

**REPUBLIQUE DU CAMEROUN**

*Paix - Travail - Patrie*

**INSTITUT NATIONAL  
DE LA STATISTIQUE**



**REPUBLIC OF CAMEROON**

*Peace - Work - Fatherland*

**NATIONAL INSTITUTE  
OF STATISTICS**

**2<sup>E</sup> ENQUÊTE SUR LE SUIVI DES DÉPENSES PUBLIQUES ET LE  
NIVEAU DE SATISFACTION DES BÉNÉFICIAIRES DANS LES  
SECTEURS DE L'ÉDUCATION ET DE LA SANTÉ AU CAMEROUN  
(PETS2)**

**Rapport principal**

**Volet SANTE**

***Décembre 2010***

## SOMMAIRE

<b>SOMMAIRE</b> .....	<b>i</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX</b> .....	<b>iv</b>
<b>LISTE DES GRAPHIQUES</b> .....	<b>vii</b>
<b>LISTE DES ENCADRES</b> .....	<b>vii</b>
<b>SIGLES ET ABBREVIATIONS</b> .....	<b>viii</b>
<b>AVANT PROPOS</b> .....	<b>ix</b>
<b>RESUME EXECUTIF</b> .....	<b>x</b>
<b>CHAPITRE 1 : CONTEXTE, OBJECTIFS ET METHODOLOGIE DE L'ETUDE</b> .....	<b>1</b>
<b>1.1 Contexte de l'étude</b> .....	<b>1</b>
<b>1.2 Objectifs de l'étude</b> .....	<b>2</b>
1.2.1 Objectif général.....	2
1.2.2 Objectifs spécifiques.....	2
<b>1.3 Approche méthodologique de l'étude</b> .....	<b>2</b>
1.3.1 Champ de l'enquête.....	2
1.3.2 Sources de données.....	3
1.3.2.1 Sources primaires.....	3
1.3.2.2 Sources secondaires.....	3
1.3.3 Plan de sondage.....	4
1.3.3.1 Approche méthodologique de tirage des échantillons.....	4
1.3.3.2 Stratification.....	4
1.3.3.3 Taille de l'échantillon.....	5
1.3.3.4 Tirage des échantillons.....	5
1.3.3.5 Tirage de l'échantillon des bénéficiaires ménages.....	5
1.3.3.6 Tirage de l'échantillon des formations sanitaires.....	7
1.3.3.7 Echantillons au niveau intermédiaire (services déconcentrés).....	7
1.3.4 Présentation de l'échantillon des formations sanitaires enquêtées.....	8
<b>CHAPITRE 2 : ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DU SYSTEME DE SANTE PUBLIQUE CAMEROUNAIS</b> .....	<b>9</b>
<b>2.1 Contexte de développement du secteur santé</b> .....	<b>9</b>
2.1.1 Situation démographique.....	9
2.1.2 Etat de santé de la population.....	9
<b>2.2 Présentation du système de santé publique</b> .....	<b>10</b>
2.2.1 Organisation et fonctionnement.....	10
2.2.2 Infrastructures sanitaires et accessibilité.....	11

2.2.3	La nouvelle stratégie de développement du secteur de la santé.....	12
<b>2.3</b>	<b>Les intervenants dans le secteur santé .....</b>	<b>13</b>
2.3.1	L'Etat.....	13
2.3.2	Les ménages /communautés.....	14
2.3.3	Le Privé.....	14
2.3.4	Les Partenaires internationaux.....	14
<b>2.4</b>	<b>Les ressources du secteur .....</b>	<b>14</b>
2.4.1	Ressources humaines .....	14
2.4.2	Ressources Financières.....	15
	<b>CHAPITRE 3 : DESCRIPTION DU CIRCUIT DE LA DEPENSE PUBLIQUE .....</b>	<b>17</b>
<b>3.1</b>	<b>La préparation du budget.....</b>	<b>17</b>
<b>3.2</b>	<b>L'exécution budgétaire.....</b>	<b>18</b>
<b>3.3</b>	<b>Les différents intervenants dans le circuit de la dépense .....</b>	<b>20</b>
	<b>CHAPITRE 4 : TRACABILITE DE LA DEPENSE PUBLIQUE.....</b>	<b>24</b>
<b>4.1</b>	<b>Le modèle conceptuel de la traçabilité.....</b>	<b>24</b>
<b>4.2</b>	<b>Allocation budgétaire et information préalable des ordonnateurs .....</b>	<b>26</b>
4.2.1.	L'allocation des ressources au secteur santé.....	26
4.2.2.	La préparation budgétaire et l'information préalable des ordonnateurs.....	27
<b>4.3</b>	<b>Aperçu de la traçabilité dans la gestion des ressources publiques en 2009 .....</b>	<b>28</b>
4.3.1	La disponibilité de l'information budgétaire .....	28
4.3.2	La gestion des ressources budgétaires.....	29
4.3.3	Les délais d'exécution budgétaire .....	31
4.3.4	Les taux d'exécution du budget.....	33
4.3.5	Les pertes de ressources enregistrées dans le circuit de la dépense.....	34
4.3.6	L'appréciation du fonctionnement des commissions des marchés.....	36
4.3.7	La gestion des subventions aux formations sanitaires privées.....	36
<b>4.4</b>	<b>Les principales difficultés rencontrées dans l'exécution budgétaire .....</b>	<b>37</b>
	<b>CHAPITRE 5 : LES CARACTERISTIQUES DE L'OFFRE DE SERVICES.....</b>	<b>39</b>
<b>5.1</b>	<b>Disponibilité des infrastructures et équipements de base .....</b>	<b>39</b>
5.1.1	Infrastructures de base.....	39
5.1.2	Equipement de base des formations sanitaires.....	40
5.1.3	Moyens de transport dans les formations sanitaires .....	41
5.1.4	Services de base dans les Formations sanitaires .....	42
<b>5.2</b>	<b>Ressources humaines et médicaments essentiels.....</b>	<b>43</b>
5.2.1.	Personnels des formations sanitaires.....	43
5.2.2.	Qualification du personnel consulté par les patients.....	43

