. Un indice de défavorisation matérielle et sociale pour l'étude des inégalités de santé. Dans Fleuret Sébastien et Thouez Jean-Pierre (dir), *Géographie de la santé ; un panorama*. Editions Economica, Paris. Pp. 37-44.

¹⁷ Fleuret Sébastien, 2007. Bien-être, santé et géographie. Dans Richoz Simon, Boulianne Louis-M et Ruegg Jean (dir), *santé et développement territorial, Enjeux et opportunités*. Editions Presses polytechniques et universitaires romandes ; Lausanne, pp72-86.

¹⁸ HCR, 2019 Op cit.

¹⁹ Laliberté 2007, Op cit ; Fleuret Sébastien, 2010. Territoire et santé : l'utilité de la géographie de la santé. Dans Richoz Simon, Boulianne Louis-M et Ruegg Jean (dir), *santé et développement territorial, Enjeux et opportunités*. Editions Presses polytechniques et universitaires romandes ; Lausanne, pp. 25-48. Lussault et Lévy. 2013. *Dictionnaire de la géographie et de l'espace des sociétés*. Paris : Belin, 1128 p.

²⁰ Lemougue Joséphine, 2019. La vulnérabilité des réfugiés centrafricains au Cameroun et au Tchad. Dans Batibonak Sariette et Batibonak Paul (Ed), *Conjoncture autour des marginalités. Les éditions Monange*, www.monange.org:ISBN 978-9956-655-13-7Yaoundé-Cameroun, pp135-154.

²¹ Van Puymbroeck, N., 2017. « Vulnérabilités. Vers un traitement juste des réfugiés vulnérables », *Caritas International et Convivial*, Bruxelles, Caritas.

l'état de dégradation d'une part ou la qualité d'autre part, exposent au froid, à la poussière, etc. Ces conditions favorisent l'épanouissement de certains vecteurs, facteurs de développement des maladies infectieuses tels que le paludisme, les maladies respiratoires, les maladies de la peau... Les réfugiés très nombreux et très pauvres sur le plan matériel sont contraints de surexploiter les ressources disponibles pour satisfaire leurs besoins élémentaires. Il s'agit par exemple de l'exploitation abusive du bois de chauffe et de la paille dans un périmètre plus ou moins éloigné des sites pour la construction des abris²². Ils participent à la modification du couvert végétal, influencent le changement climatique ; ce qui n'est pas sans conséquence sur la santé dans ces zones. En effet, il a été constaté « un taux de dégradation annuel de 0,44% entre 2002 et 2013 et 2% entre 2013 et 2017. Cette dynamique récente est due essentiellement aux activités anthropiques des réfugiés »²³. Les types d'habitats exposent les populations également au risque permanent d'incendies. Il y a par ailleurs encore un besoin important de mutation des abris d'urgence faits de matériaux provisoires, en abris semi-durables. Le HCR encourage dès lors les réfugiés et appelle à la mobilisation communautaire pour la réparation de leurs abris, l'appui technique et le suivi rigoureux et régulier pour l'autoconstruction des logements²⁴.

Les objectifs des humanitaires et pays hôte en termes de prise en charge des réfugiés et d'appui aux moyens d'existence varient selon les contextes d'urgence ou non. Ces objectifs ont muté pour ce qui concerne les réfugiés de Ngam et Gado-Badzéré parce que la plupart des réfugiés y sont installés depuis 2013-2014. La période des urgences (prise en charge systématique des tous les réfugiés pour sauver des vies) est par conséquent passée, laissant place à l'appui des réfugiés pour le développement des moyens d'existence en vue de l'autogestion. L'objectif de l'État hôte et des ONG humanitaires aujourd'hui, est d'assurer la dignité des réfugiés et faire en sorte qu'ils ne dépendent pas indéfiniment des aides. Ce qui sous-entend l'amélioration de leurs conditions de vie et la contribution à leur épanouissement à long terme. Ceci passe par l'amélioration de leurs conditions socio-économiques telles que l'alphabétisation/l'instruction, l'emploi, la sécurité alimentaire, l'accès à l'énergie, etc.

Des actions de l'État, des communautés hôtes et des ONG humanitaires sont prometteuses malgré la baisse de leurs ressources et la persistance de la crise qui continue d'impacter la santé et les conditions de vie dans les zones de refuge. La maîtrise des vulnérabilités liées aux différents secteurs d'intervention des ONG partenaires du HCR contribuerait à limiter la vulnérabilité dans les sites de refuge. Toutefois, seulement 12% de personnes âgées de 18 à 59 ans ont leurs propres AGR, contre un standard qui devrait être supérieur à 95%. Les opportunités pour l'auto emploi et les capitaux pour le démarrage des activités génératrices de revenus sont insuffisants. Un plaidoyer et une facilitation pour augmenter l'accès à la terre se fait déjà auprès des chefs traditionnels et, des appuis du LWF et des UNHCR sont effectués pour promouvoir davantage l'auto emploi et le développement des AGR.

