

## Décentralisation du système de santé publique et ressources humaines au Cameroun

Jean-François Médard

---



### Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/apad/35>

DOI : 10.4000/apad.35

ISSN : 1950-6929

### Éditeur

LIT Verlag

### Édition imprimée

Date de publication : 1 juin 2001

### Référence électronique

Jean-François Médard, « Décentralisation du système de santé publique et ressources humaines au Cameroun », *Bulletin de l'APAD* [En ligne], 21 | 2001, mis en ligne le 27 mars 2006, consulté le 07 septembre 2020. URL : <http://journals.openedition.org/apad/35> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/apad.35>

---

Ce document a été généré automatiquement le 7 septembre 2020.

Bulletin de l'APAD

---

# Décentralisation du système de santé publique et ressources humaines au Cameroun

Jean-François Médard

---

- 1 Ce travail s'inscrit dans le cadre d'un projet de recherche sur les politiques de santé en Afrique centrale (IRD-CEAN-CIESPAC). Je tiens à remercier les personnels du ministère de la Santé Publique pour leur accueil et leur disponibilité. Plus particulièrement, je tiens à remercier les docteurs Alain Vigouroux et Chevalier pour leur aide à la fois matérielle, intellectuelle et amicale. Ils m'ont introduit au domaine, nouveau pour moi, de la santé publique, mais ils ne sont pas responsables de mes erreurs.
- 2 Depuis les années soixante-dix, sous l'inspiration de l'O.M.S. et plus récemment sous l'impulsion de la Banque mondiale, le Cameroun est engagé dans un processus de réforme quasi permanente de son système de santé. Suite à la conférence d'Alma Ata en 1978, le Cameroun avait ratifié la Charte de développement sanitaire de l'Afrique, charte qui faisait des soins de santé primaires, la stratégie essentielle en vue d'atteindre l'objectif de la « Santé pour tous en l'An 2000 ». Ce fut un échec. Le Cameroun s'est associé par la suite à un certain nombre d'initiatives prises ultérieurement en Afrique, avec les conférences de Lusaka (1985), d'Hararé (1987) et surtout celle de Bamako (1987) qui a jeté les bases du recouvrement des coûts. La politique actuelle de Réorientation des Soins de Santé Primaire, officiellement adoptée en 1992, vise à restructurer le système de santé national à partir du district de santé. Pour la période de 1998 à 2008, le ministère de la Santé publique (MSP) a mis sur pied un Plan National de Développement Sanitaire (PNDS). Les principales orientations stratégiques retenues sont de réduire la morbi-mortalité des groupes les plus vulnérables d'un tiers, de mettre en place une structure sanitaire délivrant le Paquet Minimum d'activités (PMA) à une heure de marche pour 90 % de la population, et de pratiquer une gestion efficace et efficiente des ressources dans 90 % des structures sanitaires, d'ici à 2008.

- 3 Au coeur de ce processus de réforme, a été lancée une politique de décentralisation de plus en plus poussée qui, si elle parvenait à son terme, devrait transformer le système de santé d'une façon radicale<sup>1</sup>. Cela s'est traduit par toute une série de mesures légales et réglementaires<sup>2</sup> encore incomplètes. Plus récemment, en juillet 1999, lors de la mission conjointe Banque Mondiale-FMI de revue du cadre de politique économique et financière, le gouvernement s'est entendu avec ses partenaires pour élaborer un document de stratégie sectorielle pour la santé. Un comité de pilotage réunissant tous les partenaires, a été mis en place par le MSP, pour élaborer cette stratégie. Le document n'a pu être approuvé à la date prévue (mars 2000) et l'échéance a dû être repoussée à plusieurs reprises. Une nouvelle mouture, encore provisoire, a été rédigée en février 2001. Dans la meilleure des hypothèses, le document ne devrait pas être opérationnel avant deux ou trois ans. Ce document s'inscrit dans le contexte de l'accord triennal au titre de la Facilité d'Ajustement Structurel Renforcée signée avec le F.M.I. le 20 Août 1997. Par ailleurs, le Cameroun est devenu éligible à l'Initiative Révisée de l'Allègement de la Dette des Pays Pauvres, et le gouvernement a décidé d'inscrire, l'élaboration des stratégies sectorielles dans les secteurs de la santé, de l'éducation, de l'agriculture et des infrastructures, au cours de la 3ème année de son programme d'ajustement structurel. Comme mesure préalable à la remise des dettes extérieures, les allègements consentis devront être consacrés aux réformes structurelles et au développement des secteurs sociaux<sup>3</sup>.
- 4 Etudier le processus de décentralisation du système de santé au Cameroun pose un problème particulier, puisqu'il ne s'agit pas de faire le bilan d'une réforme déjà réalisée mais d'étudier, à un moment donné, la dynamique d'une réforme en cours de gestation, et qui ne sera peut être jamais achevée. L'élaboration législative et réglementaire est en cours et les textes d'application ne sont pas tous sortis. Une pratique est pourtant en train de s'esquisser à partir de directives et d'initiatives non coordonnées, sans s'appuyer toujours sur une base juridique précise. Cette confusion est aggravée de surcroît par la balkanisation des aides internationales qui se partagent le territoire. Les bailleurs de fonds ont déjà lancé, à l'intérieur des provinces qu'ils se sont réparties, chacun de leur côté et sans coordination, des projets qui vont dans le sens de la décentralisation. Il en résulte une situation dont il est impossible de faire le point exact. Il n'en reste pas moins que se développe une dynamique de réforme qui fait de la décentralisation son principe directeur, et dont il est intéressant de mettre à jour la logique.
- 5 Il nous faut préciser au préalable la notion de décentralisation dont il est question ici, car elle ne correspond pas tout à fait à la notion classique française qui oppose décentralisation et déconcentration. En suivant les suggestions d'Anne Mills et al.<sup>4</sup>, il faut voir la centralisation et la décentralisation comme des mouvements entre deux pôles extrêmes, et non les aborder comme s'il s'agissait de situations rigoureusement antinomiques et exclusives l'une de l'autre. Dès le départ, il faut bien distinguer la décentralisation géographique et la décentralisation fonctionnelle.
- 6 – Dans la « décentralisation géographique », on transfère la responsabilité des grandes fonctions publiques à des organismes locaux ayant compétence sur un territoire bien défini. C'est ce qui correspond, en gros, au sens français de décentralisation. Cela débouche sur la création de collectivités territoriales autonomes et dirigées par des autorités élues. C'est de cela dont il s'agit normalement, lorsqu'on évoque les réformes de décentralisation.

- 7 — Dans la « décentralisation fonctionnelle », il y a transfert d'autorité d'une fonction particulière, à un bureau local spécialisé. C'est le cas de ce qui est entrepris dans le domaine de la santé publique. L'opposition classique en droit administratif entre décentralisation et déconcentration s'avère ici peu pratique pour aborder la décentralisation sectorielle de la santé. Mieux vaut plutôt partir de la distinction entre quatre niveaux de décentralisation : la déconcentration, la dévolution, la délégation et la privatisation.
- 8 — On parle de « déconcentration » à propos d'un « transfert partiel de l'autorité administrative aux bureaux locaux d'un ministère central. »<sup>5</sup> Elle implique le transfert de pouvoirs administratifs plus que politiques, c'est donc la forme la moins poussée de la décentralisation. L'organisme central et l'organisme déconcentré constituent une seule et même personnalité juridique, et ce dernier n'a aucun pouvoir réglementaire ou fiscal<sup>6</sup>. La déconcentration implique la « création d'un ou plusieurs niveaux administratifs supplémentaires dotés d'un pouvoir gestionnaire »<sup>7</sup>. Dans le cas de la santé publique, elle touche le développement et/ou le renforcement d'unités administratives locales (directions régionales ou provinciales de santé) qui sont rattachées directement au Ministère de la Santé.
- 9 — La « dévolution » consiste dans la « création ou le renforcement de niveaux administratifs infra-nationaux qui bénéficient d'une large indépendance vis-à-vis de l'échelon national »<sup>8</sup>. Elle correspond à la vision stricte de la décentralisation, avec pouvoirs de réglementation et de taxation, élection des titulaires, et transfert substantiel de pouvoirs<sup>9</sup>. La dévolution, du point de vue de la santé publique, suppose un transfert des compétences en matière de santé aux collectivités locales décentralisées qui disposent ainsi d'une autonomie vis à vis de l'administration centrale de la santé.
- 10 — La « délégation » implique « le transfert de responsabilités gestionnaires pour des fonctions bien définies à des organisations qui se situent en marge de l'administration centrale et font seulement l'objet d'un contrôle indirect »<sup>10</sup>. Elle fait référence à des organismes spécialisés dotés d'une personnalité juridique propre et dirigés par des personnes nommées<sup>11</sup>. La délégation se rattache au développement de l'autonomie de gestion des établissements hospitaliers, des centrales d'achat de médicaments, d'écoles de santé, ou la constitution d'entreprises parapubliques se situant en marge de la structure administrative centrale.
- 11 — Enfin, on parle de « privatisation ». Elle implique « le transfert de fonctions administratives à des organismes bénévoles ou à des entreprises privées, à but lucratif ou non, dans le cadre d'une réglementation officielle, poussée ou non »<sup>12</sup>. Elle concerne le développement d'initiatives non gouvernementales, à but lucratif ou non, émanant d'individus, d'associations, de groupes et de communautés, qui visent à assurer des services de soins. La privatisation apparaît ainsi comme le stade ultime, la forme extrême de la décentralisation. Il faut distinguer les situations où l'État continue d'assurer pleinement le financement des soins et des services de santé, de celles où ce financement n'est que très peu ou pas assumé par l'État. Le premier cas, correspond plutôt à une délégation vers le secteur privé. Ce n'est que lorsque l'État ne participe plus au financement que l'on peut parler de véritable privatisation. Dans ce cas, l'usager supporte lui même la totalité du coût des soins. Dans le cas de la privatisation au sens strict, la décentralisation se fait au profit du secteur marchand, c'est-à-dire privé à but lucratif<sup>13</sup>. Cette typologie est utile, mais ne doit pas être utilisée d'une façon

rigide, car dans la pratique nous verrons qu'on n'évite pas les chevauchements entre les différentes formes de décentralisation.<sup>14</sup>

- 12 La décentralisation est introduite dans le système de santé public au Cameroun comme un ensemble de techniques visant, par l'autonomisation des structures de santé, à transformer profondément le comportement dysfonctionnel du personnel sanitaire, médical et paramédical, qui est considéré comme étant à la source de la crise du système de santé. Le secteur public de la santé, souffre, comme toutes les administrations au Cameroun, des effets additionnés et combinés du bureaucratisme et du patrimonialisme. Le bureaucratisme, expression qui vise à recouvrir l'ensemble des effets pervers de la bureaucratie, a pour effet, par un déplacement des buts, une appropriation corporative et collective de l'administration par son personnel. C'est une situation que nous connaissons bien en France. Le patrimonialisme, qui se caractérise par la confusion du public et du privé, a pour effet une appropriation privée et personnelle de l'administration par son personnel. Il se manifeste par une corruption systémique et généralisée. Il résulte de ces deux maux cumulés et combinés un dysfonctionnement structurel du système de santé, car c'est le personnel et non le malade qui devient la raison d'être de l'organisation. On espère par la décentralisation, parvenir à modifier le comportement du personnel sanitaire et recentrer le système de santé sur son objectif, la santé publique, c'est-à-dire la santé de la population. L'idée fondamentale qui se dégage c'est que le problème, avant d'être une simple question de financement, une question de « gros sous », est d'abord un problème de ressources humaines. L'objet de cet article est donc d'aborder la réforme au niveau de l'articulation entre la décentralisation et les ressources humaines après avoir examiné la crise du système de santé publique au Cameroun<sup>15</sup>.