5.2.3. Disponibilité des médicaments essentiels dans les formations sanitaires .....	44
<b>5.3 Supervision.....</b>	<b>45</b>
5.3.1. Services déconcentrés intermédiaires .....	45
5.3.2. Supervision dans les formations sanitaires.....	45
<b>CHAPITRE 6 : LES CARACTERISTIQUES DE LA DEMANDE DES SERVICES DE SANTE .....</b>	<b>47</b>
<b>6.1. Fréquentation des formations sanitaires de base.....</b>	<b>47</b>
<b>6.2. Consommation des services de santé .....</b>	<b>48</b>
<b>6.3. Appréciation de la qualité de la prise en charge.....</b>	<b>50</b>
<b>6.4. Appréciation de l'offre de services dans les formations sanitaires .....</b>	<b>51</b>
<b>6.5. Evaluation du niveau de satisfaction des bénéficiaires des services de santé.....</b>	<b>52</b>
<b>CHAPITRE 7 : ANALYSE DE L'EFFICACITE DU SYSTEME SANITAIRE DU CAMEROUN .....</b>	<b>57</b>
<b>7.1. Les visées de la réforme de l'organisation du système sanitaire.....</b>	<b>57</b>
<b>7.2. Problématique du financement de la santé au Cameroun .....</b>	<b>57</b>
<b>7.3. Implication de la société civile à l'exécution et au contrôle budgétaire .....</b>	<b>58</b>
<b>7.4. Consolidation du système d'information sanitaire.....</b>	<b>59</b>
<b>7.5. Offre et demande des services de santé .....</b>	<b>60</b>
7.5.1. Couverture sanitaire actuelle .....	60
7.5.2. Formation, déploiement et motivation du personnel de santé.....	63
7.5.3. Equipement des formations sanitaires .....	64
7.5.4. Disponibilité des médicaments .....	64
<b>7.6. Gouvernance hospitalière .....</b>	<b>64</b>
<b>7.7. Synthèse des principaux problèmes soulevés par les enquêtés .....</b>	<b>65</b>
<b>7.8. Recommandations .....</b>	<b>66</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>68</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>I</b>
<b>Annexe 1 : Problèmes soulevés par les enquêtés et leurs suggestions.....</b>	<b>I</b>
<b>Annexe 2 : Tableaux Supplémentaires.....</b>	<b>VI</b>
<b>Annexe 3 : Couverture médicale selon les régions.....</b>	<b>XVI</b>
<b>Annexe 3 : Liste des intervenants.....</b>	<b>XVII</b>

