

# **Stimuler l'engagement des parties prenantes pour améliorer la gouvernance et accélérer la viabilisation des districts de santé au Cameroun**

## **Note d'information stratégique**

### **Auteurs**

**Robert Marie Mba, PhD**

Chercheur

Email: [rmmba@cdbph.org](mailto:rmmba@cdbph.org)

**Dr Pierre Ongolo-Zogo, MD, MSc**

Chef du Centre

Centre pour le Développement des Bonnes Pratiques en Santé

Hôpital Central de Yaoundé, Cameroun

Email: [pc.ongolo@cdbph.org](mailto:pc.ongolo@cdbph.org)

### **Financement**

Initiative de Recherche en Santé Mondiale – Centre de Recherches pour le Développement International - Ottawa, Canada

Alliance pour la Recherche sur les Politiques et les Systèmes de Santé – Genève, Suisse

**Conflits d'intérêt** : Aucun

### **Revue interne**

Cette note a été revue par l'équipe de recherche du Centre pour le Développement des Bonnes Pratiques en Santé : Dr David Yondo, Dr René Owona-Essomba, Dr Jean Serge Ndong, Dr François Colin Nkoa, Mme Cécile Renée Bonono-Momnougui

### **PREAMBULE**

*Le Centre pour le Développement des Bonnes Pratiques en Santé (CDBPS) est une unité de recherche créée en Juin 2008 au sein de l'Hôpital Central de Yaoundé pour promouvoir la prise de décision éclairée par les bases factuelles en santé grâce au soutien d'une bourse de leadership en santé mondiale de l'Initiative Canadienne pour la Recherche en Santé Mondiale gérée par le CRDI - Canada. Le CDBPS est un centre de facilitation de l'application et de l'échange des connaissances à travers la promotion de l'interaction entre chercheurs et décideurs dans les domaines de la santé. Cette initiative soutient les chercheurs en synthétisant les travaux de recherche sous une forme attractive et lisible pour les décideurs dans les domaines de la santé. Le CDBPS ambitionne également de servir les décideurs en leur offrant des opportunités de renforcement de leurs capacités, en leur fournissant des synthèses des bases factuelles et en identifiant les besoins et gaps en matière de prise de décision éclairée par les données probantes.*

*Cette note d'information stratégique pour renforcer l'engagement des parties prenantes pour une meilleure gouvernance et la viabilisation des districts de santé au Cameroun est la troisième produite par le CDBPS dans son effort de synthèse et de dissémination des données probantes issues de la recherche afin d'informer les choix d'interventions par les décideurs et gestionnaires des services de santé. Les options stratégiques discutées dans cette note ne sont ni options exclusives ni des recommandations; toutes ou partie des interventions pourraient être adoptées de manière variable puisqu'il s'agit d'interventions complémentaires visant à améliorer la gouvernance au niveau des districts de santé pour assurer une plus grande équité dans l'accès aux soins et services de santé et viabiliser les districts de santé. Notre intention n'est pas d'établir de priorité entre les stratégies ou de recommander une stratégie plutôt qu'une autre mais nous avons tenté de rendre disponibles les bases factuelles disponibles pour éclairer les choix des acteurs. Les décideurs et gestionnaires demeurent responsables du choix à considérer l'une ou autre stratégie selon les mécanismes de prise de décision en vigueur.*

## **Messages clés**

### **Quel est le problème ?**

La mauvaise gouvernance justifiant le rang médiocre du Cameroun au classement Banque Mondiale sur l'environnement des affaires mine également la performance du secteur santé malgré les activités du Programme National de Gouvernance (PNG) mises en œuvre depuis l'année 2000. Le secteur de la santé est devenu mercantile, l'accès aux soins et services par les patients est conditionné par le paiement préalable ; les personnels mal rémunérés adoptent des mécanismes de survie tels que les paiements informels, la vente illicite des médicaments, le détournement des patients vers les cliniques privées ; les ressources générées dans les formations sanitaires sont rarement gérées de manière transparente ; au sein des comités de gestion et des comités de santé, les bénéficiaires/usagers n'ont pas toujours voix au chapitre ; les procédures de passation des marchés et d'approvisionnement des hôpitaux sont longues et rarement transparentes ; les conflits d'intérêt et ententes délictueuses entre responsables des hôpitaux et présidents des comités de gestion sont fréquents. Le secteur santé est 9<sup>ème</sup> sur les 20 secteurs les plus touchés par la corruption au Cameroun selon Transparency International en 2006. Le Cameroun est en 153<sup>ème</sup> position au classement 2009 sur le développement humain du PNUD.

### **Existent-ils des interventions efficaces pour stimuler l'engagement des parties prenantes pour améliorer la gouvernance et accélérer la viabilisation des districts de santé ?**

**Option 1 : Renforcer les mécanismes de contrôle social** en rendant accessibles aux acteurs du développement local, les informations relatives à l'état de santé des populations, aux déterminants de la santé, aux ressources disponibles et en créant les conditions favorables pour la participation régulière des acteurs du développement local aux processus de définition des priorités, de planification, de budgétisation et de suivi-évaluation de la mise en œuvre des interventions de santé. L'organisation régulière de fora délibératifs et consultations des parties prenantes ainsi que la possibilité d'interpellations de la bureaucratie sanitaire locale par les populations bénéficiaires/membres des comités sont des stratégies efficaces.

**Obstacles à la mise en œuvre:** (i) résistance au changement parmi les prestataires et les membres des comités de gestion ; (ii) Conflits d'intérêt et ententes délictueuses entre prestataires de soins et les membres des comités de gestion.

**Stratégies de mise en œuvre:** (i) formation, sensibilisation des acteurs concernés sur les enjeux, défis et effets bénéfiques de la bonne gouvernance et de la viabilisation des districts de santé et des conséquences délétères de la mauvaise gouvernance ; (ii) mise en place d'instances consultatives sur l'éthique, l'équité et le suivi-évaluation des activités de santé ; (iii) renforcement des capacités des leaders communautaires à s'engager en faveur de la promotion de la santé ; (iv) renforcement des capacités des prestataires à interagir de manière transparente et responsable avec les communautés; (v) renforcement du Système National d'Informations Sanitaires pour le partage des informations avec les acteurs du développement.