La crise du système de santé publique au Cameroun<sup>16</sup>

- 13 Au Cameroun, le système de santé publique comprend le secteur public, qui trouve son origine dans la médecine coloniale hospitalière et militaire, traditionnellement gratuite, qui est géré par le Ministère de la Santé publique, le secteur parapublic qui est géré par des organismes publics qui ne sont pas rattachés au MSP, le secteur privé lucratif et le secteur privé confessionnel. Le secteur quantitativement dominant, par son personnel et son équipement, est le secteur public. Le secteur privé lucratif est relativement marginal. Mais le secteur confessionnel occupe pour des raisons historiques, une place très particulière dans le dispositif. Globalement, le bilan négatif de la situation sanitaire au Cameroun sur lequel s'accorde tous les observateurs reflète une crise profonde du système de santé camerounais.

La situation sanitaire du Cameroun : un bilan négatif

- 14 La population est passée de 7,4 millions d'habitants en 1975 à 15.1 millions en 2000. Le taux de croissance annuel se situe à 2,7 %, et le taux de croissance urbain à 4,9 %. Plus de 45 % de la population réside actuellement en ville. Les indicateurs de santé, qui avaient progressé depuis l'Indépendance accusent, sous l'influence de la crise économique, un net fléchissement depuis 1991<sup>17</sup>. Si l'espérance de vie à la naissance est passée de 45.8 en 1960 à 54.3 ans en 1991, et à 59 ans en 1998, et le taux brut de mortalité de 12.8 en 1991 à 10.1 en 1998, l'état sanitaire de la mère et de l'enfant s'est dégradé. Les femmes et les enfants demeurent les groupes les plus exposés aux risques de mortalité infantile et maternelle encore très élevés : le taux de mortalité infantile qui était descendu de 170 pour 1000 en 1960 à 65 en 1991 est remonté à 77 en 1998 et le taux de mortalité neo-natale est passé de 33,1 à 37,2. Aussi, n'est-il pas surprenant que

l'indice de développement humain soit passé du 124<sup>ème</sup> rang en 1996 sur 173, au 132<sup>ème</sup> rang sur 175 en 1998. 38,5 % des habitants sont touchés par la pauvreté, selon l'Indice de Pauvreté Humaine (IPH) %.

- 15 Les indicateurs de moyens concernant l'encadrement sanitaire sont supérieurs aux indicateurs de santé, ce qui dénote une mauvaise productivité du système. Le réseau d'infrastructure est bien développé et couvre assez bien les besoins du pays. L'encadrement médical et sanitaire est, d'un point de vue quantitatif, relativement satisfaisant. La croissance économique des années 70, et surtout le boom pétrolier de la première moitié des années 80, avaient favorisé un développement appréciable des structures de santé. En 1960, il y avait 1 lit d'hôpital pour 315 habitants et un médecin pour 20.000 habitants. En 1997, selon Joseph Tsangsi, le pays comporte 1031 structures publiques de santé appuyées sur un personnel de santé de 14.292. En 1996, on estime le nombre de médecins à 1007 et d'infirmiers à 4.363<sup>18</sup>. Une autre évaluation du Ministère de la santé publique avance le chiffre d'1 lit d'hôpital pour 456 habitants et en ville, d'un médecin pour 11.000 habitants, 1 infirmier pour 2081 habitants et un aide-soignant pour 3.000 habitants. On compte un hôpital pour 45.000 habitants et un centre de santé pour 12.000 habitants, soit 1 lit pour 400 habitants (moyenne pour l'Afrique subsaharienne, 1 pour 900 habitants). Mais ces équipements quantitativement importants ne sont pas entretenus, on estime que 20 à 25 % d'entre eux sont réellement opérationnels, alors que le taux d'utilisation des hôpitaux est de seulement 30 %. Quant au personnel, sous la pression de la crise, des plans d'ajustement structurels et la dévaluation, les recrutements ont été stoppés, et plutôt que de diminuer le nombre des fonctionnaires, on a préféré amputer leur déjà maigres salaire de façon considérable. Ceci a entraîné une démoralisation accentuée du personnel dont le vieillissement s'accélère au point que beaucoup vont prendre la retraite dans les années qui viennent. Le secteur privé, quant à lui comporte 539 établissements qui appartiennent pour la plupart au secteur confessionnel : Le service de Santé Catholique opère 190 équipements<sup>19</sup> dont 8 hôpitaux avec un personnel de 1,315 personnes. Le Département de la santé de la FEMEC, qui regroupe les églises protestantes, gère 147 formations dont 28 hôpitaux avec un personnel de 2,474 employés dont 78 médecins et 90 expatriés<sup>20</sup>. Mais le secteur non lucratif se débat dans des difficultés économiques considérables : les écoles de formation d'infirmiers du secteur privé confessionnel ont du fermer leurs portes depuis 1986 et le personnel vieillissant s'en va sans être remplacé.
- 16 Selon une enquête non publiée, 48 milliards de FCFA des dépenses de santé sont allés aux établissements publics (28 %), 30 milliards au secteur privé confessionnel, 6,5 milliards au secteur privé lucratif et 9,3 milliards aux guérisseurs. En 1996, on estime, qu'en raison de l'informalisation de fait du secteur public, les ménages assurent en réalité 75 % des dépenses médicales, contre 11 % le secteur public et 7 % l'aide extérieure. Près des 3/4 des dépenses des ménages se font dans le secteur informel. Plus de 60 % de la population camerounaise utilise le secteur privé pour les soins curatifs. Les dépenses publiques consacrées à la santé sont faibles et la dépense publique de santé se monte à 2000 FCFA par habitant. Le budget public représente 4 % du budget national en 1999-2000, ce qui est bien loin des 10 % fixé comme cible par l'O.M.S.. Cinquante pour cent des ressources sont affectées au secteur central et 80 % des dépenses sont absorbées par le personnel. Dans les années 90-96, le pourcentage consacré à la santé dans le budget de l'État ne se montait qu'à 2,5/3 %. Mais le budget exécuté est lui-même beaucoup plus faible que le budget prévisionnel. Aussi, en définitive, ce sont les ménages qui supportent l'essentiel des dépenses de santé. On ne

peut qu'être frappé par la faiblesse du financement public par rapport au financement privé. Cela est dû, en partie, à la crise économique qui a entraîné la chute du revenu par tête depuis 1986 de \$1020 à \$635. Son impact, en raison des plans d'ajustement structurel, a été plus élevé sur les dépenses publiques de santé que sur les dépenses privées. La dévaluation de 1994 a de plus doublé le prix des médicaments et des fournitures importées. Du point de vue financier, ce sont les apports des malades qui constituent la principale source de recettes (94,70 %), les principales lignes de dépenses étant les frais de personnel (53,19 %) et l'achat des médicaments (27,58 %).

- 17 L'iniquité du système de santé camerounais est extrême : on estime ainsi que les 10 % les plus pauvres de la population ne dépensent que \$5,4 contre \$90,4 pour les 10 % les plus riches, et que 20 % de la population est pratiquement exclue des soins de santé. Ces chiffres révèlent l'existence de sérieux dysfonctionnements.

Les dysfonctionnements du secteur public

- 18 Le secteur public de la santé se trouve dans un état déplorable. On rend généralement la crise économique responsable d'une telle situation. Cependant, le problème est qualitatif avant d'être quantitatif et s'il est incontestable que la crise l'a aggravé considérablement comme le montre l'évolution des indices, il faut garder à l'esprit que la mauvaise gestion de l'administration de la santé, comme des autres administrations, a toujours existé. Le problème est récurrent et véritablement structurel.

Un problème ancien

- 19 Contrairement à ce qu'on dit souvent, il ne s'agit pas là d'un phénomène récent ou simplement conjoncturel. En raison de la crise économique persistante, les gens ont tendance à idéaliser le passé et les années Ahidjo. Or la mauvaise gestion et la corruption qui en est la manifestation la plus caractéristique, étaient déjà à l'époque, généralisées et systémiques. Ce qui est vrai, c'est qu'elles se sont considérablement aggravées avec la crise. « Au Cameroun, la corruption a été corrompue », selon l'expression d'un observateur, sous l'effet des plans d'ajustement structurel, des réductions massives de salaires et de la dévaluation. Les contraintes de survie sont devenues quasi insurmontables. Curieusement, il y a vingt-cinq ans, nous formulions précisément le même diagnostic de corruption et de mauvaise gestion au sujet du système politico-administratif camerounais. Nous fondions alors notre diagnostic en nous appuyant en particulier sur les domaines de la santé publique et de l'éducation que nous pouvions observer directement<sup>21</sup>. Les cas de mauvaise gestion et de corruption étaient alors choquants et innombrables : on pourrait multiplier les exemples. Dans les années 1970, les abords de l'hôpital central de Yaoundé étaient couverts d'ordures, les rats y grouillaient, et les infirmiers urinaient dans la cour. Pour être effectivement soigné, il fallait, soit connaître quelqu'un, soit payer un pot-de-vin. Il n'y avait pas de service d'urgence digne de ce nom : ainsi un originaire de Douala qui avait été empoisonné, s'était vu refuser le soir l'entrée de l'hôpital. Ses amis n'eurent d'autre solution que de le véhiculer sur des pistes défoncées jusqu'à Douala, où il put être pris en charge. Les malades, une fois admis à l'hôpital, pouvaient passer une semaine sans recevoir la visite du médecin. Il y avait toujours des problèmes de rupture de stocks pour les médicaments et les diverses fournitures, pas seulement en raison des vols, mais par simple absence de prévision. Un témoin nous a raconté que lorsque les responsables s'étaient réunis pour réfléchir à l'équipement du nouvel hôpital universitaire, on avait pensé aux voitures de service et à l'équipement des bureaux des professeurs avant de se préoccuper des lits des malades... Le sort des malades n'était