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Distribution spatiale de l'échantillon des ménages du PETS2.....	6
Tableau 2 : Distribution spatiale de l'échantillon des ménages du PETS2 par strate de résidence .....	6
Tableau 3 : Distribution spatiale de l'échantillon des Formations sanitaires par région et par ordre.....	7
Tableau 4 : Distribution spatiale de l'échantillon des structures déconcentrées à enquêter .....	8
Tableau 5 : Répartition des formations sanitaires enquêtées par région, par secteur et par catégorie....	8
Tableau 6: Les différents niveaux du système national de santé publique du Cameroun.....	10
Tableau 7: Capital physique pour l'offre des services et soins.....	11
Tableau 8: Synthèse du Système National de Santé.....	12
Tableau 9: Ratio Population/ structure sanitaire par région en 2009 .....	12
Tableau 10: Situation des indicateurs des ressources en 2009 par rapport aux normes de l'OMS.....	15
Tableau 11: Distribution du personnel médical et paramédical du système sanitaire public camerounais .....	15
Tableau 12: Evolution du budget du secteur de la santé (en milliards de FCFA).....	16
Tableau 13 : Evolution de la part du budget du secteur santé dans le budget de l'Etat .....	26
Tableau 14 : Pourcentage des responsables ayant déclaré avoir été associés à la préparation du budget de leur structure en 2009 .....	27
Tableau 15 : Principales situations considérées par les gestionnaires comme moyen de les associer à la préparation du budget de l'Etat par niveau .....	27
Tableau 16 : Pourcentage de responsables des structures du secteur de la santé informés de la dotation budgétaire avant l'arrivée des ressources .....	28
Tableau 17 : Proportion de responsables de structures de la santé ayant une information disponible sur leur budget 2009 .....	29
Tableau 18 : Pourcentage de gestionnaires de structures du secteur santé ayant déclaré avoir reçu des ressources en 2009.....	29
Tableau 19 : Proportion d'ordonnateurs ayant déclaré avoir reçu de l'administration en 2009 un montant des ressources correspondant à celui inscrit dans la loi des finances .....	30
Tableau 20 : Proportion de gestionnaires ayant retiré personnellement leurs autorisations de dépenses de fonctionnement .....	30
Tableau 21 : Types d'exécution du budget .....	31
Tableau 22 : Temps moyen écoulé entre le retrait des autorisations de dépenses de fonctionnement et l'exécution de celles ayant le montant le plus élevé selon le milieu d'implantation.....	32
Tableau 23 : Indicateurs de délais pour le budget d'investissement selon le milieu d'implantation .....	32
Tableau 24 : Taux d'exécution du budget de fonctionnement (base ordonnancement).....	33
Tableau 25 : Pourcentage des ressources déclarées perdues par les responsables des services déconcentrés de la santé pour prendre en charge des intervenants dans le circuit de la dépense.....	35

Tableau 26 : Pourcentage des responsables des formations sanitaires ayant perdues des ressources pour en charge des intervenants dans le circuit de la dépense selon leur milieu d'implantation .....	35
Tableau 27 : Quelques opinions des gestionnaires des formations sanitaires sur le fonctionnement de la commission de passation des marchés .....	36
Tableau 28 : Pourcentage des formations sanitaires disposant de certains services de base .....	40
Tableau 29 : Pourcentage des formations sanitaires disposant de quelques équipements médicaux ...	40
Tableau 30: Pourcentage des formations sanitaires disposant de quelques équipements médicaux (suite) .....	41
Tableau 31 : Pourcentage des formations sanitaires disposant d'électricité et d'eau courante .....	42
Tableau 32 : Effectif moyen du personnel de santé selon le statut et la catégorie de la formation sanitaire.....	43
Tableau 33 : Effectif moyen du personnel médical et paramédical par catégorie de la formation sanitaire.....	43
Tableau 34 : Répartition en % des malades selon la qualification du personnel consulté et la région ..	44
Tableau 35 : Supervision des services déconcentrés intermédiaires de la santé.....	45
Tableau 36 : Supervision des formations sanitaires selon la catégorie, le statut et le milieu d'implantation .....	46
Tableau 37 : Nombre moyen de patients reçus par jour dans les formations sanitaires.....	47
Tableau 38 : Répartition des patients par groupe socioéconomique suivant le milieu et le type de formation sanitaire visitée .....	48
Tableau 39 : Répartition(en %) des patients selon le motif de consultation, le milieu de résidence et le statut de la FS le milieu d'implantation .....	49
Tableau 40 : Dépense moyenne de la consultation dans les FS d'après les malades rencontrés sur place (en FCFA) .....	50
Tableau 41 : Appréciation des coûts de services reçus par les patients selon la catégorie de la Formation sanitaire (en %).....	50
Tableau 42 Qualification du personnel dans les F.S suivant le statut, la catégorie et le milieu d'implantation. ....	51
Tableau 43 : Répartition des ménages suivant leur appréciation sur l'état des locaux des FS visitées (en %).....	52
Tableau 44 : Liste préliminaire des variables retenues .....	54
Tableau 45 : Répartition des personnes selon leur niveau de satisfaction en offre de santé (en %) .....	56
Tableau 46: Evolution annuelle des dépenses par domaine d'intervention de la stratégie sectorielle de santé (en millions de FCFA) .....	58
Tableau 47: Situation des indicateurs de couverture sanitaire par habitant 2009 .....	60
Tableau 48: Situation des indicateurs de couverture médicale dans le sous secteur public.....	61
Tableau 49: Pourcentage des formations sanitaires disposant de services de base.....	VI