**Option 2 : Promouvoir les mécanismes de mutualisation du risque maladie** qui permettent de réduire les paiements directs dans les hôpitaux lors des épisodes de maladie et par conséquent les opportunités de corruption ; l'existence d'un tiers payeur introduit un témoin capable, en corrigeant l'asymétrie d'information, de devenir régulateur de la relation soignant soigné.

**Barrières de mise en œuvre:** (i) les insuffisances du cadre de promotion de la mutualisation du risque maladie, la méconnaissance et la suspicion vis-à-vis des Mutuelles de Santé existantes ; (ii) 40% de la population est pauvre et ne peut pas payer les primes d'adhésion et les cotisations annuelles.

**Stratégies:** (i) information éducation et communication sur les avantages de la mutualisation du risque maladie comme moyen de lutte contre la pauvreté et outil de relance de la croissance économique ; (ii) engagement des collectivités territoriales décentralisées dans la promotion des mutuelles et fédérations des mutuelles de santé ; (iii) subventions pour réduire les barrières financières à l'adhésion dans les mutuelles de santé pour les populations vulnérables ; (iv) promotion d'une assurance maladie sociale.

## **Rapport**

### **Comment cette note a été préparée ?**

1. Cette note, préparée par le Centre pour le Développement des Bonnes Pratiques en Santé, est le fruit de sa collaboration avec le Secrétariat Technique du Comité de Pilotage et de Suivi de la Mise en œuvre de la SSS grâce à la subvention de recherche n° ID 49 de l'Alliance pour la Recherche sur les Politiques et Systèmes de Santé basée à l'OMS-Genève. La démarche adoptée comporte une revue de la littérature administrative relative aux textes législatifs et réglementaires, à l'évaluation de la stratégie sectorielle de santé, au Programme National de Gouvernance et les publications scientifiques en français et en anglais sur la gouvernance, la décentralisation et la viabilisation des districts de santé en Afrique et en Amérique Latine.

### **A qui est destinée cette note ?**

2. La présente note d'information stratégique, synthèse des bases factuelles, est destinée aux acteurs du développement sanitaire pour éclairer leurs décisions dans la mise en œuvre de la stratégie sectorielle actualisée et arrimée à l'agenda international de 2015 alors même que l'Etat débute en cette année 2010 le transfert de ses compétences en matière de santé publique aux collectivités territoriales décentralisées. Le public cible comprend notamment les autorités administratives, les élites politiques, les responsables élus ou non des collectivités territoriales décentralisées, les partenaires techniques et financiers du développement sanitaire et les organisations de la société civile.

### **Quel est le problème ?**

3. La mauvaise gouvernance justifiant le rang médiocre du Cameroun au classement Banque Mondiale sur l'environnement des affaires mine également la performance du secteur santé malgré les activités du Programme National de Gouvernance (PNG) mises en œuvre depuis l'année 2000. Le secteur de la santé est devenu mercantile, l'accès aux soins et services par les patients est conditionné par le paiement préalable ; les personnels mal rémunérés adoptent des mécanismes de survie tels que les paiements informels, la vente illicite des médicaments, le détournement des patients vers les cliniques privées ; les ressources générées dans les formations sanitaires sont rarement gérées de manière transparente ; au sein des comités de santé et des comités de gestion, les bénéficiaires/usagers et la société civile n'ont que rarement voix au chapitre ; les procédures de passation des marchés et d'approvisionnement des formations sanitaires sont longues et opaques, la surfacturation y est quasiment la règle ; les conflits d'intérêt et ententes délictueuses entre responsables des formations sanitaires et présidents des comités de gestion sont fréquents.

4. En 2006, Transparency International classait le secteur santé en 9<sup>ème</sup> position parmi les 20 secteurs les plus touchés par la corruption au Cameroun. Alors qu'un PNG est opérationnel depuis 2000 et que des expériences de viabilisation des districts de santé sont menées depuis les années 1990, les mécanismes de bonne gouvernance sont demeurés théoriques pour de nombreux acteurs du secteur santé et les expériences réussies de certains districts sont restées au stade de phase pilote. Une des principales causes de cette faillite est l'engagement mitigé des parties prenantes aux activités des comités de santé [Rapport d'évaluation SSS]. L'analyse de la performance des districts de santé dans le cadre du Concours Qualité 2007 note que les composantes de gouvernance sont les plus mal cotées et qu'il existe une association entre le score total d'un district et son score relatif aux composantes de gouvernance.

5. Par ailleurs, alors que 40% des camerounais vivent en dessous du seuil de pauvreté monétaire, les ménages camerounais payent plus de 80% de la facture pour soins et services de santé sous forme de paiements directs à hauteur de 93,7% lors des épisodes de maladie. Ces dépenses sont effectuées dans les districts de santé dont la gestion placée sous la responsabilité de comités de gestion des districts et des hôpitaux de district théoriquement constitués des parties prenantes. La planification des activités de santé relève théoriquement des comités de santé existant au niveau de l'aire de santé et au niveau du district. Le but de ces comités est de garantir une bonne gouvernance du système de santé du district pour un accès équitable et en temps opportun aux soins et services de santé. Le montant annuel moyen par habitant de

la dépense de santé se trouve au dessus des seuils recommandés par la Commission Macroéconomie et Santé (\$US34) (OMS 2001), cette dépense ne se traduit malheureusement pas dans les indicateurs de santé signe d'une inefficience de la dépense imputable à la mauvaise gouvernance du système de santé dont une des conséquences est la régression du Cameroun au 153<sup>ème</sup> rang dans le rapport mondial sur le développement humain (PNUD 2009).