pas la priorité, alors que le problème de la survie matérielle du personnel ne se posait pas dans les mêmes termes qu'aujourd'hui. Ainsi en 1977, nous écrivions : ...qu'il fallait renoncer à l'illusion...de penser que ces institutions sont d'abord là pour remplir leur fonction manifeste. Il faut abandonner l'idée qu'au Cameroun, un hôpital public est d'abord là pour soigner des malades. Des malades sont « soignés » certes, mais il ne s'agit là que d'une fonction secondaire et accessoire... Nous avons pu constater que des progrès sensibles avaient été réalisés depuis : nous ne pourrions plus aujourd'hui réécrire ce que nous avons écrit sur l'hôpital central de Yaoundé : il s'est agrandi, il a été repeint et réhabilité. Mais, si l'on en croit les usagers, on peut douter que les problèmes fondamentaux de gestion, d'inefficacité et de corruption aient été véritablement résolus. Le tableau, dépeint un peu plus tard par Bernard Hours au moment de l'apogée de la croissance économique, n'est pas bien différent, sauf que c'était alors le personnel para médical plus que le personnel médical qui était mis en question<sup>22</sup>. Il est frappant de constater que ce sont fondamentalement les mêmes problèmes qui sont évoqués vingt-cinq ans après : la corruption certes, et d'une façon plus générale, une crise de l'autorité qui se manifeste par l'absence de toute discipline et d'autorité hiérarchique ; une absence généralisée de conscience professionnelle et d'esprit de service public ; des interférences de toute nature, et notamment politiciennes, dans la gestion des établissements.

L'effondrement du système de santé

- 20 La croissance économique accélérée par le boom pétrolier a pu faire illusion un temps. Mais la croissance économique exceptionnelle, effectivement inscrite sur le terrain par des constructions multiples, était fragile. Elle était liée à la rente pétrolière. L'économie camerounaise s'est brutalement effondrée en 1986. Les plans d'ajustement structurel subséquent en ont aggravé les effets sociaux, car ce sont les secteurs de la santé et de l'éducation qui ont été sacrifiés en premier. Les salaires du secteur public ont été largement amputés en 1993 et 1994 : un médecin qui était payé 180.000 FCFA, n'est plus payé que 90.000 FCFA. Les crédits des emprunts en cours n'ont pas été aménagés pour autant, ni les impôts diminués. Au MSP, on a simplement aménagé les horaires pour que le personnel puisse cumuler avec une autre activité ! La dévaluation de 1994 a entraîné une hausse des prix des denrées importées, notamment des médicaments pour la plupart achetés en France. Si l'on ajoute à cela, la déception liée à une transition démocratique ratée, le pays s'est trouvé en état de choc. Depuis la dévaluation, la croissance économique a repris avec un certain retard, mais les salaires sont toujours aussi bas et la vie reste difficile. Même si le moral s'est quelque peu amélioré, économiquement, rien n'a changé en profondeur. Mais ce marasme n'est pas explicable seulement par des causes économiques indéniables, comme la diminution de la rente pétrolière, elle s'explique en grande partie aussi par la mauvaise gestion de l'économie, et de l'État, et notamment le patrimonialisme, générateurs de gaspillage, de mauvaise allocation des ressources, d'iniquité et d'inefficacité dans tous les domaines<sup>23</sup>.
- 21 L'état sanitaire déplorable du Cameroun, unanimement constaté, ne fait que refléter les dysfonctionnements du système de santé publique. Les documents officiels, les rapports de consultants, les témoignages des professionnels et des usagers convergent pour dénoncer impitoyablement les tares du système. L'heure n'est plus à la langue de bois. Ce sont donc les politiques publiques de la santé et leur mise en oeuvre qui sont mises en cause. Le diagnostic n'est d'ailleurs pas spécifique au Cameroun, mais peut être, avec des nuances, étendu aux autres pays d'Afrique<sup>24</sup>. Il n'est pas non plus propre à la santé publique, mais concerne tous les domaines d'intervention de l'État. C'est un

problème général de gouvernance ; il n'est pas d'abord de nature économique, même si la dimension économique reste primordiale. Au-delà des inégalités régionales, des inégalités entre la ville et la campagne, des inégalités sociales, il ne s'agit pas fondamentalement d'un problème d'infrastructure et de manque d'équipement, ou même de manque de personnel. Ces équipements sont en fait sous utilisés puisque, nous le savons, seuls 30 % des lits sont occupés dans les hôpitaux publics. Par contre, ils sont délabrés, ne sont pas entretenus et la maintenance fait défaut, comme d'ailleurs dans tous les autres secteurs. La réhabilitation des équipements existants coûterait la somme énorme de 200 milliards de francs CFA. Une telle dépense ne serait envisageable que si l'on avait la garantie que les équipements ainsi rénovés seront entretenus. D'ailleurs, en raison même de son mauvais fonctionnement, l'administration ne parvient même pas à dépenser le budget d'investissement. Au 9ème mois de l'année, il arrive que le tiers seulement des dépenses soit débloqué. Avant d'augmenter le montant de l'aide, encore faudrait-il qu'il soit dépensé : il semble que l'aide n'intéresse vraiment que si elle peut être détournée. De même en ce qui concerne le personnel de santé, le problème est qualitatif plus que quantitatif. Tous les diagnostics s'accordent à mettre en cause le comportement du personnel médical et paramédical, qui se caractérise par l'absence de conscience professionnelle, la mauvaise qualité des soins qui en découle et le recours systématique à des pratiques de corruption, tant dans la gestion administrative et financière que dans les soins et l'attribution des médicaments. Il s'agit moins d'une absence de compétence technique, que de l'ignorance la plus élémentaire de la déontologie. Cette absence de professionnalisme s'observe dans tous les secteurs de l'administration, mais elle est particulièrement choquante dans celui de la santé, où la vie humaine est en jeu<sup>25</sup>.

- 22 L'ampleur de la corruption constitue, avec la mauvaise qualité des soins, l'illustration la plus flagrante de ces dysfonctionnements. Elle entraîne de facto une privatisation informelle du secteur public de la santé. La corruption est devenue véritablement systémique, en ce sens qu'elle est la règle plutôt que l'exception. Elle est coutumière et organisée, et on l'observe à tous les niveaux du fonctionnement du système de santé, qu'il s'agisse des marchés publics, du paiement des factures aux fournisseurs, des médicaments qui sont vendus sur le marché, ou de la relation entre le personnel soignant et les patients. Toute opportunité de corruption est systématiquement exploitée, puisque rien de s'y oppose, ni la peur des sanctions, ni la déontologie ou l'esprit de service public. Ainsi, le budget approuvé excède les revenus réels de 40 % en 1994-95, en raison des factures impayées pendant des années. Les fonctionnaires du Trésor et des différents niveaux de l'administration en profite pour extorquer aux fournisseurs jusqu'à 60% de la valeur nominale des factures. Parce que les dépenses publiques non salariales engendrent de tels coûts de transaction, il faut distinguer les dépenses pour la santé et les dépenses effectives pour les soins de santé<sup>26</sup>. Le personnel, pour survivre, rançonne systématiquement les patients. Les médicaments subtilisés sont vendus au marché noir. On nous a décrit la façon dont la corruption est pratiquée dans l'hôpital le plus réputé du pays, pourtant cité en exemple pour sa bonne gestion et la meilleure qualité de ses soins. Cela permet d'imaginer comment cela se passe ailleurs. A son arrivée à l'hôpital, avant même de se rendre au service des admissions, le patient est contacté par une sorte de courtier, un démarcheur mandaté par un médecin pour lui apporter de la clientèle. Ces démarcheurs se trouvent dans la cour d'entrée. Une fois le contact établi, le courtier envoie le patient à la caisse pour acheter un billet de cession qui se monte à 1.800 FCFA, sur lequel le médecin inscrira son diagnostic. Le

courtier introduit le malade auprès de l'infirmière secrétaire du médecin. Elle pose des questions en vue d'un diagnostic préalable et demande 3.000 FCFA de commission pour l'accès au médecin. Le médecin délivre une ordonnance, après un diagnostic sur la base du pré-diagnostic, et propose au patient de le rejoindre en consultation privée, pour un examen plus approfondi où il paiera encore 5.000 FCFA. Le patient sera alors soigné dans de meilleures conditions. Quant au médecin, il met à profit sa relation avec l'hôpital public pour alimenter sa clientèle privée, phénomène qu'on rencontre d'ailleurs aussi dans notre pays. Dans ce cas, le malade qui a les moyens de payer est soigné convenablement. En cas d'urgence, s'il est accompagné par des proches, il est admis directement par le service des urgences en payant les 1.800 francs, sinon, il faut qu'une bonne âme avance l'argent. L'infirmier de garde percevra alors son pot-de-vin en allongeant la liste de médicaments et se constituera ainsi une pharmacie personnelle. Sur la base de ce stock, il propose des médicaments, dont le prix peut doubler en raison de l'urgence. Ce genre de pratiques peut se retrouver dans le secteur privé confessionnel, mais de façon moins systématique. C'est l'une des raisons de la supériorité relative du secteur privé non confessionnel.