Tableau 50: Pourcentage des formations sanitaires disposant d'équipements de base par zone d'enquête .....	VII
Tableau 51: Répartition (en %) des bénéficiaires ménages suivant la catégorie et statut de la FS fréquenté et par région .....	VIII
Tableau 52: Répartition des patients selon le motif de consultation, la catégorie, le milieu d'implantation .....	IX
Tableau 53: Tarif moyen (en FCFA) de la consultation dans les FS d'après les malades rencontrés sur place.....	X
Tableau 54: Durée moyenne de la consultation (en minutes) par région et par catégorie de FS (approche malade) .....	X
Tableau 55: Répartition des patients suivant le groupe socioéconomique, le milieu et le type de formation sanitaire visitée.....	XI
Tableau 56: Répartition (en %) des ménages suivant leur appréciation sur les caractéristiques physiques des formations sanitaires visitées.....	XI
Tableau 57: Appréciation de l'ensemble des frais payés dans la formation sanitaire par rapport au résultat suivant le GSE du chef de ménage .....	XII
Tableau 58: Appréciation de la qualité des services dans la FS suivant le statut, la catégorie, le milieu d'implantation .....	XII
Tableau 59: Répartition (en %) des ménages suivant leur appréciation sur les caractéristiques physiques des formations sanitaires visitées.....	XIII
Tableau 60 : Analyse en correspondance multiple .....	XIV
Tableau 61 : Classification Ascendante Hiérarchique.....	XV

## LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 : Evolution de la dotation budgétaire du MINSANTE (en milliards de FCFA) .....	26
Graphique 2 : Proportion des formations sanitaires selon la qualité de la personne ayant retiré les autorisations de dépenses pour le budget d'investissement en 2009 .....	31
Graphique 3 : Pourcentage des formations sanitaires et des services déconcentrés de la santé selon le temps moyen mis par la commission pour attribuer un marché .....	33
Graphique 4 : Taux d'exécution du budget d'investissement .....	34
Graphique 5 : Utilisation des subventions de l'Etat allouées aux formations sanitaires privés .....	37
Graphique 6: Pourcentage des formations sanitaires possédant les moyens de transport suivant le milieu d'implantation et la catégorie .....	42
Graphique 7: Répartition des bénéficiaires des services de santé suivant leur niveau de satisfaction ..	55
Graphique 8 : Equité dans la répartition des formations sanitaires .....	62
Graphique 9 : Equité dans la répartition des centres de santé .....	63
Graphique 10 : Equité dans la répartition des CSI publics .....	63

## LISTE DES ENCADRES

Encadré 1 : Limites du champ de l'étude .....	3
Encadré 2 : Circuit de la dépense du secteur Santé .....	23
Encadré 3 : Modèle conceptuel du suivi de la traçabilité des ressources budgétaires dans le secteur de la santé .....	25
Encadré 5 : Méthodologie de construction de l'indice de satisfaction .....	53



## SIGLES ET ABBREVIATIONS

APEE	Association des Parents d'Elèves et des Enseignants
BIP	Budget d'Investissement Public
CAPP	Centre d'Approvisionnement des Produits Pharmaceutiques
CDE	Camerounaise Des Eaux
CDMT	Cadre de Dépenses à Moyen Terme
CE	Conseil d'Ecole
CENAME	Centrale Nationale d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels
CMA	Centre Médical d'Arrondissement
CSI	Centre de Santé Intégré
CSSD	Chef de Service de Santé de District
DDEB	Délégation Départementale de l'Education de Base
DDESEC	Délégation Départementale des Enseignements Secondaires
DREB	Délégations Régionales de l'Education de Base
DRESEC	Délégation Régionale des Enseignements Secondaires
DRSP	Délégation Régionale de la Santé Publique
DSCE	Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi
DSRP	Document de Stratégie pour la Réduction de la Pauvreté
EB	Education de Base
ECAM3	Troisième Enquête Camerounaise auprès des Ménages
ENIEG	Ecole Normale des Instituteurs de l'Enseignement Général
ENIET	Ecole des Instituteurs de l'Enseignement Technique
ENS	Ecole Normale Supérieur
ENSET	Ecole Normale Supérieur de l'Enseignement Technique
FS	Formation Sanitaire
GAR	Gestion Axée sur le Résultat
HD	Hôpital de District
IAEB	Inspection d'Arrondissement de l'Education de Base
MINEDUB	Ministère de l'Education de Base
MINEPAT	Ministère de l'Economie, de la Planification et de l'Aménagement du Territoire
MINESEC	Ministère de l'Enseignement Secondaire
MINFI	Ministère des Finances
MINSANTE	Ministère de la Santé Publique
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PETS	Public Expenditure Tracking Survey (enquête sur le suivi des dépenses publiques et la satisfaction des bénéficiaires dans les secteurs de l'Education et de la Santé)
PPTE	Pays Pauvres Très Endettés
PRCTC	Programme de renforcement des Capacités de transparence et de Contrôle
SSD	Service de Santé de District
TIC	Technologie de l'Information et de la Communication
ZD	Zone de Dénombrement