### **Qu'est-ce-que la Gouvernance ?**

6. USAID (Agence des Etats-Unis pour le Développement International) perçoit la gouvernance comme la capacité des gouvernements à gérer de manière efficace et transparente les affaires publiques avec la participation des citoyens. DFID (Département du Royaume-Uni pour le Développement International) définit la gouvernance comme étant le processus par lequel les institutions– exécutif, législatif, judiciaire, et militaire – agissent de manière interactive du niveau central au niveau local permettant à l'Etat, aux communautés et au secteur privé de développer une gestion transparente des affaires publiques (DFID 2001). Le PNUD (Programme des Nations-unies pour le Développement) considère la gouvernance comme « la gestion économique, politique et administrative d'un pays à toutes les échelles ». Pour les ONG (Transparency International, 2006), la gouvernance peut être définie comme une méthode de régulation, un processus de coordination d'acteurs, de groupes sociaux, d'institutions, qui coopèrent pour atteindre des buts propres discutés et définis collectivement dans des environnements fragmentés et incertains.

7. La **bonne gouvernance**, processus multidimensionnel de gestion d'un pays et capable de promouvoir un environnement incitatif au bénéfice de l'ensemble des partenaires, est prônée par la Banque Mondiale pour définir les critères d'une bonne administration publique dans les pays soumis à des programmes d'ajustements structurels (Banque Mondiale, 2000). Elle inclut des réformes institutionnelles visant une lisibilité accrue de l'action publique, un plus grand sens de la responsabilité parmi les dirigeants et la mobilisation des compétences en matière de gestion. Les partisans du pouvoir déconcentré et décentralisé justifient la gouvernance par une totale prise de pouvoir et de contrôle par les communautés locales dans la gestion des services sociaux. Parmi les indicateurs définis pour rendre compte des efforts des pays dans le domaine de la bonne gouvernance, l'on note (i) le contrôle social, (ii) les mécanismes d'incitation à la gouvernance et à l'éthique, (iii) les mécanismes participatifs de planification, (iv) le suivi-évaluation et (v) le partenariat public-privé, intersectoriel ou inter-agence.

### **Pourquoi s'intéresser à la gouvernance dans les districts de santé?**

8. Le **concept gouvernance** est devenu proéminent dans l'agenda de la communauté internationale depuis la publication du rapport 2003 du PNUD sur le développement humain qui faisait la démonstration de l'étroite corrélation entre mauvaise gouvernance et faible indice de développement humain. La gouvernance est perçue dès lors comme essentielle pour améliorer la gestion des affaires publiques et garantir davantage d'équité dans l'accès aux services publics de base grâce notamment à la plus grande prise en compte et la participation des concernés. Les efforts pour une meilleure gouvernance et contre la corruption sont un moyen pour améliorer la performance du système de santé en particulier pour atteindre les OMD notamment ceux relatifs à la santé et à la lutte contre la pauvreté. En effet, la gravité de la mauvaise gouvernance et de la corruption dans le domaine de la santé au Cameroun comme ailleurs peut se résumer à son impact négatif sur (i) l'accès aux soins (retard dans l'accès, recours inefficaces et chers), (ii) la qualité des soins (motivation, mauvaise allocation des ressources), (iii) la mortalité (non-assistance à personne en danger de mort), (iv) la confiance dans le personnel de santé et (v) l'organisation du système de soins (non-respect des références).

### **Quelle est le cadre de la gouvernance du secteur santé au Cameroun?**

9. La Constitution du 18 janvier 1996 fait du Cameroun un état unitaire décentralisé dans l'assomption que la décentralisation favorise une participation effective et efficiente des populations à la gestion des affaires publiques. Le Programme National de Gouvernance (PNG) rattaché aux Services du Premier Ministre est opérationnel depuis 2000 avec pour mission de promouvoir une culture de responsabilité et de transparence dans la gestion des affaires publiques relatives au développement économique et

socioculturel. Le PNG est relayé depuis l'arrêté N° 0019/PM du 13 février 2003 par des comités ministériels de suivi dont les objectifs sont entre autres de i) promouvoir le partenariat entre secteurs public/privé/société civile et une culture de la responsabilité dans la gestion des affaires publiques, ii) d'améliorer la transparence de l'appareil d'Etat et iii) de lutter contre la corruption.

10. La loi cadre N°96/03 du 04 janvier 1996 d'orientation du secteur de la santé consacre la décentralisation de la mise en œuvre des interventions de santé publique avec le district de santé comme l'unité opérationnelle selon l'approche dite de réorientation des soins de santé primaire. Conçue dans l'esprit de la Déclaration d'Alma Ata (1978) et des engagements régionaux du Conseil des Ministres de la Santé de la région africaine de l'OMS de Lusaka (1987) et de l'initiative dite de Bamako, l'objet de la politique nationale de santé est l'amélioration de l'état de santé des populations par l'accroissement de l'accessibilité universelle aux soins de santé intégrés de qualité avec la pleine participation des communautés à la gestion et au financement des activités de santé. Le district de santé constitue donc la pierre angulaire de la pyramide sanitaire nationale. Le principe fondateur du système de santé du district est la **participation communautaire** à la conception, la planification, la mise en œuvre et le suivi-évaluation des activités sanitaires. Outre la promotion de la gestion décentralisée des services de santé visant la plus grande implication des communautés et les professionnels de la santé au financement et à la gestion des services, la loi consacre la nécessité de développer le partenariat entre les pouvoirs publics, les communautés bénéficiaires et tous les autres intervenants en matière de santé pour apporter des réponses plus rapides aux besoins des communautés, plus de transparence, plus de responsabilité et moins de corruption tout en améliorant les prestations des soins et services de santé.