La supériorité relative du secteur privé confessionnel

- 23 La productivité du secteur privé non lucratif est supérieure à celle du secteur public, et les patients manifestent une très nette préférence pour le secteur privé confessionnel où, à niveau technique égal, la qualité des soins et l'accueil sont meilleurs. Il faut tenir compte cependant du fait que le plateau technique des hôpitaux centraux publics est plus développé. Ainsi les clients choisissent en fonction du meilleur rapport qualité/prix, lorsqu'ils en ont la possibilité suivant l'accessibilité géographique. S'il est difficile de ne pas diaboliser le secteur public de la santé, il ne faut pas pour autant idéaliser le secteur privé confessionnel. Si la qualité des soins y est meilleure, elle laisse parfois à désirer, en particulier en raison du manque de moyens. Quant à la corruption, il ne faut pas croire que, parce qu'il s'agit d'établissements religieux, la corruption soit absente<sup>27</sup>. Mais il semble qu'on y trouve quand même davantage de gens honnêtes et bien motivés et que l'ampleur de la corruption y soit moindre.
- 24 Quelle est la raison de cette supériorité du secteur confessionnel ? Le pasteur responsable du département de la santé au sein de la FEMEC, et par ailleurs ancien secrétaire d'État à la santé publique, insiste beaucoup sur la dimension morale, religieuse et même théologique. Selon lui, le personnel bénéficie d'avantages dans le secteur public qu'on ne peut lui offrir dans le secteur confessionnel. Il met en avant le fait qu'il s'agit d'abord d'un ministère, et que « l'esprit de service est au-dessus du gain ». Le responsable du service catholique de la santé, un docteur de formation et un ancien directeur d'hôpital, est plus précis. Il insiste en particulier sur la discipline et l'autorité qui règne dans les formations de santé. Les chefs d'établissement sanctionnent tout manquement aux règles, et exercent une véritable autorité sur leur personnel qui est jugé sur ses actes. Le personnel est recruté d'abord en fonction de ses qualités professionnelles, à partir d'appels d'offre. Le médecin confessionnel est mieux payé, 290.000 FCFA au lieu de 100.000. Mais, nous dit le responsable, « cela paraît trois fois plus, mais le fonctionnaire gagne 100.000 francs à ne rien faire, il est payé, même s'il n'est pas à son poste, et il va travailler ailleurs dans une structure privée à temps plein ». Un de nos interlocuteurs, en fonction de son expérience personnelle, met en avant trois facteurs pour expliquer la préférence du public pour le secteur privé confessionnel. Le premier, c'est le coût : selon lui, mais tout le monde n'est pas d'accord sur ce point. Le deuxième, c'est l'accueil : « l'accueil est meilleur, il est plus humain,

moins bureaucratique, on manifeste plus de considération pour la personne, l'environnement familial est accepté, et le cadre est plus agréable. Enfin, il y a davantage de déontologie et de conscience professionnelle chez les médecins et infirmiers : il y a un "souci de guérir le malade". » Le secteur privé confessionnel n'est donc pas géré comme une administration publique. Par rapport au privé lucratif, l'intérêt du malade prime sur les objectifs financiers, alors que dans le secteur public, en l'absence de toute notion de l'intérêt du public et de conscience professionnelle, il ne reste plus que les intérêts privés du personnel. Il semble ainsi que le facteur moral, enraciné dans les convictions religieuses, doive être pris en considération pour expliquer la différence de comportement.

- 25 La crise du système de Santé publique au Cameroun reflète ainsi une crise générale de la gouvernance qui se traduit par une incapacité dans la gestion publique. Face à un tel constat, toute réforme du système de santé publique doit avoir pour premier objectif une véritable rectification du comportement des personnels médicaux, para médicaux, en mettant au premier plan l'intérêt des malades. Ceci exige une réforme radicale du système de santé dans ses diverses dimensions, l'objectif final étant l'amélioration de l'état sanitaire de la population.

La décentralisation du système de santé publique au Cameroun : autonomisation des structures, intéressement et responsabilisation du personnel

- 26 La constitution de 1996 prévoit un processus de décentralisation qui s'accompagnera d'un transfert de compétences aux collectivités territoriales, désormais responsables de la gestion et du fonctionnement des services de santé. En raison du retard dans la mise sur pied effective des collectivités locales décentralisées, la réflexion et la mise en œuvre de la décentralisation dans le secteur de la santé publique, sont beaucoup plus avancées que pour les collectivités locales. Aussi n'apparaît-il pas clairement comment s'articuleront la décentralisation géographique et la décentralisation fonctionnelle. La décentralisation sectorielle, telle qu'elle est envisagée actuellement, correspond grosso modo à l'idée de recours à la délégation au sein du secteur public, et à certains éléments de privatisation dans le partenariat à établir avec le secteur privé. Nous partirons des fondements de la stratégie de décentralisation, puis nous exposerons les modalités de la délégation dans le secteur public de santé, le partenariat avec le secteur privé tel qu'il est envisagé, et enfin le nouveau rôle de l'administration centrale qui doit se dessiner au sortir des réformes.

Les fondements de la stratégie de décentralisation

- 27 La stratégie sectorielle de décentralisation part d'un certain nombre de constats<sup>28</sup>. Le secteur public est faiblement utilisé en raison de son délabrement, des ressources humaines insuffisantes en quantité et qualité, d'une faiblesse institutionnelle, notamment en matière d'exécution des crédits d'investissement inscrits au budget. La plupart des actes de soins sont dispensés dans le secteur informel. En conséquence, une réforme du seul secteur public est insuffisante si elle ne se traduit pas par une réduction significative de la part du secteur informel. D'autre part, les mauvaises habitudes prises par le personnel de santé, qui résultent en partie de l'insuffisance des salaires, ne sont pas susceptibles d'être modifiées par la seule réforme du secteur public. Les ménages financent directement l'essentiel des activités de santé ; l'intervention majeure devra de ce fait se fonder sur les changements d'attitude des ménages en tant que consommateurs de santé. Il s'agira d'une part de les informer et de les sensibiliser, d'autre part d'instaurer un système de normes de qualité et de les

contrôler, tant dans le public que le privé. Une part considérable de l'activité informelle est réalisée par le personnel fonctionnaire à l'intérieur et à l'extérieur des structures publiques. Le MSP doit donc développer une politique des ressources humaines qui aboutisse à disposer des personnels compétents aux postes sensibles. Ceci passe par une évaluation régulière des compétences, par une motivation des personnels, par un système de formation continue et une amélioration de la formation initiale. Le secteur public est géré d'une façon administrative sans tenir compte des réalités économiques du secteur. La qualité des soins n'y est pas systématiquement évaluée. Le MSP devra donc mettre en place un système national de normalisation des actes et des prestations de soins, préalable à une nouvelle tarification des soins de santé. Les grands problèmes de santé publique ne sont pas pris en charge d'une manière satisfaisante. Aussi, l'adaptation des programmes prioritaires devra tenir compte de l'évolution de l'offre en matière de soins de base. L'insuffisance de régulation et d'encadrement du secteur conduit à une faible disponibilité du médicament essentiel de qualité. Le MSP devra développer des outils de régulation en particulier une politique tarifaire des médicaments essentiels génériques (MEG), et d'assurance de qualité. L'instance de concertation multisectorielle existante a été jusque-là peu productive.

- 28 La crise du système de santé publique renvoie en premier lieu au comportement non professionnel des personnels médical et paramédical et administratif. C'est ce comportement qu'il s'agit de redresser, en autonomisant les formations sanitaires, en responsabilisant le personnel et en le remotivant sur un plan matériel, dans une action globale et multidimensionnelle de décentralisation. C'est en plaçant le client au premier plan qu'on parviendra à améliorer la qualité des prestations.
- 29 Le système de santé publique, comme l'ensemble des administrations publiques au Cameroun, cumule les effets pervers classiques de la bureaucratie et de la centralisation, comme toute administration publique centralisée, et ceux du patrimonialisme, c'est-à-dire de la privatisation informelle du domaine public. L'État doit renoncer à ce mode de gestion dont l'échec est patent. En tant que garant de la santé de la population, il doit de plus instaurer une relation nouvelle de complémentarité avec le secteur privé, notamment confessionnel. Cette décentralisation implique que l'État, loin d'abdiquer ses responsabilités, les exerce différemment, en passant d'un rôle de gestion directe des services santé, non pas à une privatisation de la santé au sens habituel du terme, mais à une régulation plus indirecte, s'appuyant sur la rationalité économique, tout en élaborant un système de normalisation et de contrôle. Par là même, l'État rétablira un contrôle plus effectif, parce que plus souple, sur le système de santé. Dans la réalité, en raison de la corruption ambiante et de l'informalisation du système de santé, ce sont bien les logiques du marché et du profit qui font la loi aux dépens de l'utilisateur, bien que ce dernier assure effectivement la majeure partie des dépenses.

La délégation dans le secteur public de santé

- 30 Face à l'incurie du secteur public de la santé, la solution préconisée n'est pas la privatisation au sens classique comme on procède pour les entreprises publiques, mais la décentralisation dont la privatisation n'est que le stade ultime. Si la notion de rentabilité est à juste titre réintroduite, c'est en vue d'une meilleure efficacité et efficacité du système de soins, et l'amélioration de l'état de santé de la population reste le but ultime. L'autonomisation des structures sanitaires, qui est au cœur du procédé de

la délégation, débouche sur une nouvelle conception de la gestion des ressources humaines

L'autonomisation des structures

- 31 La distinction entre les niveaux central, intermédiaire et périphérique, correspond grosso modo à une distinction entre les niveaux stratégique, technique et opérationnel. Si l'on trouve au niveau provincial, des hôpitaux de province, et au niveau central, des hôpitaux centraux et de référence, c'est autour du district de santé que se concrétise véritablement la politique de décentralisation.
- 32 L'administration du district de santé est en cours de restructuration. Elle doit comprendre des structures de dialogue comme le Comité de Développement, et de décision comme le Comité de Santé du district. Le Service de santé du district, placé sous la responsabilité d'un médecin-chef de district, assisté d'un chargé d'affaires administratives et financières et d'un responsable du partenariat, est chargé de la gestion. Le Service de Santé du district sera responsable des activités de l'hôpital de district dirigé par un responsable formé en gestion hospitalière, des activités de santé communautaire, des activités de promotion de la santé dans les secteurs apparentés et des équipes de districts chargées de tâches plus spécialisées, comme la lutte contre le VIH/SIDA. Cet organigramme est censé résoudre le problème de la dualité à la tête du district de santé, qui existe actuellement entre le Chef de santé du district et le Médecin-chef de l'hôpital de district.
- 33 Le niveau intermédiaire de la Province est chargé d'assurer l'appui technique au district de santé. Il sera de plus responsable du recrutement et de la gestion des carrières du personnel. Il comprend des structures de dialogue, à savoir le Comité Provincial de Développement, et de décision avec le Fonds Spécial pour la Promotion de la Santé. La Délégation Provinciale de la Santé, est placée sous la responsabilité du Délégué provincial qui est chargé de la planification, de la gestion et de l'évaluation des activités de santé de la province sanitaire. Elle est responsable des activités de l'hôpital provincial, de la santé publique, de la promotion de la santé, ainsi que des équipes provinciales spécialisées. Le Fonds Spécial pour la Promotion de la Santé devient le véritable organe de direction de la province sanitaire dont le délégué provincial constitue le bras exécutif.
- 34 En ce qui concerne les moyens, une décentralisation progressive de la gestion du personnel, des matériels, des finances et de la logistique est prévue, ainsi qu'un programme d'appui à la gestion administrative et financière. La décentralisation se traduira sur le plan financier par une nouvelle ventilation des ressources de l'État. Actuellement, la plus grande partie, soit plus de 50 %, est affectée à l'échelon central. Cette tendance sera progressivement corrigée de façon à ce que, par des augmentations bisannuelles de 10 %, on parvienne à la grille de répartition suivante : 20 % pour le niveau central, les grands hôpitaux disposant de leur budget autonome, 30 % pour le niveau intermédiaire et 50 % pour le niveau périphérique. (85 % des ressources mises à disposition des services extérieurs, soit 30 % à l'échelon intermédiaire et 55 % à la périphérie). Pour lutter contre la lourdeur des procédures, le secteur de santé devra être exempté des procédures budgétaires traditionnelles. L'octroi des finances n'obéissant à aucun critère de performance basé sur des objectifs précis, ni sur une planification concertée, un système de budgets autonomes sera mis en place, accompagné de mesures visant à assurer la transparence et l'efficacité : allocations budgétaires sur plans d'action budgétisés, allocations séquentielles sur présentation

des résultats, contrôle de l'exécution de budget avant l'allocation de la tranche subséquente. Les financements annuels seront requis du niveau central, en fonction du plan d'action de chaque district et des services provinciaux, comprenant une budgétisation exhaustive. Il faudra obtenir la mise en place directe des financements de l'État afin d'assurer une plus grande transparence dans la gestion, et éviter les dépenses incontrôlables, suivre de manière régulière la gestion financière des services de santé, et effectuer une évaluation annuelle de l'utilisation des fonds dans le cadre d'un contrôle général. Des primes et des sanctions seront mises en place pour encourager la bonne gestion et décourager la mauvaise. Les collectivités locales devront contribuer au financement du secteur santé à hauteur de 10 %.