De ce qui précède, et au regard des travaux des certains auteurs,²⁵ les moyens envisageables pour relever les défis imposés par la vulnérabilité sanitaire des réfugiés comme celle des sans-abris, sont en définitive plus d'ordre socio-économique et politique.

²² Ahidjo, P., 2015 Op cit ; Kossoumna Liba'a Natali et al. Op cit ; Sadjo Labe S. et al. 2018, Op cit

²³ Sadjo Labe S. et al., (2018) Op cit.

²⁴ HCR, 2018 Op cit.

²⁵ Zeneidi Djemilia et Fleuret Sébastien, 2007. Sans-abris et santé. Enjeux de visibilité et d'appropriation au prisme d'une approche qualitative. Dans Fleuret Sébastien et Thouez Jean-Pierre (dir), Géographie de la santé ; un panorama. Editions Economica, Paris. Pp. 45-58.

Contribuer au renforcement du sous-système socio-économique de santé en vue de lutter contre la vulnérabilité sanitaire et d'améliorer l'accessibilité aux soins et services de santé dans les régions d'accueil des réfugiés centrafricains au Cameroun renforcerait donc leur résilience. L'objectif étant d'augmenter leurs capacités à satisfaire leurs besoins essentiels, notamment en abris, en eau potable, en nutrition, en sanitaires, en services médical et éducatif, etc., en vue d'assurer leur épanouissement durable.

Bibliographie

- Ahidjo Paul, 2015. Migration tchadienne et centrafricaine au nord Cameroun: enjeux humanitaires et problématique de la dégradation de l'environnement. Public administration & regional studies 8th year, no. 2 (16) – 2016 Galati University Press, ISSN 2065-1759 https://easo.europa.eu/wp-content/uploads/EASO-Newsletter-october-2015_f.pdf - Latest asylum trends and main countries of origin – EASO Newsletter, October 2015.
- Chauvin Emmanuel et Seignobos Christian, 2013. « L'imbroglia centrafricain. État, rebelles et bandits », *Afrique contemporaine*, n° 248, p. 119-148.
- Curtis Sarah, 2007. Géographie sociale, géographie de la santé. Dans Fleuret Sébastien et Thouez Jean-Pierre (dir), *Géographie de la santé ; un panorama*. Editions Economica, Paris. Pp. 26-36.
- Djimouko Sabine, Dr Madjigoto Robert, Nguendo-Yongsi H.B., Tchotsoua Michel, 2016. L'utilisation des structures de soins dans la région du logone occidental au sud du Tchad, un défi pour la gouvernance en santé. *European Scientific Journal* October 2016 edition vol.12, No.30 ISSN: 1857 – 7881 (Print) e - ISSN 1857- 7431. Pp89-111.
- Fleuret Sébastien, 2007. Bien-être, santé et géographie. Dans Richoz Simon, Boulianne Louis-M et Ruegg Jean (dir), *santé et développement territorial, Enjeux et opportunités*. Editions Presses polytechniques et universitaires romandes ; Lausanne, pp72-86.
- Fleuret Sébastien, 2010. Territoire et santé : l'utilité de la géographie de la santé. Dans Richoz Simon, Boulianne Louis-M et Ruegg Jean (dir), *santé et développement territorial, Enjeux et opportunités*. Editions Presses polytechniques et universitaires romandes ; Lausanne, pp. 25-48.
- Kamdem Pierre., 2016, « Scolarisation et vulnérabilité : les enfants réfugiés centrafricains dans la région de l'Est-Cameroun » ; *Espace populations sociétés*, [En ligne : <http://journals.openedition.org/eps/7019>, Consulté le 30 Avril 2018].
- Kossoumna Liba'a Natali, Dazoue Dongue Guy Paulin, Baska Toussia Daniel Valérie et Koulouchoumi Babette. Crises humanitaires et risques de violences basées sur le genre dans le Logone et Chari (Extrême-Nord Cameroun). In « Risques et catastrophes en zone soudano-sahélienne du Cameroun. Entre aléas, vulnérabilités et résiliences ». Edition Cheikh Anta Diop (Edi Card). CERAD-ACP, Volume thématique n°8. pp. 91-111.
- Laliberte, Danielle., 2007. « Crises humanitaires, santé des réfugiés et des déplacés : un cadre analytique », *Revue européenne des migrations internationales*, 23(3), [En ligne : <http://remi.revues.org/4207>, consulté le 30 septembre 2016].
- Lassailly-Jacob, V., Desse, M., 2009, *Migrations et vulnérabilités. Éleveurs sahéliens confrontés aux sécheresses et populations des littoraux antillais face aux cyclones. Les migrations et les écosystèmes: les réfugiés de l'environnement*, Université Mohammed V Rabat, Rabat, Maroc.