11. La **décentralisation des services publics de santé** s'inscrit dans la Constitution de 1996 qui consacre un titre entier aux collectivités territoriales décentralisées de la République et qui constitue la fondation des lois sur la décentralisation promulguées le 22 juillet 2004. Le projet politique du Chef de l'Etat fait de la promotion de la démocratie locale, l'avènement d'une administration locale performante, le renforcement de l'autonomie communale et la garantie de la pleine participation des citoyens à la gestion des communes des priorités. Les principes gouvernant la mise en œuvre du processus de décentralisation sont la non dissociation de la réforme globale de l'État, la décentralisation comme vecteur du changement social, la déréglementation préalable des activités économiques et sociales et la pérennité. La réforme de l'administration locale devrait concerner le mode de désignation de l'exécutif local, l'autonomie fonctionnelle et la décentralisation, synonyme de participation effective et efficace des populations à la gestion des affaires publiques et facilitation de l'émergence de la démocratie locale. Le processus de décentralisation se fonde sur les principes de subsidiarité, d'égalité et de progressivité ; chaque niveau de bien commun doit être géré par l'entité qui lui est le plus proche, tout ce qui ne peut être géré efficacement à ce niveau doit être transféré au niveau supérieur. En raison des faibles ressources des collectivités territoriales décentralisées, le principe de subsidiarité appelle une application pragmatique, la répartition des compétences dépend ainsi de la capacité effective des collectivités à les exercer d'où l'exigence d'une application progressive. Le principe d'égalité ordonne que des collectivités territoriales de même catégorie reçoivent de l'Etat les mêmes compétences quelque soit leur taille ou leur viabilité économique.

12. Dans le **domaine de la santé**, le transfert concerne entre autres la création, l'équipement, la gestion et l'entretien des centres de santé d'intérêt communal ou régional conformément à la carte sanitaire ; la participation à l'organisation et à la gestion de l'approvisionnement des médicaments, réactifs et dispositifs médicaux essentiels en conformité avec la politique nationale de santé ; l'organisation et la gestion de l'assistance au profit des nécessiteux. Pour assurer les prestations de services et soins de santé nécessaires à la production des résultats qui vont contribuer à l'atteinte de ces OMD, le principal outil de production est le **district de santé viable (DSV)** dont l'optimisation du fonctionnement est essentielle. Parce que le district est l'interface entre les populations et le secteur de la santé, il est le site préféré des interventions des partenaires au développement et des organisations non gouvernementales. Pour qu'un district de santé soit viable, il doit disposer d'un réseau de formations sanitaires dont les infrastructures et les équipements répondent aux normes en vigueur, et d'un personnel quantitativement et qualitativement

conforme aux exigences qu'impose, selon le contexte, la mise en œuvre d'un Paquet Minimum d'Activités et d'une Paquet Complémentaire d'Activités. **La viabilisation du district de santé** est le processus à travers lequel chaque district de santé doit atteindre son autonomie technique, économique et institutionnelle. **L'autonomie technique** consiste en la capacité du système de santé de District à délivrer des services et soins de qualité au regard des préoccupations et des attentes des populations et du personnel. **L'autonomie économique** consiste en la capacité des éléments du système de santé de district de couvrir tous les coûts, individuellement et collectivement, avec les recettes propres et les autres sources de financement. **L'autonomie institutionnelle** consiste en la capacité des parties prenantes à gérer le district de santé chacun en fonction de son rôle. Toutefois, les principes fondateurs des soins de santé primaires - participation communautaire, action multisectorielle, sélection et disponibilité des technologies appropriées, équité et justice sociale- demeurent sacrés.

13. Le **cadre législatif et réglementaire** de la gouvernance du secteur de la santé au Cameroun et des districts de santé en particulier est riche de plus d'une douzaine de textes dont le:

i) Décret N° 68-Df-419 du 15 octobre 1968 fixant l'organisation structurelle et le fonctionnement organique des formations sanitaires hospitalières au Cameroun ; en décrivant le fonctionnement des hôpitaux du premier au dernier échelon de la structure hospitalière selon une hiérarchisation géographique et médico technique, ce texte antérieur à la Déclaration d'Alma Ata, de l'Initiative de Bamako ne comporte pas de référence à la participation communautaire ni à la notion de comité de gestion.

ii) Décret N° 93-229-PM du 15 mars 1993 fixant les modalités de la gestion des recettes affectées aux formations sanitaires publiques pour leur fonctionnement. Ce décret crée des comités de gestion dont les membres sont représentants de la communauté, des prestataires de soins, des maires des communes couvertes par l'hôpital, et des représentants des administrations de la santé et des finances.

iii) Décret N° 94/303/PM du 14 juin 1994 fixant les modalités d'attributions des quote-parts sur les cessions onéreuses à certains personnels médicaux et paramédicaux exerçant dans les formations sanitaires publiques. Ce décret en ses articles 5, 6, et 7 définit les modalités d'octroi des quote-parts aux bénéficiaires, prévoit un appui aux actions d'amélioration du rendement et de la production dans certaines formations sanitaires publiques et les modalités de financement et de gestion du fonds de solidarité.

iv) Décret N° 95/013 du 7 février 1995 portant organisation des services de santé de base en district de santé. Ce décret en son article 2 stipule que le district de santé constitue une entité socio-économique assurant des prestations de soins de bonne qualité accessibles à tous, avec la pleine participation des bénéficiaires. L'article 3 fait également mention de l'intégration des structures de dialogue et de participation communautaire dans le district de santé

v) Loi N° 96/03 du 04 janvier 1996 portant Loi-cadre dans le domaine de la santé, outre l'objectif de la politique nationale de santé qui est d'améliorer l'état de santé des populations grâce à l'accroissement de l'accessibilité universelle aux soins intégrés et de qualité avec la pleine participation des communautés à la gestion et au financement des activités de santé, cette loi prévoit la promotion de la gestion décentralisée des services de santé afin de : (i) impliquer davantage les communautés et les professionnels de la santé au financement et à la gestion des services, (ii) rationaliser le système de gestion sanitaire et du financement du secteur à travers le développement du partenariat entre les pouvoirs publics, les communautés bénéficiaires et tous les intervenants en matière de santé, (iii) mobiliser des ressources supplémentaires et, (iv) maîtriser les dépenses.

vi) Arrêté N° 35-A-MSP-CAB du 08 octobre 1999 fixant les modalités de création, d'organisation et de fonctionnement des districts de santé. Les articles 2 et 4 prévoient que le district de santé correspond à une unité administrative et peut couvrir plusieurs arrondissements. Pour que son fonctionnement soit effectif, une commission constituée de représentants de la communauté, des responsables sanitaires, des collectivités locales décentralisées et de l'administration territoriale émet son avis avant toute décision d'implantation d'un district de santé. Par ailleurs des notes ministérielles organisent les comités de santé et les comités de gestion au niveau de l'aire de santé, du district de santé et de la région.