- 35 Depuis 1992, les formations sanitaires sont autorisées à retenir 50 % des recettes générées sur les prestations médico-sanitaires. Cette somme a été portée à 100 % depuis le 1er juillet 1998. Certains remarquent cependant que cela ne change pas grand chose pour l'administration centrale, dans la mesure où les recettes remontaient difficilement vers le centre en raison de la corruption. Ces recettes permettent non seulement de recouvrir les coûts, (médicaments, achats de petit matériel et équipement hospitalier, réhabilitation de l'infrastructure physique) mais, nous y reviendrons, de « motiver » le personnel. Cette mesure facilite considérablement la gestion des formations sanitaires, en dépit de son aspect quelque peu anarchique et une augmentation considérable du prix des médicaments.
- 36 L'obtention de certains types de matériels, qui serait aisée au niveau intermédiaire, continue à être effectuée au niveau central, et les lenteurs empêchent l'exécution des programmes. Il faudra donc assurer la mise en place de certains types de matériels dans les districts de santé. Des mesures précises sont prévues pour la gestion du matériel et la logistique.
- 37 Des réformes sont en cours pour rendre les médicaments plus accessibles par la création de systèmes provinciaux d'approvisionnement et la mise en place progressive d'un système national, et la généralisation des médicaments essentiels sous forme générique. L'accessibilité financière des populations aux médicaments reste faible. Les missions assignées aux FNSP (?) sont entièrement financées par le médicament, ce qui renchérit son coût.

Une nouvelle conception de la gestion des ressources humaines.

- 38 La décentralisation introduite par la stratégie sectorielle permet de mettre en œuvre une nouvelle conception de la gestion des ressources humaines. Elle introduit des mécanismes, qui par l'autonomisation des formations sanitaires, vise à transformer radicalement le comportement du personnel de santé, en modifiant le contexte institutionnel dans lequel il fonctionne. L'action est menée sur deux plans complémentaires : la responsabilisation du personnel et l'intéressement (ou motivation) du personnel.

La responsabilisation du personnel

- 39 L'idée de responsabilité (accountability) du personnel recouvre deux dimensions : la responsabilité vis-à-vis des autorités (par le haut), la responsabilité vis-à-vis du public, c'est à dire par le bas<sup>29</sup>, auxquelles pourraient être ajoutée la responsabilité morale vis à vis de sa conscience, c'est à dire la responsabilisation par le dedans.
- 40 – La restauration de la discipline

- 41 La centralisation extrême de l'administration de la santé publique, combinée avec l'informalisation de son fonctionnement, sous ses aspects les plus divers, a ruiné, à tous les niveaux de la pyramide administrative, l'autorité et la discipline, sans lesquelles aucune organisation ne peut fonctionner. Paradoxalement, alors que l'autorité hiérarchique est au fondement même de toute autorité de type bureaucratique, les responsables des formations sanitaires, ne parviennent pas à exercer l'autorité qui leur est impartie sur leur personnel. Les procédures disciplinaires sont lourdes et leur échappent en grande partie. Elles remontent via le MSP jusqu'au Ministère de la Fonction Publique. De plus, les interférences politiques court-circuitent les procédures et les rendent inopérantes, quand elles ne se retournent pas contre ceux qui les ont initiées. La gestion centralisée du personnel au niveau national empêche toute maîtrise de ce personnel, dans son déploiement comme dans sa gestion quotidienne.
- 42 En décentralisant le recrutement au niveau intermédiaire, on veut rompre avec le système actuel de l'affectation décidée au niveau central, en fonction de logiques administratives centrales ou d'interférences politiques, sans se préoccuper des priorités locales. On veut contribuer par là à restaurer l'autorité hiérarchique au niveau local. On prévoit donc de commencer par recenser le personnel de la province et procéder à un état des besoins en fonction des normes nationales et locales. A partir de là, on définira les postes de travail au niveau des districts de santé pour chaque service. On effectuera un plan de mise en place du personnel sur plusieurs années afin de combler les effectifs manquants. On organisera des formations et des recyclages d'appoint pour obtenir les compétences désirées en fonction des postes ainsi définis. Le personnel, attribué en bloc à partir du niveau central, sera déployé localement. Certains types de personnels seront recrutés localement.
- 43 La gestion des personnels et de leur carrière, leur avancement et les sanctions en cas de manquements, seront décentralisés, ce qui permettra aux responsables administratifs de rétablir leur autorité. Cette gestion sera organisée en fonction de normes définies et contrôlées centralement, et non en fonction de l'arbitraire des responsables administratifs. Une gestion transparente et objective du personnel sera instituée, avec un système d'incitations clairement défini : statut particulier, profil de carrières, primes, moyens de travail, mais aussi des sanctions applicables sans discriminations en cas de manquements. On organisera une politique transparente de perfectionnement et de recyclage du personnel à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.
- 44 — La participation communautaire<sup>30</sup>
- 45 En introduisant la participation communautaire dans la gestion des formations et structures sanitaires, on espère aussi responsabiliser le personnel médical par le bas. Il s'agit de créer un contre-pouvoir du public face au pouvoir médical, de façon à mieux le contrôler. Cette participation communautaire est envisagée à tous les niveaux, mais elle se précise lorsqu'on passe du niveau central au niveau des districts de santé. Elle débouche alors sur la cogestion et éventuellement sur l'autogestion. En introduisant ainsi des représentants élus du public au sein même des structures sanitaires, On se situe ici au-delà de la notion stricte de délégation qui suppose que les responsables soient nommés et non élus.
- 46 C'est au niveau du district et des aires de santé que la participation communautaire est organisée de façon plus directe. Les Comités de Développement de l'aire de santé et du district qui les englobe, sont composés de représentants des communautés concernées, des secteurs apparentés et des professionnels de santé. Il est chargé d'assurer

l'implication des populations dans les activités de développement socio-économique, de participer à la mobilisation des ressources pour la croissance et de participer aux interventions pour la promotion du développement humain. Les Comités de Santé du District (COSADI) et de l'Aire de Santé (COSA) sont constitués de représentants élus provenant des villages et des quartiers, des représentants des services de santé et autres services, des représentants des ONG et des autres partenaires<sup>31</sup>. Sont prévus des sous-comités chargés de la gestion de l'hôpital de district, de la santé publique et des secteurs apparentés. Le comité est chargé d'assurer l'implication de tous à l'action sanitaire, de mobiliser les ressources nécessaires, et de suivre l'évolution des indicateurs de la santé communautaire. Au niveau des aires de santé, les comités de gestion des centres de santé comprennent quatre membres des différentes communautés de l'aire intéressée, sur six membres, donc la majorité des membres<sup>32</sup>. En ce qui concerne les formations sanitaires elles mêmes, un décret du 15 Mars 1993 prévoit que les comités de gestion des hôpitaux de district comprennent comme membres, un des maires des communes du lieu d'implantation élu par ses pairs et quatre représentants de la communauté issus du comité de santé du district<sup>33</sup>. A noter que les fonctions de membre du comité de gestion ne sont pas rémunérées, ce qui pose quelques problèmes.

- 47 Au niveau des provinces, le Comité Provincial de développement est la structure de dialogue local, au sein de laquelle les services de santé et les autres secteurs apparentés, ainsi que les communautés, sont impliqués dans la préparation, la mise en œuvre et l'évaluation des plans de santé. Le Fonds Spécial pour la Promotion de la Santé (FSPS)<sup>34</sup> qui est devenu le véritable organe de direction de la province sanitaire est composé pour partie de représentants de la population. Il est au niveau intermédiaire, l'organe par excellence du partenariat local entre les services publics et privés de santé, les partenaires bilatéraux et multilatéraux, les ONG locales et/ou extérieures de santé, la sociétés civile et les communautés. Ses membres sont recrutés, par représentation successive, à partir des Comités de Santé du district, recrutés eux-mêmes à partir des comité de santé des aires de santé. Ceci permet une représentation équitable de l'ensemble des districts de santé de la province. Ce comité doit, à terme, devenir le véritable organe de gestion des problèmes de la santé de la province sanitaire, l'intervention de l'État dans cette gestion devenant moindre au fil des années. Ils n'existent aujourd'hui que dans certaines provinces, mais leurs statuts sont mal définis et ils ne s'occupent que de la gestion du Centre d'Approvisionnement Pharmaceutique Provincial (CAPP). Les représentants parfois élus, sont le plus souvent cooptés par le pouvoir médical qui est hostile à cette forme de participation dont l'objectif est de les contrôler et de leur faire rendre des comptes. Dans les comités de gestion des hôpitaux de province et centraux, on trouve trois représentants des différents comités de santé du chef-lieu de province.<sup>35</sup>
- 48 Au niveau central, est prévu une structure de dialogue, le Conseil Supérieur de la Santé qui est chargé d'assurer la coordination des différentes administrations en vue de promouvoir la santé. Il est placé sous la présidence du Premier Ministre. La « motivation » et l'intéressement du personnel.
- 49 Dans la mesure où ce sont les ménages qui, de fait, assurent la part principale des dépenses de santé, il faut qu'ils puissent influencer l'offre dans le sens de leur intérêt. Par l'intéressement financier du personnel, on espère jouer sur la demande. C'est dans ce sens d'intéressement que le mot « motivation » est couramment utilisé au