## AVANT PROPOS

L'Institut National de la Statistique (INS) a le plaisir de vous présenter le rapport principal, volet Santé de la deuxième enquête sur le suivi des dépenses publiques et la satisfaction des bénéficiaires dans les secteurs de l'éducation et de la santé. Cette étude qui constitue un instrument de suivi et d'évaluation du nouveau régime financier de l'Etat promulgué en décembre 2009, donne une situation actualisée de la gestion des finances publiques au Cameroun.

Au terme de la première enquête, il avait recommandé que les ministères sectoriels concernés s'approprient cet exercice pour pouvoir le réaliser chaque année sous sa forme allégée. De même, il avait été recommandé après le PETS 1 que cet exercice s'étende aux autres secteurs prioritaires (travaux publics, justice, etc.)

Outre l'appui financier du gouvernement, l'enquête a bénéficié d'un financement de la Banque Mondiale à travers le Projet de Renforcement des Capacités en matière de Transparence et de Contrôle dans la gestion des ressources publiques (PRCTC). L'INS tient à exprimer toute sa gratitude à ce partenaire privilégié du gouvernement dont les actions pour la modernisation des finances publiques sont fort appréciables.

La réalisation de toutes les activités de l'enquête a été possible grâce à la bonne collaboration des experts sectoriels. A tous ces experts, l'INS adresse ses sincères remerciements et félicitations pour la qualité de leurs appuis techniques. Enfin, l'INS remercie le personnel temporaire pour la qualité de ses prestations pendant les phases de collecte des informations et de leur exploitation informatique.

**Le Directeur Général**

*Institut National de la Statistique*

*B.P. 134 Yaoundé-Cameroun*

*www.statistics-cameroon.org*

*Téléphone : (237) 22 22 04 45 / 22 22 54 21*

*Fax : (237) 22 23 24 37*

## RESUME EXECUTIF

### 1. CONTEXTE, OBJECTIFS ET METHODOLOGIE DE L'ETUDE

#### 1.1 Contexte de l'étude

La première enquête PETS 1, commanditée par le Gouvernement camerounais, a été réalisée au Cameroun en 2003/2004, par l'Institut National de la Statistique (INS) du Cameroun. Elle faisait partie des déclencheurs du point d'achèvement de l'Initiative d'allègement de la dette publique des Pays Pauvres Très Endettés (IPPTE). A l'issue de cette étude, une matrice d'actions prioritaires a été produite et certaines des actions de cette matrice sont déjà mises en œuvre. Au nombre de celles-ci, on peut citer la création et le fonctionnement effectif des comités locaux de suivi du BIP et la diffusion du Journal des projets jusqu'au niveau des chefferies traditionnelles de troisième degré.

Compte tenu de l'importance du volet gouvernance dans la politique actuelle du gouvernement et la place de la gestion axée sur les résultats, il a été recommandé qu'une telle enquête soit réalisée périodiquement, avec des outils de collecte allégés, pour évaluer l'efficacité de la dépense publique et l'évolution de la satisfaction des bénéficiaires. Le PETS 2 se positionne également comme un instrument de suivi et d'évaluation du nouveau régime financier.

#### 1.2 Objectifs de l'étude

L'objectif général du PETS 2 est de fournir au gouvernement camerounais et aux partenaires intervenant dans le secteur de la santé, l'information nécessaire pour apprécier objectivement les performances de la dépense publique au cours de la période 2003-2009.

De manière spécifique l'étude permet :

- i) de fournir une évaluation actuelle de la traçabilité de la dépense publique afin de mesurer les progrès réalisés dans la gestion des ressources publiques depuis le précédent PETS et d'identifier les potentielles sources d'inefficacité qui subsistent ;
- ii) d'évaluer la mise en œuvre des mesures retenues dans la matrice d'actions prioritaires issues du PETS 1 afin d'apprécier dans quelle mesure les acteurs des secteurs de l'éducation et de la santé se sont appropriés les différents outils de suivi et de contrôle des dépenses publiques. Il est examiné en particulier la dissémination de l'information sur la provision des services publics d'éducation et de santé, nécessaire pour engager les citoyens et renforcer la redevabilité sociale ;
- iii) d'apprécier le degré de satisfaction des bénéficiaires des services de santé afin de dégager des orientations pour améliorer l'accès et la qualité de ces services.

#### 1.3 Approche méthodologique de l'étude

Les informations relatives à la traçabilité de la dépense publique ont été collectées essentiellement pour l'exercice budgétaire 2009.