### **Qui finance les dépenses de santé au Cameroun ?**

14. Le financement de la santé au Cameroun repose sur l'Etat et ses partenaires et surtout les ménages (plus de 80% de la dépense de santé dont 93,7% sous forme de paiements directs lors des épisodes de maladie). Les dépenses sont effectuées au niveau des districts de santé dont la gestion est assurée par des comités de gestion garants de la bonne gouvernance au sein du système de santé du district. Le niveau de dépenses annuelles de santé par habitant du Cameroun largement au dessus du minimum recommandé de 34USD/an/habitant par la Commission Macroéconomie et Santé (OMS 2001) ne se reflète malheureusement pas dans ses indicateurs de santé essentiellement en raison d'une inefficience de la dépense qui fait que les médicaments et les technologies sanitaires représentent plus de 80% des 6% de PIB dépensé pour la santé.

### **Qui sont les acteurs de la gouvernance au niveau du district de santé ?**

15. Selon l'arsenal législatif et réglementaire, les acteurs de la gouvernance au niveau du district de santé sont les autorités administratives notamment les responsables locaux de l'Administration Territoriale et des Finances, les responsables locaux de l'éducation, des affaires sociales, de la promotion de la femme et de la famille, de l'eau, du développement rural ; les prestataires de soins et services de santé relevant de l'Etat, des organisations à but non lucratif et du secteur privé lucratif ; les représentants des communautés organisées en associations, GIC et autres comités de développement, les élites politiques, les autorités traditionnelles. Au niveau provincial, le fond de solidarité pour la promotion de la santé, les comités provinciaux de lutte contre les endémies, au niveau des districts : le comité de gestion du District, le comité de santé du District ; au niveau de l'aire de santé, le comité de santé de district.

### **Quelles sont les manifestations de la mauvaise gouvernance dans le secteur santé ?**

16. L'évaluation à mi-parcours de la stratégie 2001-2010 note pour le regretter que les mécanismes de bonne gouvernance sont demeurés théoriques pour de nombreux acteurs du secteur santé et la mise en œuvre des interventions de promotion de la gouvernance est demeurée au stade de phases pilotes dans certains districts sans passage à l'échelle des bonnes pratiques notamment en matière de planification, de contrôle social et de monitoring-évaluation. Les structures de dialogue mises en place sont jugées par les parties prenantes comme étant insuffisamment outillées pour assumer leurs missions et rôles. L'analyse de la performance des districts dans le cadre du Concours Qualité 2007 note que les composantes de gouvernance sont les plus mal cotées et qu'il existe une association entre le score total d'un district et son score relatif aux composantes de gouvernance. L'engagement des parties prenantes notamment les acteurs de la société civile et les représentants communautaires demeure limité aux seules activités de mobilisation sociale lors des campagnes ponctuelles organisées par les responsables des services de santé déconcentrés.

17. La **performance du secteur santé est minée par la mauvaise gouvernance** essentiellement suivant trois dimensions : (i) les dessous de table et paiements informels qui pèsent disproportionnellement sur les ménages surtout les plus pauvres; (ii) les pratiques irrégulières d'approvisionnement, la vente illicite de médicaments, la surfacturation qui aboutissent à une inflation des coûts de production des soins que le patient doit supporter et (iii) une approche administrative focalisée sur les contrôles, la gestion non transparente des ressources humaines combinée aux faibles salaires qui conduisent fréquemment les acteurs à l'abus multiforme des biens publics. **En matière de corruption à l'hôpital public**, les pratiques déplorables sont multiples : le racket (l'extorsion de fonds par intimidation, terreur ou chantage), les paiements officieux dans les services publics – la principale manifestation de la corruption dans le secteur santé selon ECAM II réalisée par l'INS 2003 était le paiement involontaire des frais médicaux non réglementaires, les facturations non enregistrées (ou partiellement sur le « carbone »), les surfacturations pour des services complémentaires réels ou supposés (au prétexte de rapidité ou de qualité), le paiement pour un service qui en fait n'a pas été réalisé (par exemple des résultats donnés alors que les analyses n'ont même pas été faites), les services officiellement gratuits (moustiquaires, test VIH) ou subventionnés (examens laboratoires pour les PVVIH) peuvent devenir payants officieusement et la délivrance de faux certificats médicaux. *Cette corruption multiforme a*

fait classer le secteur santé en 9<sup>ème</sup> position parmi les 20 secteurs les plus touchés au Cameroun dans le classement 2006 de Transparency International. Cependant, il demeure difficile d'évaluer son ampleur car elle porte en général sur de petits montants (parfois sur des montants nettement plus grands). Son impact est particulièrement négatif sur l'accès aux soins en raison de son caractère aléatoire, répétitif, touchant souvent les plus vulnérables. Elle décourage ou retarde le recours aux soins voire l'oriente de manière peu rationnelle.

17. L'enquête sur l'accessibilité et les déterminants du recours aux soins et médicaments (RSM 2004) révèle que 10% des consultations sont payées directement au personnel et non à la caisse et que ces factures seraient en moyenne 45% plus chères que les prix affichés. La pratique privée officieuse ou le double exercice entraîne une perte de revenus pour la formation sanitaire et constitue une source de revenus pour le personnel. Le double exercice favorise par ailleurs l'absentéisme dans les formations sanitaires publiques et contribue à «drainer» les patients de la formation sanitaire publique vers des structures privées formelles ou informelles. Les différents paiements directs (officiels, supplémentaires, pour un service privé dans l'hôpital, pour un service privé hors hôpital) absorbent une part importante des dépenses de santé des ménages. L'enquête RSM 2004 observe que «le problème d'argent est la principale difficulté rencontrée» et, l'automédication et l'abstention thérapeutique s'expliquent surtout par « le manque d'argent ».