Cameroun, alors qu'il se réfère aussi à d'autres types d'incitations que les incitations seulement financières. La motivation au sens large englobe alors le statut, le profil de carrière, les primes, les moyens et le cadre de travail, mais aussi la motivation personnelle. Nous nous référons ici au sens précis de l'incitation financière liée à la performance sous la sanction du marché. L'idée est que si le personnel est intéressé financièrement aux résultats obtenus par la formation sanitaire, et par son travail dans cette formation, il sera incité à travailler mieux et plus. On ne joue donc plus seulement ici des incitations de type administratif, liées à la carrière dans le contexte de la fonction publique. Cela conduit à introduire, au sein d'une organisation publique, une logique de type marchand en jouant de la demande du consommateur comme incitatrice de l'offre. En bref, on introduit une logique économique de type privée, mais sans pour autant privatiser l'organisation publique. Le système de recouvrement des coûts qui est actuellement à l'œuvre en est une des illustrations. Le consommateur manifestant, toutes les enquêtes le montrent, une capacité de choix entre les diverses offres de soins à sa disposition, du moins en ville où le problème de l'accessibilité géographique se pose moins, sait parfaitement choisir le meilleur rapport qualité/prix. Nous avons vu comment cela fonctionnait au profit du secteur privé non lucratif. En mettant en concurrence les deux secteurs et les formations publiques de santé entre elles, on incite par là les clients à fréquenter les meilleurs établissements. Ceci devrait entraîner un accroissement des ressources financières des formations les plus efficaces, ce qui leur permettrait de distribuer davantage de revenu au personnel. Le personnel devient ainsi directement intéressé à la bonne marche de la formation sanitaire. Dans l'état actuel des choses, on peut douter que la ristourne actuellement distribuée au personnel dans le cadre du recouvrement des coûts soit suffisante pour le « motiver ». Mais quand le lien entre le revenu et le travail fourni sera réellement perceptible, on peut s'attendre à un autre type de comportement de la part du personnel.

- 50 C'est le même mécanisme qui est envisagé pour forcer les médecins à ordonner des médicaments génériques meilleurs marchés à leurs patients. Des ententes s'établissent entre pharmaciens et médecins aux dépens des clients qui n'ont pas accès au meilleur prix. Il est prévu, en favorisant la dissémination de l'information, de permettre aux clients de contourner cet obstacle<sup>36</sup>. C'est aussi un autre moyen de responsabiliser le médecin.

#### Le partenariat avec le secteur privé

- 51 On n'observe pas de privatisation du secteur public de la santé au sens strict, dans la mesure où il n'y a pas transfert de la propriété des équipements et des personnels publics au secteur privé lucratif de la santé, comme ce serait le cas pour la privatisation d'une entreprise publique. Mais il y a privatisation dans un sens plus flou, non seulement par l'introduction dans la gestion publique de certaines techniques de gestion qui s'inspirent de la gestion privée, mais surtout dans la façon dont est conçu l'établissement d'un partenariat avec le secteur privé non lucratif. On est parvenu à un consensus sur l'aménagement des rapports avec le secteur privé sur la base d'un partenariat. L'idée directrice est de fonder la relation avec le secteur privé sur l'idée de complémentarité. Partant du constat de la supériorité du secteur privé confessionnel, le principe s'est dégagé, qu'il fallait s'appuyer d'abord sur ce qui fonctionne et le renforcer, plutôt que de l'ignorer. Le système de santé publique sera donc réorganisé suivant cette idée. Le MSP recherchera l'appui du secteur privé confessionnel pour mener sa politique de santé. Cela se fera par voie de contractualisation. Des conventions seront passées, dans la mesure du possible, avec le secteur privé à but non

lucratif, concernant à la fois l'offre de soins et la concession des infrastructures publiques de santé. Nous avons mentionné la question du délabrement du patrimoine public de santé. On envisage ainsi la concession de certains de ces équipements au secteur privé non lucratif, en prévoyant des subventions pour la réhabilitation, le tout sur une base contractuelle. On envisage de même, de conventionner des structures privées à but non lucratif qui réalisent des activités du Paquet Minimum de Santé, en prévoyant une subvention tarifaire pour les actes normalisés. Cette réorganisation exige une normalisation des activités, de la qualité des actes et des tarifs appliqués à tous les niveaux de l'offre de soins (secteur privé, secteur privé conventionné), et pour ce qui concerne la qualité des soins, le secteur privé non conventionné. Cette réorganisation suppose ainsi une extension du rôle reconnu au secteur privé, mais cette extension se fait moins au détriment du secteur public que du secteur public informel<sup>37</sup>. Plutôt que d'une privatisation, il s'agit donc d'une articulation des deux secteurs sur une base contractuelle, reposant sur une normalisation et un contrôle renforcé, effectuée par le MSP. On espère ainsi améliorer le rapport qualité/prix de l'offre de soins grâce à la normalisation des actes et le contrôle de la qualité par le MSP. On réalise ainsi la conversion de la dépense budgétaire d'une logique de moyens à une logique de résultats. Cette idée de complémentarité a pour corollaire paradoxalement celle de compétitivité. On souhaite faire d'une pierre deux coups, en incitant indirectement le secteur public à devenir plus compétitif. Ces mesures permettent d'illustrer la nature du nouveau rôle de l'administration centrale. Le MSP promouvra la compétitivité et la complémentarité entre les secteurs privés et publics en vue d'améliorer l'offre de soins.

Le rôle nouveau de l'administration centrale

- 52 La décentralisation, telle qu'elle est envisagée, implique un transfert de compétences du niveau central aux niveaux intermédiaire et périphérique. Ce transfert de compétence se fait au détriment des compétences du niveau central, ce qui se reflète clairement sur le contrôle des ressources financières. La réforme prévoit, nous le savons, une reventilation des ressources. Ce n'est pas seulement l'administration centrale de la santé publique, mais l'ensemble des administrations qui interviennent dans ce domaine qui sont ici concernées. En premier lieu, le Ministère des Finances qui perd une partie de son pouvoir financier, en second lieu, le Ministère de la Fonction Publique qui perd ses compétences sur la gestion du personnel. Bien que rien n'ait transparu directement dans notre enquête, on peut penser qu'il y a là une source larvée considérable de résistance à la réforme. Ceci pour deux raisons, la première formelle, la seconde informelle. Sur le plan formel, aucune administration ne se voit dessaisir volontiers de ses compétences, c'est-à-dire de son pouvoir, et en particulier des ressources matérielles qui sont à la fois l'instrument et le symbole de sa puissance. Mais derrière ces conflits de compétence, se cachent d'autres enjeux informels implicites, mais bien présents à l'esprit des acteurs, même s'ils échappent largement aux observateurs de l'extérieur. Il s'agit des opportunités de corruption qui sont restructurées, c'est-à-dire ouvertes, fermées ou déplacées par des réformes, dont c'est d'ailleurs l'objet principal. Certains membres de l'administration centrale devraient perdre des opportunités de corruption au profit des niveaux inférieurs. Ainsi, le type de corruption décrit plus haut et concernant les arriérés de factures, ne devrait plus être plus possible, si les factures sont payées directement.
- 53 Mais on peut voir aussi les choses sous un angle différent. La nature des compétences et des responsabilités de l'administration centrale va s'orienter vers les tâches nobles et

régaliennes de la conception de la politique de santé publique et de son contrôle. En ce sens, il n'y a pas de « *capitis deminutio* », mais une tentative pour rendre cette politique plus effective par rapport aux objectifs formels explicitement assignés au MSP. L'administration centrale est réorientée dans son intervention, d'une implication directe dans la gestion des unités de santé vers une régulation indirecte. Fondamentalement, elle va être chargée de définir les droits et devoirs des personnes publiques et privées intervenant dans le domaine de la santé, et de veiller au contrôle de leur mise en oeuvre. Un cadre réglementaire sera mis en place qui intégrera et valorisera le secteur privé à but non lucratif et définira les modalités d'une collaboration entre le secteur privé à but lucratif et les entreprises dans un cadre contractuel. Cela permettra au MSP de diminuer progressivement son intervention directe dans l'offre de soins. Le premier volet d'intervention concerne les tâches de recherche des données et des informations, d'analyse et de réflexion stratégique, de conception, de planification, de normalisation et d'élaboration des règles. Ceci implique le respect de l'éthique, de la solidarité et de l'équité. Le second volet d'intervention concerne le contrôle de normes et règles établies qui devrait être renforcé, ce qui suppose un renforcement des corps de contrôle.

- 54 Le document sur la stratégie sectorielle redéfinit concrètement les missions du niveau central du MSP en les recentrant sur l'élaboration de la politique sanitaire et le suivi de son exécution, la définition et le contrôle des normes; la détermination d'une politique sanitaire appliquée au secteur; l'amélioration de l'accessibilité financière et géographique de soins de qualité aux plus pauvres; l'élaboration des programmes nationaux de santé publique; la mobilisation des ressources financières pour le financement d'activités sectorielles spécifiques; la formation des professionnels du secteur; la promotion de la recherche en matière de santé, et le développement de l'information sanitaire. Pour cette tâche, il s'appuiera sur ses directions techniques. Cette transformation radicale des tâches de l'administration centrale suppose une réaffectation des ressources financières et du personnel, mais aussi une autre conception de la formation et de la sélection du personnel de l'administration centrale, qui vise à l'émergence d'une sorte de technocratie de la santé publique. Cela impliquera aussi une restructuration de l'organisation administrative et un renforcement institutionnel sur laquelle la réflexion ne semble pas encore bien engagée. Le rôle de l'État est alors de créer les conditions satisfaisantes pour assurer la santé des populations dans le contexte nouveau de la décentralisation. Pour ce faire, il se concentrera sur l'amélioration de la qualité des soins et l'incitation du secteur privé à prendre une place importante dans l'offre de soins, ce qui nécessitera un renforcement de ses capacités. Le cadre législatif sera complété, par l'élaboration des textes d'application de la loi cadre et des textes servant à mieux définir la politique nationale de santé au niveau opérationnel, pour préciser les points insuffisamment définis. Enfin, l'État et l'administration centrale à sa tête ont la responsabilité de veiller à l'équité en prévoyant des mesures financières afin de faciliter l'accès des plus pauvres, qui sont exclus du système de santé, et en encourageant toutes les formes de mutualisation. La décentralisation n'est donc pas conçue, comme on pouvait le craindre, comme un moyen pour l'État de se débarrasser des tâches qu'il n'a plus les moyens d'assumer et que d'ailleurs il n'exerce plus depuis longtemps. Il est prévu expressément que l'État, comme les collectivités locales, doivent augmenter très sensiblement leur contribution financière afin d'accompagner la réforme. L'État doit tendre ainsi à faire passer la dépense publique de santé à au moins 10 dollars par tête et par an, tout en assurant la

décentralisation des fonds vers le district local et en renforçant le partenariat entre la santé et les populations en passant de la cogestion vers l'autogestion.