Du côté de l'offre, l'unité d'échantillonnage est une structure publique ou privée, prestataire de services sanitaires. A la base, il s'agit des formations sanitaires. Ces unités constituent en même temps

les unités d'observation. Par ailleurs, les responsables des différents services administratifs par lesquels transitent les ressources ont été interrogés (services centraux, régionaux, départementaux, etc.). S'agissant de la demande, l'unité d'observation est le ménage ou le malade pris à vif dans une formation sanitaire. Les informations du niveau central ont été collectées sous forme de données secondaires ou par entretien direct.

Le tirage de l'échantillon du PETS2 a intégré à la fois les acquis de celui de l'ECAM3 réalisée en 2007 et celui du PETS1 de 2003/2004. Il s'agit donc d'une enquête nationale représentative stratifiée à un ou deux degrés selon le type d'unités ciblées.

La ventilation de l'échantillon par type d'unités donne, environ 1 642 ménages et 249 services déconcentrés impliqués dans le circuit de la dépense publique ou dans l'encadrement et la supervision des formations prestataires des services de santé.

Quant aux formations sanitaires échantillonnées, on en a au total 176, dont 38 HD, 30 CMA et 108 CSI.

## **2. ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DU SYSTEME DE SANTE PUBLIQUE CAMEROUNAIS**

### **2.1 Contexte de développement du secteur santé**

La population camerounaise, en constante augmentation, est estimée au premier janvier 2010 à 19 406 100 habitants pour une densité de 39 habitants au km<sup>2</sup> avec de grandes disparités régionales. Cette population est essentiellement jeune. Celle de moins de 15 ans représente 43,6% avec plus de la moitié de la population ayant moins de 18 ans.

La population camerounaise a enregistré un changement notable grâce aux efforts entrepris notamment par le programme de planification familiale. Grâce aux différentes stratégies adaptées au contexte épidémiologique spécifique à chaque maladie, des acquis indéniables ont été enregistrés.

### **2.2 Présentation du système de santé publique**

La couverture sanitaire par les établissements de soins de santé s'est nettement améliorée, passant de 3 039 en 2007 à 3 370 en 2009. Le système de santé camerounais compte 04 hôpitaux généraux (1<sup>ère</sup> catégorie), 04 hôpitaux centraux (2<sup>ème</sup> catégorie), 11 hôpitaux régionaux (3<sup>ème</sup> catégorie), 164 hôpitaux de district, 155 centres médicaux d'arrondissement, et 1 888 centres de santé intégrés dont 1 600 sont fonctionnels. Il faut y ajouter 93 hôpitaux privés, 193 centres de santé privés à but non lucratif, 289 cliniques/polycliniques et 384 cabinets de soins. En outre il faut compter 12 laboratoires d'analyses médicales agréés dont le Centre Pasteur constitue la référence, 05 fabricants de médicaments, 14 grossistes, 331 officines (181 à Yaoundé et Douala), 01 Centrale Nationale d'Approvisionnement en Médicaments et Consommables médicaux Essentiels, 10 centres d'approvisionnement pharmaceutiques régionaux (CAPR), 03 faculté publique de médecine à Yaoundé, Douala et Buéa et 01 faculté privée de médecine (Université des Montagnes) et 39 établissements de formation du personnel médico-sanitaire.

Dans le cadre de la lutte contre la pauvreté, le Cameroun a adhéré à la plupart des politiques sanitaires adoptées sur le plan international telle que la Charte africaine de développement sanitaire et les soins de santé primaire.

## 2.3 Les intervenants dans le secteur santé

Le secteur de la santé s'articule autour de trois sous-secteurs : le sous-secteur public, le sous-secteur privé et le sous-secteur de la médecine traditionnelle. Les intervenants dans ce secteur demeurent l'Etat, les ménages/communautés, les Organisations de la Société Civile (OSC), le privé, les tradipraticiens et les partenaires techniques et financiers.

Dans le but de promouvoir et rendre opérationnelle la complémentarité entre tous ces acteurs de santé, le MINSANTE a opté pour une dynamique de contractualisation des interventions. Ainsi, en 2007, il s'est lancé dans le renforcement du partenariat public-privé à travers la signature des conventions cadres et des contrats d'exécution.

## 2.4 Les ressources du secteur

De 2005 à 2009, l'effectif du personnel médical et paramédical n'a pas considérablement augmenté. Les ratios médecin/habitants et infirmier/habitant se sont dégradés passant respectivement de 10 084 habitants à 14 418 habitants pour un médecin et de 2 249 habitants à 2 545 habitants pour un infirmier. Cette situation est particulièrement due à l'absence d'un plan de développement de ressources humaines en santé, à la fuite des cerveaux suite aux mauvais traitements, aux retraites sans remplacement et à un accroissement rapide de la population. Il faut noter que les ressources humaines disponibles sont très inégalement réparties selon les régions et suivant le milieu de résidence (urbain ou rural).