18. Au **niveau du service de santé du district**, la faillite de la gouvernance s'articule autour des trois principaux groupes d'acteurs - décideurs, prestataires, bénéficiaires - selon le niveau de responsabilité, le rôle et les interactions entre les structures et leur système de fonctionnement. Le rapport final du Concours Qualité 2007 révèle que sur 178 districts de santé visités, moins de 20% font référence aux bonnes pratiques de gouvernance notamment sur les mécanismes d'incitation à la gouvernance et à l'éthique, la participation communautaire (5%), le monitoring-évaluation (13%) et le partage du risque (5%). Les conflits d'intérêt non déclarés et les ententes délictueuses détériorent la qualité des délibérations entre les prestataires dirigeants d'établissements de santé et les représentants des communautés et administrations siégeant dans les comités de santé et les comités de gestion au niveau provincial, du district et des aires de santé. Les procédures de passation des marchés sur les fonds issus de l'administration centrale et les ressources générées localement ne sont pas toujours transparentes.

### **Quelles sont les causes de l'échec des programmes de gouvernance dans le secteur santé?**

19. La corruption se développe particulièrement dans le domaine de la santé pour un certain nombre de raisons assez connues ailleurs et qui s'appliquent aussi fort bien au Cameroun : (i) l'importance des financements publics en jeu (7,9 % des dépenses publiques), (ii) la complexité du financement (multiples sources, bailleurs, fonds), (iii) l'importance des relations entre le secteur public et privé (partage des tâches), (iv) le poids des achats de matériels et de produits (fournisseurs privés), (v) l'importance et la complexité des réglementations (médicaments, pratiques médicales), (vi) la part prépondérante des paiements directs par les ménages (93,7 % des dépenses de santé), (vii) l'asymétrie d'information entre le patient et les prestataires (le patient n'est pas toujours en mesure de contrôler le service), (viii) l'obligation de moyens et non de résultat (résultats difficiles à imputer).

20. La mise en œuvre des interventions de promotion de la bonne gouvernance au Cameroun, comme dans d'autres pays africains, tarde à produire des résultats escomptés notamment en raison de nombreuses insuffisances décrites par Bossert et Thomas (2008) notamment l'insuffisance quantitative et qualitative des ressources humaines, la difficulté pour la communauté à jouer un rôle déterminant dans la prise de décision au niveau des comités de gestion et l'absence de clarté des rôles des acteurs politiques locaux, des partenaires privés et des bénéficiaires. Pour Derick et Brinkerhoff (2007), l'absence de transparence et de responsabilité, le poids et la forte centralisation de l'administration peuvent entraver le processus de gouvernance soit du fait des rôles et responsabilités des trois principaux groupes d'acteurs que sont les décideurs/gestionnaires, les prestataires et les bénéficiaires soit du fait des rapports, des structures et des procédures qui les mettent en relation.

21. Au Cameroun, si historiquement il n'est pas aisée de situer dans le temps et de manière absolue la

tournure dramatique qu'a prise la corruption spécifiquement dans le secteur de la santé, force est de constater que la plupart des études situe son explosion lors de la période de crise économique 1986-1994 qui a entraîné une réduction drastique des salaires et avantages servis aux soignants (de l'ordre de 70% en 1993) et entamé fortement le pouvoir d'achat des ménages. Les études sur la gestion des personnels dans le secteur de la santé (Maia Ambegaokar, 2004) et sur la réforme hospitalière (Balique, 2003) relèvent que les bas salaires du personnel sont généralement perçus comme un des motifs de l'absence de motivation et comme des racines certaines des pratiques de corruption, de l'absentéisme et du mauvais accueil réservé aux usagers. Les usagers des services sanitaires notent dans l'enquête de suivi des dépenses publiques et de la satisfaction des bénéficiaires (INS, 2006) que (i) la rémunération du personnel de la santé est globalement insatisfaisante en termes de salaire et de primes diverses, (ii) en matière de fréquentation des formations sanitaires, 55,6% des habitants des grandes villes préfèrent fréquenter les formations sanitaires privées et curieusement, 94% de personnes interrogées se disent satisfaites de la qualité de la consultation dans le secteur privé contre 85% dans le secteur public. Si l'indice global de satisfaction en termes de qualité de l'accueil est de 90%, il est de 88% dans les formations sanitaires publiques contre 97% dans les formations sanitaires privées. La corruption et la mauvaise gouvernance prennent également racines dans la faible représentativité des communautés dans les structures de prise de décision; l'absence des mesures incitatives pour les membres des structures de dialogue; la faible représentativité de la société civile dans les structures de prise de décision dans les formations sanitaires; l'absence de critères réglementaires ou institutionnels dans le choix des acteurs siégeant dans les structures de dialogue et le faible niveau d'implication des structures de dialogue dans les processus de planification et de gestion du système de santé de district; l'absence de coordination intersectorielle et inter-agence.

22. Une liste de facteurs qui constituent le terreau de la mauvaise gouvernance dans le secteur de la santé au Cameroun sont : (i) les attermolements de la mise en œuvre d'un cadre réglementaire de la participation communautaire, (ii) l'inadéquation entre les dispositifs réglementaires et les pratiques en vigueur dans le processus gestionnaire des districts de santé notamment la sous utilisation des textes réglementaires et la non application des manuels de procédures, (iii) la faible dissémination des textes réglementaires et législatifs auprès de toutes les parties prenantes, (iv) l'absence de mécanismes obligeant à la transparence dans les procédures d'utilisation des recettes affectées, (v) le faible niveau de couverture géographique et populationnelle des mécanismes de partage du risque maladie, (vi) la faible implication des collectivités territoriales décentralisée dans le financement et la planification du secteur santé, (vii) la faiblesse des dispositifs de suivi-évaluation y compris des mécanismes d'audit et de transparence, (viii) le faible sens de l'obligation de rendre compte aux structures de dialogue et (ix) les insuffisances de la régulation et supervision.