- Lémouogué Joséphine, 2019. La vulnérabilité des réfugiés centrafricains au Cameroun et au Tchad. Dans Batibonak Sariette et Batibonak Paul (Ed), *Conjoncture autour des marginalités. Les éditions Monange*, www.monange.org:ISBN 978-9956-655-13-7 Yaoundé-Cameroun, pp135-154.
- Lémouogué Joséphine, Fofiri Nzossie Éric Joël, Kahou Nzouyem Jasmine Laurelle, 2019. Cameroun : les zones d'accueil des personnes déplacées, entre recomposition sociodémographique et gestion des personnes à besoins spécifiques. *Alternatives Humanitaires* n°12. Pp 59-75.
- Lussault, M., Levy J., 2013, *Dictionnaire de la géographie et de l'espace des sociétés*. Paris : Belin, 1128 p.
- Lysaniuk, B. et Tabeaud, M., 2015, « Les santés vulnérables des Suds », *Belin, L'Espace géographique*, 3(44), pp. 229 à 244.
- Magrin Géraud et Marc-Antoine Pérouse de Montclos, 2018. *Crise et développement. La région du lac Tchad à l'épreuve de Boko Haram*, Agence Française de Développement (AFD).
- Nana Ngassam Rodrigue, 2014. « Insécurité aux frontières du Cameroun », *Études* 2014/3 (mars), p. 7-16.
- Pampalon Robert, 2007. Un indice de défavorisation matérielle et sociale pour l'étude des inégalités de santé. Dans Fleuret Sébastien et Thouez Jean-Pierre (dir), *Géographie de la santé ; un panorama*. Editions Economica, Paris. Pp. 37-44.
- Picheral H., 1982. Géographie des maladies, *Géographie médicale, géographie de la santé. L'Espace Géographique*, n°3, pp.161-175. 28.
- Picheral H., 1985. Mots et concepts de la géographie de la santé. *Cahier Géo*, n°2, 45 p.
- Picheral, H., 2001. *Dictionnaire raisonné de géographie de la santé ; GEOS*, Montpellier, Université Montpellier III-Paul Valéry ; 308p.
- Sadjo Labe Solange, Tchouli Ndjeuto Innocent Prosper, Talla Tankam Narcisse, Tchotsoua Michel. 2018, Évaluation de l'impact de l'afflux des réfugiés centrafricains sur le couvert végétal entre 2002 et 2017 dans les localités de Borgop et de Ngam. *Revue Internationale de Géomatique, Aménagement et Gestion des Ressources*. Vol. 3. 2018 N°e_ISSN : 2520-9574 Rev. int. géomat. aménage. gest. ressour.
- Salem G., 2013. *Géographie et sciences de la santé*. Université de Paris Ouest, Paris, 80 p.
- UNHCR, 2016. Rapport enquêtes SENS, réfugiés centrafricains hors sites, régions de l'Est, Adamaoua et nord du Cameroun. Genève, UNHCR, août –septembre 2016, consulté le 22 août 2018 ; 117 P.
- UNHCR, 2018, *Profil du site de Gado-Badzéré*, Genève, UNHCR. Consulté le 02 mars 2019.
- UNHCR, 2019, *Profil du site de Ngam*, Genève, UNHCR. Consulté le 2 mars 2019.
- Van Puymbroeck, N., 2017, « Vulnérabilités. Vers un traitement juste des réfugiés vulnérables », *Caritas International et Convivial*, Bruxelles, Caritas.
- Wassouni François et Gwoda Adder Abel, 2017. *Boko Haram au Cameroun : dynamiques plurielles*, Éditions Peter Lang.
- Wassouni François et Adder Abel Gwoda (dir.), 2017. *Regards croisés sur le phénomène Boko Haram*, Yaoundé, Éditions du Schabel.
- Watang Ziéba Felix., 2013, « Immigration transfrontalière au Nord Cameroun : intégration et citoyenneté », in Cossée, C., Navarro, L., Rigoni, I. et Saitta, E., *Genre et imbrication des rapports de domination dans les médias des minorités ethniques*, Poitiers, Maison d'édition, pp. 79-82.

LEMOUOGUE Joséphine « Panorama de quelques déterminants géographiques de la santé et de l'accès aux soins dans les sites de Ngam et Gado-Badzéré »

Zeneidi Djemilia et Fleuret Sébastien, 2007. Sans-abris et santé. Enjeux de visibilité et d'appropriation au prisme d'une approche qualitative. Dans Fleuret Sébastien et Thouez Jean-Pierre (dir), Géographie de la santé ; un panorama. Editions Economica, Paris. Pp. 45-58.