Les principales sources de financement du secteur de la santé sont : le budget de l'État, les ménages à travers le recouvrement des coûts et autres paiements directs et le financement extérieur. Les collectivités publiques locales, les ONG et l'assurance-maladie privée apportent une contribution marginale. Des disproportions énormes existent entre ces différentes sources de financement. En 2009 par exemple, sur un financement total du secteur estimé à 2 301,1 milliards de FCFA, la contribution des ménages s'élevait à 94,6% contre 3,8% (soit 86 779 000 000 FCFA) pour l'État et 1,6% (37 425 080 000 FCFA) pour les partenaires extérieurs. Il faut noter que ce budget n'inclut pas les ressources de santé allouées aux autres administrations.

## 3. DESCRIPTION DU CIRCUIT DE LA DEPENSE PUBLIQUE

### 3.1 La préparation du budget

La préparation du budget au Cameroun se déroule dans la perspective de l'arrimage au nouveau régime financier prévu par la loi N°2007/006 du 26 décembre 2007. Ce nouveau régime qui renforce les pouvoirs des gestionnaires met en exergue le principe de leur responsabilité caractérisé par l'impartialité, la production d'un compte administratif et d'une comptabilité patrimoniale et analytique. Il prescrit l'approche programme dans la préparation du budget (le budget doit désormais se présenter sous forme de programme et projet).

La préparation du budget permet donc la bonne exécution des programmes du MINSANTE, tout en veillant à ce que les projets retenus reflètent la Stratégie Sectorielle de la Santé (SSS) ainsi que la feuille de route prescrite par le Premier Ministre.

En 2008, année de préparation du budget 2009, la préparation du budget est placée sous la coordination du Secrétaire Général. Toutefois, il n'y a pas d'organisation standard en la matière ; la seule référence étant la circulaire présidentielle.

En 2009, pour la préparation du budget 2010, l'innovation est la réactivation de la chaîne PPBS (Planification-Programmation-Budgétisation-Suivi/évaluation) qui induit la mise en place des structures techniques opérationnelles telle que la cellule technique chargée du CDMT.

La préparation du budget au Cameroun se déroule principalement en 08 phases aussi importantes les unes que les autres. I) le Cadrage macro-économique et budgétaire, ii) l'élaboration des CDMT ministériels, iii) les pré- conférences budgétaires, iv) le cadrage budgétaire, v) les conférences budgétaires, vi) les derniers arbitrages, vii) le projet de Loi de Finances et viii) l'adoption, validation et promulgation du budget.

### 3.2 L'exécution budgétaire

L'exécution du budget commence par son chargement en machine au niveau des contrôleurs financiers spécialisés des ministères à l'aide du logiciel DEPMI. Une équipe conjointe MINFI-MINEPAT effectue ensuite une mission dans les différentes régions pour le lancement de l'exécution du budget.

La procédure d'exécution de la dépense publique comprend quatre étapes dont trois relèvent de l'ordonnateur (engagement, liquidation et ordonnancement) et une du comptable (paiement).

### 3.3 Les différents intervenants dans le circuit de la dépense

En matière de recettes budgétaires, il existe deux catégories d'ordonnateur : l'ordonnateur principal (Ministre chargé des finances) et les ordonnateurs délégués (chefs de départements ministériels et assimilés) pour les recettes produites par leurs administrations, ainsi que les responsables des administrations fiscales.

S'agissant des dépenses publiques, il existe trois catégories d'ordonnateur : i) les ordonnateurs principaux que sont des chefs de départements ministériels ou assimilés (les directeurs généraux et directeurs des établissements publics administratifs par exemple) et les présidents des organes constitutionnels (Assemblée nationale, Sénat, etc.), ii) les ordonnateurs secondaires que sont des responsables des services déconcentrés de l'Etat qui reçoivent les autorisations de dépenses des ordonnateurs principaux (ex. : délégués régionaux, les chefs de service de santé de district, les responsables des HD et CMA) et iii) les ordonnateurs délégués désignés par les ordonnateurs principaux ou secondaires pour des matières expressément définies. Cette délégation prend la forme d'un acte administratif d'un ordonnateur principal ou secondaire (ex : les responsables des CSI).

D'autres intervenants accompagnent les trois catégories d'ordonnateurs ci-dessus dans l'exécution des marchés : i) les commissions de passation des marchés, ii) les contrôleurs des finances, iii) les services du MINEPAT, iv) la Direction Générale du Budget du MINFI, v) l'agent en charge de la comptabilité-matières, vi) les maîtres d'ouvrage délégués et vii) les autres intervenants que sont les ingénieurs de contrôle (du MINTP, du MINDUH, du MINFI ou du MINDAF selon les cas), les services de la Direction Générale du Trésor (T.P.G, Receveurs des finances, Percepteurs) et les fournisseurs/prestataires de services.