Conclusion : quelques interrogations

- 55 Cette réforme, est d'inspiration pragmatique plus qu'idéologique. Fondée sur un diagnostic lucide et réaliste de la situation, elle cherche à s'attaquer au problème dans sa multidimensionalité et sa complexité. Aussi, semble fondamentalement orientée dans la bonne direction. Elle n'en suscite pas moins quelques interrogations.
- 56 Une première question préalable, sans doute la plus sérieuse, est de savoir cette réforme parviendra un jour à son terme, et si elle se concrétisera dans la pratique. Le risque est gros que la réforme ne soit réalisée que de façon fragmentaire, alors qu'elle suppose d'être mise en œuvre dans sa globalité pour être efficace. L'expérience du passé ne peut que rendre sceptique à cet égard. Jusqu'à présent, les réformes au Cameroun ont démarré en fanfare avec effets d'annonce, discours, séminaires et mises en scène, pour ensuite s'enliser et tomber dans l'oubli. Pour que l'histoire ne se répète pas une fois de plus, il faudrait que le contexte politique et économique se transforme en profondeur, ce qui n'est pas le cas. Dans l'ensemble, la transition démocratique a échoué, même si elle a apporté des changements appréciables qu'il faut reconnaître. Selon le discours officiel, le Cameroun d'aujourd'hui en serait au stade de « la démocratie apaisée ». On observe effectivement une certaine pacification des esprits, mais il s'agit plutôt d'une sorte de résignation à la victoire et à la domination du camp des vainqueurs. Une réforme aussi radicale exige une volonté politique ferme et continue de la part des dirigeants. On peut sérieusement en douter, comme l'illustre, par exemple, la valse des ministres de la santé publique qui ont été davantage choisis en fonction de subtils dosages ethno-régionaux que pour réaliser des politiques publiques. C'est l'accumulation économique et non la santé publique qui constitue la priorité première de la classe dirigeante. La réforme doit d'abord surmonter l'opposition de ceux dont elle restreint les opportunités de corruption. En admettant qu'elle y parvienne, elle ouvre d'autres opportunités qui ne manqueront pas d'être saisies. Des dépenses accrues sont prévues en faveur de la santé publique. Cela éveille bien des convoitises et on peut se demander ce qui restera aux malades. Les contrôles seront-ils suffisamment efficaces. Et si les contrôles sont efficaces, cela ne risque-t-il pas de démotiver et démobiliser les fonctionnaires, dans leurs efforts pour que l'aide attribuée soit effectivement versée ? Une grande partie de la population est totalement marginalisée par rapport au système de santé. Tout en encourageant toutes les formes possibles de mutualisation, l'État a la responsabilité, au nom de l'équité et de la solidarité, de prendre en charge les laissés pour compte. On peut douter là aussi que la classe dirigeante, engluée dans le court terme, s'implique dans une telle entreprise à moins qu'elle n'y soit poussée vigoureusement par le bas. Au-delà d'une volonté politique effective reste le problème du contexte économique.
- 57 La réussite d'une telle réforme suppose un rétablissement très sensible de la situation économique. Ce n'est parce que le diagnostic part du constat que le véritable problème est d'abord le comportement du personnel avant d'être celui de l'absence de moyens économiques, qu'on puisse se permettre de négliger la situation économique. Si aucun développement de la santé, comme du reste, n'est envisageable sans améliorer la gouvernance, il ne faut pas perdre de vue que c'est le sous-développement qui est à la racine des problèmes de gouvernance. Nous sommes confrontés à un véritable cercle vicieux dont la solution nous échappe. Il est inutile de dépenser de l'argent s'il est

gaspillé, détourné, mal utilisé, inutile d'investir dans la construction d'équipements si l'on néglige les dépenses de fonctionnement et de maintenance et s'il n'y a pas de médicaments etc. Ce n'est pas non plus la peine d'accorder des aides si elles ne sont pas utilisées. L'administration préfère donner la priorité aux investissements lourds par rapport au budget de fonctionnement pour des raisons d'opportunité politique et aussi de corruption. Mais pour transformer le comportement du personnel sanitaire, il faut aussi des moyens économiques, car il faut « motiver » les gens, pas seulement financièrement, mais en leur donnant les moyens de travailler. Les revenus du personnel sont insuffisants, et la part du recouvrement des coûts qui y sont consacrés reste insuffisante pour « motiver ». Ce n'est pas suffisant, mais c'est indispensable et une contribution de l'État reste indispensable. Le volet social, équité et solidarité, prévu par les textes, suppose une intervention accrue de l'État afin de compenser la marginalisation déjà existante d'une partie importante de la population vis à vis du système de santé publique. La limite d'un système qui cherche à orienter l'offre à partir de la demande, c'est qu'il ne s'agit que de la demande solvable. Or on ne peut confondre les besoins de santé avec la demande solvable. D'où la responsabilité prioritaire de l'État qui doit permettre un minimum d'équité et favoriser la solidarité. L'effort financier supplémentaire, dont la nécessité est reconnue, suppose un véritable redressement de la situation économique. Si une certaine croissance économique est de retour depuis la dévaluation de 1994, avec un certain retard dû aux blocages politiques, cela reste insuffisant. Ce retour provoque une certaine détente, mais les gens se plaignent toujours du manque de retombées concrètes, pour eux, de cette croissance. D'autre part, les bases structurelles de cette croissance restent inchangées. Rien n'est donc résolu en profondeur sur le plan économique.

- 58 La réforme en cours s'inscrit dans la continuité des réformes entreprises sous l'inspiration et l'impulsion de l'O.M.S. relayé par les bailleurs de fonds. Chaque bailleur de fonds bilatéral et multilatéral a sa vision propre, mais la Banque Mondiale et le F.M.I., en raison des conditionnalités, pèsent d'un poids croissant. Ce poids est accru en raison du nouveau dispositif d'annulation de la dette qui est utilisée comme un moyen de réorienter les dépenses publiques vers la santé publique, l'éducation et les infrastructures. Des ressources importantes devraient être ultérieurement réinjectées dans ces secteurs, à condition que les différents partenaires internes et externes parviennent à un consensus. La réforme est ainsi poussée de l'extérieur. Les contraintes bureaucratiques mises en avant par la Banque Mondiale sont vécues comme extrêmement lourdes, pas seulement par les Camerounais, mais aussi par les autres bailleurs de fonds, qui ne se privent pas de critiquer ses diktats. Il semble cependant, au-delà des hauts et des bas, qu'un consensus se dégage entre les différents bailleurs et entre les bailleurs et leurs interlocuteurs respectifs, autour d'un minimum de principes. Sur un plan plus général, la Banque est revenue en partie sur son libéralisme extrême et son anti étatismes aveugle, alors que les autres bailleurs de fonds sont plutôt pragmatiques. Ce qui rend, comme toujours, le problème si difficile, c'est que les réformes sont fondamentalement impulsées de l'extérieur, et leur « appropriation » selon le jargon consacré, risque d'être d'autant plus ardue. Au sein du MSP, cette réforme est effectivement « réappropriée » par la plupart des spécialistes camerounais de la santé publique, mais qu'en est-il en dehors d'eux ?
- 59 Autre problème, il s'agit d'une réforme sectorielle. Comment changer en profondeur la santé publique ou l'éducation, si les autres secteurs ne bougent pas de leur côté ? Peut-on décentraliser un secteur, comme celui de la santé, sans décentraliser les autres

secteurs, et sans procéder à une décentralisation véritable des collectivités territoriales fondée sur une véritable dévolution ? La question de l'articulation entre la décentralisation sectorielle et celle des collectivités territoriales se pose à plusieurs titres. La constitution de 1996 prévoit la décentralisation des collectivités locales. On attend toujours. Par ailleurs ces dernières devraient se voir attribuées des compétences en matière de santé. Elles sont censées par la suite participer au financement de la santé à concurrence de 10 %. Comment ces transferts de compétence s'ils voient le jour vont-ils s'articuler avec les transferts prévus dans le cadre de la politique sectorielle ? Se pose aussi le problème du découpage des districts de santé qui obéissent à une logique propre qui ne s'harmonise pas nécessairement avec le découpage administratif officiels en arrondissements et en départements. La question de l'harmonisation entre la dévolution et la délégation est donc posée.

- 60 La décentralisation très souhaitable à première vue n'est pas la panacée en soi. L'expérience française le montre bien : elle a eu pour effet d'accentuer la notabilisation et la corruption. L'expérience du Sénégal, déjà ancienne, montre le risque de décentraliser tout simplement la corruption<sup>38</sup>. La décentralisation ouvre de nouvelles opportunités de corruption qui risquent d'être aussitôt saisies. On doit se poser la question de savoir quel est le moindre mal, de la corruption centralisée ou décentralisée. Dans quelle mesure pourra-t-on effectivement y remédier en créant, par la participation communautaire, un contre-pouvoir du public à l'égard du pouvoir médical . Si comme le souligne Jean-Pierre Olivier de Sardan, la participation communautaire n'est pas toujours la panacée non plus, il reconnaît, son analyse n'est pas entièrement négative<sup>39</sup>. Dans le cas du Cameroun, les travaux mentionnés montre que cela fonctionne mieux dans certaines régions que dans d'autres. C'est le cas de la province anglophone du Nord Ouest. La raison pourrait en être la tradition décentralisatrice britannique, ou encore la capacité des populations de cette région à se mobiliser collectivement. Dans le reste du Cameroun, le bilan est mitigé, les structures de participation ne se réunissent pas assez souvent pour être effectives<sup>40</sup>. Mais on en est encore qu'au début. L'idée de donner la parole et du pouvoir aux usagers mérite d'être développée et encouragée : après tout, si les médecins n'ont pas tort de leur dénier toute compétence médicale, ils bénéficient d'une compétence essentielle, c'est celle de pouvoir juger de l'efficacité des structures de santé. Reste la mise en œuvre d'une telle réforme qui se heurte à l'hostilité du personnel et qui suppose que les représentants de la population représentent effectivement la population.