23. D'autres insuffisances du secteur entravent à la fois la gouvernance et la viabilisation du district de santé. L'évaluation à mi-parcours de la SSS (2001-2010) note ainsi : (i) la faible performance du système d'informations sanitaires, (ii) l'absence d'une carte sanitaire opérationnelle pour le développement approprié de l'offre des services et soins de santé, (iii) l'inexistence de cadre de collaboration entre les intervenants du secteur, (iv) la forte centralisation de la gestion des ressources publiques dans le secteur, (v) la faible utilisation des structures publiques de soins, (vi) l'organisation insuffisante des soins de santé primaire en milieu urbain, (vii) le faible développement du système de référence/contre-référence et (viii) la prédominance du paiement direct des soins au moment des épisodes de maladie. Comme dans d'autres pays africains, le secteur de la santé est confronté aux faiblesses invariables que sont au niveau des prestataires, (i) la confusion des rôles des différents prestataires dans le processus gestionnaire, (ii) la désignation administrative des représentants les populations, (iii) l'absence d'indépendance financière des structures de dialogues vis-à-vis de la bureaucratie sanitaire, (iv) l'opacité des textes quant à la définition des rôles des différents partenaires et (v) la faible coordination intersectorielle ; au niveau des bénéficiaires, l'absence des mécanismes clairs de désignations des membres dans les comités de gestion, la faible représentativité de la communauté dans la prise des décisions, le suivi-évaluation, la planification des activités, la difficulté à réglementer les normes de transparence, de traçabilité dans la production et la

gestion des districts de santé ainsi que la faiblesse des mesures incitatives perturbent la mise en œuvre optimale des interventions de viabilisation des DS. L'information sanitaire demeure un maillon faible en raison de la mauvaise performance du système d'informations sanitaires qui ne permet pas d'apprécier exactement les performances dans la mise en œuvre de la SSS, cet état de fait constitue un sérieux handicap pour le déploiement d'un système de suivi/évaluation intégré de la mise en œuvre de la SSS. De plus, l'absence d'une carte sanitaire opérationnelle reste un handicap pour le développement approprié de l'offre des services de soins de santé tel que prévu dans la SSS.

24. Si un cadre de collaboration entre le Ministère de la Santé publique et les autres acteurs existent, il n'existe toujours pas de cadre de collaboration entre les intervenants du secteur, le statut ambigu du Ministère qui agit à la fois comme prestataire et régulateur affaiblit les fonctions de régulation, d'inspection, de supervision, de suivi et d'évaluation. En termes de ressources humaines, le déficit, tant quantitatif que qualitatif, en ressources humaines reste une préoccupation majeure voire une menace à la réussite de la mise en œuvre de la SSS, les efforts actuels de mise à niveau des effectifs demeurant largement en deçà des besoins. Malgré l'existence d'un cadre législatif et réglementaire visant à rendre la gouvernance effective dans les districts de santé depuis la Déclaration de Politique de Réorientation des Soins de Santé Primaire, les pratiques qui y sont observées ne sont toujours pas en adéquation avec les textes en raison entre autres du faible engagement de certaines parties prenantes dont la société civile et les communautés locales, le caractère désuet de certains textes dans l'environnement actuel de promotion de la bonne gouvernance et de décentralisation mais aussi de la difficile application des dispositifs législatifs et réglementaires.

25. En conclusion, le diagnostic consensuel effectué dans le cadre de l'actualisation de la SSS pour l'arrimer à l'agenda 2015 et la transition vers le SWAP relève que : (i) la participation communautaire dans le processus gestionnaire est entravée par l'inexistence d'un cadre juridique encadrant l'engagement des communautés dans les comités de gestion des districts, (ii) la représentativité des communautés dans les structures de dialogues demeure faible, (iii) l'opacité des choix de certains acteurs sociaux pour participer aux instances de décision ainsi que (iv) la persistance des paiements directs qui favorisent des comportements mercantiles au sein des formations sanitaires.

**Existent-ils des interventions efficaces pour stimuler l'engagement des parties prenantes pour améliorer la gouvernance et accélérer la viabilisation des districts de santé ?**

**Option I : renforcement des mécanismes de contrôle social**

26. Il s'agit de rendre disponible au plus grand nombre des acteurs du développement au niveau local, les informations relatives à l'état de santé des populations, aux déterminants de la santé, aux ressources disponibles et de permettre aux acteurs locaux tels que les élites politiques, l'exécutif communal, les associations et ONG, les chefs traditionnels de participer aux processus de définition des priorités, de planification, de budgétisation et de suivi-évaluation de la mise en œuvre des interventions de santé dans le district grâce à l'organisation régulière de forum délibératif, de processus de consultation des parties prenantes et la possibilité d'interpellations de la bureaucratie sanitaire locale par les populations bénéficiaires/membres des comités. Certains des **obstacles identifiés à la mise en œuvre** sont la résistance au changement parmi les prestataires et les membres des comités de gestion et les conflits d'intérêt et ententes délictueuses entre prestataires de soins et les membres des comités de gestion. Les **stratégies de mise en œuvre potentielles sont**: la formation, sensibilisation des acteurs concernés sur les enjeux et défis de la gouvernance et de la viabilisation des districts de santé, ses effets bénéfiques et les conséquences de la mauvaise gouvernance dans le secteur santé ; la mise en place d'instances consultatives sur l'éthique, la promotion de l'équité et le suivi-évaluation des interventions ; le renforcement des capacités des communautés à s'engager ou à travailler pour les questions de promotion de la santé ; le renforcement des capacités des prestataires à interagir de manière transparente et responsable avec les communautés et le renforcement du Système National d'Information Sanitaire notamment dans le partage des informations avec la société civile

## **Option 2 : Promotion des mécanismes de mutualisation du risque maladie**

27. En réduisant les paiements directs lors des épisodes de maladie, les opportunités de corruption seront réduites et l'existence d'un tiers payeur introduira un témoin capable de devenir régulateur de la relation soignant soigné en corrigeant l'asymétrie d'information prédominante dans le secteur. Certaines **barrières potentielles à la mise en œuvre sont** les insuffisances du cadre de promotion de la mutualisation du risque maladie, la méconnaissance et la suspicion vis-à-vis des Mutuelles de Santé, le taux élevé de pauvreté monétaire estimé en moyenne nationale à 40% de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté et ne pouvant pas payer les primes d'adhésion et les cotisations annuelles. Quelques unes des **stratégies efficaces sont** l'information, l'éducation et la communication sur les avantages de la mutualisation du risque maladie comme moyen de lutte contre la pauvreté et outil pour relancer la croissance économique ; l'engagement des collectivités territoriales décentralisées dans la mise en place des mutuelles et des fédérations des mutuelles de santé ; les subventions pour réduire les barrières financières à l'adhésion dans les mutuelles de santé pour les populations vulnérables et la promotion d'une assurance maladie sociale nationale.