---

## NOTES

1. Pour situer le cas camerounais dans son contexte africain, voir Wim Van Leberghe et Vincent de Brouwere, "État de santé et santé de l'État en Afrique subsaharienne", in Marc-Eric Gruénais et Roland Pourtier dir., *La Santé publique en Afrique, Anciens et nouveaux défis*, Afrique contemporaine, La Documentation française, N°195, juillet-septembre 2000, p.175-190; et Joseph Brunet-Jailly, "La politique publique en matière de santé dans les faits en Afrique de l'Ouest", *ibidem*, p.191-203. Pour situer le cas africain

dans une perspective comparative, voir Sonia Fleury, "Pluralisme, iniquité et gouvernance. Dilemmes de réformes en soins de santé en Amérique latine, *Revue Internationale de Politique Comparée*, vol.5, n°2, 1998. Voir aussi, Joseph Brunet-Jailly dir., *Innover dans les systèmes de santé, expériences de l'Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala, 1997.

2. Mentionnons simplement certaines des étapes récentes et significatives du processus : la loi n°90/062 du 19 décembre 1990 accordant dérogation spéciale aux formations sanitaires publiques en matière financière; en décembre 1992, la Déclaration de politique sectorielle de santé du Cameroun, qui affirme clairement la volonté du gouvernement d'assurer une décentralisation réelle du pouvoir de décision en vue d'une gestion efficace; le décret n°93/228/PM du 15 Mars 1993, fixant les modalités d'application de la loi précitée et permettant sa mise en oeuvre effective; la déclaration de mise en oeuvre de la réorientation des soins de santé primaires(1993); le décret présidentiel autorisant l'organisation du territoire national en districts de santé; le décret du 7 janvier 1995 portant organisation des services de santé de base en districts de santé; la loi n°96/03 du 4 janvier 1996 portant loi-cadre dans le domaine de la santé. Cette loi met en avant l'idée de "rationalisation du système de gestion sanitaire et du financement du secteur, notamment par le développement de la gestion décentralisée des ressources humaines, financières et matérielles affectées au secteur santé, à travers le développement du partenariat entre les pouvoirs publics, les communautés bénéficiaires et tous les autres intervenants en matière de santé"; l'arrêté du 21 septembre 1998, fixant les modalités de création des structures de dialogues et de participation communautaire dans les district de santé...La constitution de 1996, par ailleurs a prévu une décentralisation des collectivités locales qui n'a pas été encore mise en application. Enfin, certaines mesures de libéralisation du régime permettent la création d'associations, ce qui va aussi dans le sens de la décentralisation. Ajoutons le Plan National de Développement Sanitaire et Social (PNDS 1999-2009).

3. Sur les implications de ces mesures sur les États africains, voir Gérard Chambas et François Kerhuel, "La Réforme de l'État : implications des Cadres Stratégiques de Réduction de la Pauvreté", in Jean de Gaudusson et Jean-François Médard, dir., "L'État africain entre le local et le global", à paraître dans *l'Afrique contemporaine*, 4ème trimestre 2001.

4. Anne Mills et al., *La décentralisation des systèmes de santé, concepts, problèmes et expériences dans quelques pays*, O.M.S., Genève, 1991, p.11-12.

5. *ibid.* p.17.

6. Jean Turgeon, Vincent Lemieux, La décentralisation : panacée ou boîte de Pandore ?, in *Le système de santé québécois*, pp.173-193.

7. Anne Mills et al., *op cit.* p.17-20.

8. *ibid.* p.21-23.

9. Turgeon et Lemieux, *op. cit.* p.177.

10. *ibid.* p.24-25.

11. Turgeon et Lemieux, *op. cit.*, p.176.

12. AMills et al., *op. cit.*

13. *ibid.*, p.177-8.

14. Turgeon et Lemieux proposent de distinguer les fonctions de la décentralisation. La fonction de gouverne renvoie aux décisions impératives prises par les autorités d'un système politique. Les fonctions de gestion sont plus ou moins soumises aux fonctions de gouverne dont elles assurent la mise en oeuvre et la spécification. Les fonctions de financement concerne l'obtention des recettes nécessaires au financement des autres

fonctions. Les fonctions de production de services ont pour objet de fournir des prestations de services auprès de prestataires. Chaque type de fonction va se caractériser par certains avantages et inconvénients. La déconcentration permet une meilleure coordination et une meilleure équité. La délégation permet davantage d'efficacité, d'équité, et de représentativité. La dévotion : permet la coordination, l'efficacité, la responsabilité, et l'équité. La privatisation favorise l'efficacité, l'efficacité, et la responsabilité. Turgeon et Lemieux, op. cit., p.178.

15. Notre travail n'aborde donc pas l'ensemble de la réforme, ni même l'ensemble de la question des ressources humaines.

16. Le terme de santé publique, selon Julio Frenk, comporte traditionnellement cinq connotations. La première associe l'adjectif public à l'action gouvernementale, c'est à dire le secteur public. La seconde plus large, inclue aussi la participation de la communauté organisée, c'est à dire du public. La troisième identifie la santé publique aux services de santé non personnels. Selon un autre usage on ajoute des services préventifs destinés aux groupes les plus vulnérables. Enfin, dans un langage non technique, on associe les problèmes de santé publique à des maladies qui sont particulièrement dangereuses. La notion de santé publique apparaît alors comme un sous-système séparé de services fournis par l'État et parallèle à la médecine curative à haute technologie dominante. Plus récemment, est apparue une conception plus large où "L'adjectif public ne désigne pas un ensemble particulier de services, une forme de propriété, ou un type de problème, mais plutôt un niveau spécifique d'analyse : le niveau de la population". Le système de santé publique équivaut alors au système de santé concernant la population d'un pays donné. Julio Frenk, "The New Public Health", 1963, 14, p.472.

17. Tous ces chiffres sont à manier avec précaution et ne sont donnés qu'à titre indicatifs. La comparaison est difficile entre les diverses sources, en raison de certaines contradictions.

18. Joseph Ntsangsi, *An Analysis of Health Sector Expenditures in Cameroun Using a National Health Accounts Framework*, , papier non publié.

19. Responsable du Service Catholique de Santé

20. Rapport général, Fédération des Eglises et Missions Évangéliques du Cameroun (FEMEC), non daté

21. J-F Médard, "L'État sous-développé au Cameroun", Paris, Pédone, *L'Année africaine* 1977, pp.35-84.

22. Bernard Hours, "L'État sorcier, Santé publique et Société au Cameroun", Paris, L'Harmattan, 1985.

23. Pour une synthèse sur l'évolution du Cameroun d'Ahidjo à Biya, voir J-F Médard, "État, démocratie et développement : l'expérience camerounaise", in Sophia Mappa, dir. *Développer par la démocratie ?* Karthala, 1995.

24. Pour une analyse d'ensemble trait pour trait applicable au Cameroun, voir par exemple, J. Brunet-Jailly, "Quels systèmes de santé pour l'Afrique à l'aube du troisième millénaire ?" in UCAC, *Citadins et ruraux en Afrique sub-saharienne*, Cahiers de l'UCAC 1999, UCAC et Karthala, 1999, pp.325-350.

25. Il ne s'agit pas ici de jeter la pierre au personnel sanitaire en le prenant pour bouc émissaire, mais on est bien obligé de constater la gravité du phénomène. Pour une excellente et honnête description des conditions concrètes d'exercice de la médecine par une femme médecin, voir, Marie Badaka, "Profession : médecin", in M-E Gruenais et R. Pourtier dir., op. cit., p.250-258.

26. Joseph Tsangi, art. cit.
27. Voir le numéro spécial de Politique africaine sur "l'Eglise et l'argent".
28. Ces constats étaient plus clairement énoncés dans le chapitre 2 du "draft" sur la stratégie sectorielle de santé de février 2000 que dans la version de 2001.
29. Dans le cadre de la formation du personnel, est prévu de surcroît une formation déontologique et éthique, qui correspond à une responsabilisation par le dedans, vis à vis de sa propre conscience.
30. Sur la participation communautaire au Cameroun, voir Remo Meloni et Flavien Ndonko, De la santé à la responsabilité communautaire : enjeux de la participation communautaire, Projet germano-camerounais, (GTZ), document de travail n°3, avril 1999; Fonkwo Peter Ndeboc, Remo Meloni et Ndonko Flavien, Community participation for health in Cameroun : What form and what for ?, Projet germano-camerounais (GTZ), working document n°4, avril 1999.
31. L'Assemblée générale du COSA est composée du responsable sanitaire de l'aire, un infirmier ou aide-soignant de l'équipe de santé de l'aire de santé, le président du comité de gestion de l'équipe de santé, deux représentants des associations et ONG, un représentant des oeuvres à but non lucratif, un représentant du secteur privé à but lucratif, deux représentants élus de chaque village de l'Aire, les représentants d'autres administrations. L'Assemblée générale du COSADI est composée du chef de service de santé de District, le médecin-chef de l'hôpital de district, le responsable sanitaire de chaque aire, le Président du comité de gestion de l'hôpital de district, deux représentants de chaque COSA, Quatre représentants par oeuvre médicale à but non lucratif, quatre représentants des associations et ONG et des représentants du secteur privé à but lucratif.
32. Ainsi que le chef de service de santé du district, et l'infirmier-chef du district
33. Ainsi que le chef du service de santé publique, le responsable des affaires administratives et financières de l'hôpital, le médecin-chef de l'hôpital, un représentant du personnel médico-sanitaire élu par ses pairs.
34. Sur l'expérience des Fonds spéciaux de province, voir Fonkwo Peter Ndeboc et Remo Meloni, The experiences of the Provincial Spécial Fends fo of the Littoral, Souchets and Northwest provinces of Cameroon : what lessons for the Health District System ?, Projet germano-camerounais, (GTZ)working document n°5, avril 1999.
35. Ainsi qu'une personnalité nommée par le Ministre, le TPG du ressort, un représentant de la communauté urbaine, un des maires des communes du lieu d'implantation élu par ses pairs, un représentant du personnel médical élu par ses pairs; un représentant du personnel médico-sanitaire élu par ses pairs, le Directeur de l'hôpital assurant le secrétariat.
36. Entretien avec un responsable de la CENAME.
37. Le procédé rappelle un peu l'aide à l'enseignement privé en France, mais le contexte en est tout différent.
38. Voir, Giorgio Blundo, "Décentralisation, participation and corruption in Sénégal", communication, 14th International Congress of Anthropological and Ethnological Sciences, July 26-August 1, 1998, Williamsburg, Virginia.
39. Art.cit.
40. Document sur la stratégie sectorielle, février 2001.

---

AUTEUR

**JEAN-FRANÇOIS MÉDARD**

Institut d'Études Politiques, Domaine universitaire BP 101 33405 Talence,  
medard@cean.u-bordeaux.fr