### **Considérations de mise en œuvre**

28. La mise en œuvre des options stratégiques retenues ci-dessus nécessite de prendre en compte certaines réalités locales et les bases factuelles relatives à l'introduction d'une réforme dans un système de santé. Avec l'application des lois sur la décentralisation, il est urgent **réviser et diffuser l'arsenal réglementaire de collaboration qui encadre les structures de dialogue au niveau des districts de santé** afin de redéfinir la composition des différents comités, leur statut, rôles et responsabilités vis-à-vis des municipalités et de l'exécutif communal. Parmi les obstacles à affronter, l'on peut citer la lenteur administrative, les réticences des acteurs tirant bénéfice de la situation actuelle, la difficile collaboration inter sectorielle et les conflits d'autorité/compétence entre administrations. Pour y faire face, le plaidoyer auprès des acteurs, la sensibilisation des bénéficiaires et des actions d'IEC sont incontournables. **Des actions d'information, éducation et communication** destinées aux parties prenantes à travers les médias, des ateliers de formation, des brochures peuvent contribuer à stimuler l'engagement des parties concernées aux questions de développement sanitaire et de sa gouvernance. **Le renforcement du contrôle social** exige la création et la mise en œuvre de conditions favorables à la collaboration entre les prestataires, les décideurs et les bénéficiaires en cohérence avec les directives opérationnelles actualisées sur les structures de dialogue. La mise à jour du cadre de la gouvernance devrait prévoir entre autres une évaluation de la satisfaction des bénéficiaires, les conditions du choix des représentants des parties prenantes y compris la société civile, les garanties de leur représentativité, de leur liberté/autonomie financière vis-à-vis de la bureaucratie sanitaire du district. **Les procédures de décision et de gestion des ressources des districts de santé** méritent d'être actualisées pour plus de transparence, plus de participation des communautés à la planification et au suivi-évaluation des activités de développement sanitaire. Les comités de santé et les comités de gestion sans voix quand aux choix des mécanismes d'évaluation, sanctions et motivation du personnel demeureront inopérants quant à l'amélioration de la gouvernance.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Arrendo A, Orozo E, (2006). *Effects of health decentralization, financing and governance in Mexico*, *Centro de Investigacion en Sistema de Salud*, 40(1):152-60
2. Atkinson S, Haran D, (2004). *Back to basics: does decentralization improve health system performance? Evidence from Ceara in north-east Brazil*, *Bulletin of WHO*, 82:822-827
3. Bossert T (1998). *Analysing the decentralization of health systems in developing countries: decision space, innovation and performance*. *Social Sciences and Medecine*, 47:1513-1527
4. Bossert T, Beauvais J.C (2002). *Decentralization of health in Ghana, Zambia, Uganda and the Philippines: A comparative analysis of space*. *Health Policy and Planning*, 17(1):14-31
5. Gilson L (2007). *What sort of stewardship and health system management is needed to tackle health inequity and how can it be developed and sustained?* Center of Health Policy, University of Witwatersand, South Africa
6. Hutchinson P, Akin J, Ssengooba F (2003). *The impacts of decentralization on health behaviors in Uganda*, *Carolina Population Center University of North Carolina*.
7. Lomas J, Woods J, Veenstra G (1997). *Devolving Authority for Healthcare in Canada's provinces:(1) an introduction to the issues*, *Can Med Assoc J*.156:371-7
8. Lomas J, Woods J, Veenstra G (1997). *Devolving Authority for Healthcare in Canada's provinces:(2) Backgrounds, resources and activities of board members*, *Can Med Assoc J*. 156: 513-20
9. Lomas J, Woods J, Veenstra G (1997). *Devolving Authority for Healthcare in Canada's provinces:(3) Motivation, attitudes, and approaches of board members*, *Can Med Assoc J*. 156: 669-76
10. Lomas J, Woods J, Veenstra G (1997). *Devolving Authority for Healthcare in Canada's provinces: (4) Emerging issues and prospects*, *Can Med Assoc J*. 156:817-23
11. Macwangi M, Ngwengwe A (2004). *Effectiveness of District Health Boards in Interceding for the Community*. The Institute of Economic and Social Research, University of Zambia
12. MINATD, (2006). *Mise en œuvre de la décentralisation au Cameroun: problèmes, défis et stratégies*.
13. MINSANTE, (2003). *Rapport d'étape de la consultation d'appui à la réforme hospitalière au Cameroun*.
14. MINSANTE, (2004). *Rapport sur le recours et l'accès aux soins et aux médicaments au Cameroun*.
15. MINSANTE, (2006). *Rapport d'évaluation à mi-parcours de la stratégie sectorielle de santé 2001-2010*.
16. MINSANTE, (2007). *Stratégie de lutte contre la corruption et indicateurs de gouvernance dans le secteur de la santé*.
17. MINSANTE, (2008). *Rapport final SQI 2007, Cameroun*.
18. MINSANTE, (2009). *Document de stratégie sectorielle de la santé (2001-2015)*.
19. *Programme National de Gouvernance, (2004) Cameroun: Les chantiers de la gouvernance*.
20. *Transparency International, (2006). Report on Corruption in Cameroon*.
21. *UNDP, (2009). Human Development Report 2008-2009*.
22. *USAID, (2008). What do health professionals think about good governance practices?*
23. *USAID, (2008). Health Governance: Concept, Experience, and Programming options*.
24. *USAID, (2008). Decentralization and Governance in Health*.
25. *World Bank, (2001) Decentralization and Governance: Does decentralization improve public service delivery?N° 55*
26. *World Health Organization, (2001). Report of the Commission on Macroeconomics and Health*.
27. *World Health Organization, (2007). Report of the Commission on Social Determinants of Health*.