## 4. TRACABILITE DE LA DEPENSE PUBLIQUE

La traçabilité des dépenses publiques suit le cheminement du flux des fonds publics et des ressources matérielles provenant du gouvernement et autres donateurs à travers la hiérarchie administrative jusqu'aux ordonnateurs des formations sanitaires qui sont les prestataires de services de santé.

### 4.1 Le modèle conceptuel de la traçabilité

Pour bien analyser la traçabilité des ressources budgétaires destinées à (ou transitant par) ces structures, il est nécessaire de disposer d'une information complète et fiable aussi bien sur le circuit de la dépense que sur les dotations prévues dans la loi de finances et celles effectivement reçues par les différents maillons de la chaîne.

Le schéma conceptuel proposé est une combinaison de certains points importants pour le suivi de la traçabilité des ressources budgétaires. Il présente en amont la préparation budgétaire et en aval l'utilisation qui est faite des ressources perçues. Des indicateurs précis, relevés au niveau de chaque étape permettent de mieux cerner les informations y relatives.

#### **4.2 Allocation budgétaire et information préalable des ordonnateurs**

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les gouvernements doivent allouer 15% de leur budget aux dépenses liées à la santé afin d'atteindre les objectifs d'un accès à tous aux soins de la santé. Au Cameroun, depuis 2005, le budget alloué par l'Etat au secteur de la santé a une tendance globalement à la hausse. De 2005 à 2009, on est passé de 85,6 à 113,3 milliards, preuve que le gouvernement met un accent particulier sur les questions liées à la santé. Il faut par ailleurs signaler que les ressources extérieures ne sont pas comptabilisées dans ce cadre.

S'il est vrai que les actions du Gouvernement doivent tenir compte des engagements souscrits au niveau national et international, notamment la norme de l'OMS qui fixe à 15% la part du budget liée aux dépenses de santé dans le budget global, l'évolution actuelle du budget du MINSANTE indique que ces efforts qui sont faits sont encore insuffisants.

L'enquête révèle qu'en 2009, la proportion des responsables des structures de santé qui estiment avoir participé à la préparation de leur budget reste relativement faible. L'opinion des responsables des structures de santé sur cette participation est de moins en moins favorable quand on part des structures proches du centre de décision vers les structures périphériques. Un responsable de délégation régionale sur 3 a déclaré n'avoir pas participé à la préparation de son budget. Concernant les formations sanitaires, les gestionnaires des CMA et des CSI sont les moins associés à la préparation de leur budget (26% et 31% respectivement).

D'après ces responsables, leur contribution à l'élaboration du budget se fait généralement soit par leur participation à des sessions organisées par le comité de gestion, soit par l'élaboration et la transmission à la hiérarchie de l'état des besoins de la structure.

Au niveau des services déconcentrés et des FS, la quasi-totalité de ceux qui disent avoir été associés à la préparation budgétaire avouent n'avoir été que des acteurs passifs, leurs opinions n'étant pas toujours prises en compte.

#### **4.3 Aperçu de la traçabilité dans la gestion des ressources publiques en 2009**

Pour une bonne traçabilité de la dépense publique, les informations concernant le budget et son utilisation ont été sollicitées des responsables des formations sanitaires et des services déconcentrés de la santé. Indépendamment du niveau de la structure, il apparaît que l'information sur l'utilisation du budget de fonctionnement est beaucoup plus détaillée que celle sur le budget d'investissement.

Concernant les services déconcentrés intermédiaires de la santé, on note que 88,9% de délégués régionaux ont fourni une information détaillée sur leur budget de fonctionnement contre 71,4% pour l'investissement. Pour ce dernier type de budget, la situation est encore plus déplorable dans les SSD où près de 56% de responsables n'ont pas connaissance du montant de leur budget d'investissement.

Pour ce qui est des formations sanitaires, au fur et à mesure que l'on passe de la catégorie supérieure à la catégorie inférieure, les gestionnaires ont moins d'informations sur le budget de fonctionnement comme sur celui d'investissement. En outre, compte tenu du fait qu'une grande partie de l'investissement dans les formations sanitaires est gérée à l'échelon supérieur, l'information sur le budget d'investissement est très faiblement disponible au niveau de ces responsables.

Pendant l'exercice budgétaire 2009, plusieurs responsables de formations sanitaires ont déclaré n'avoir pas reçu de ressources de l'administration. Cette situation est de plus en plus préoccupante



quand on passe des services rapprochés de la centrale aux services périphériques. L'ensemble des responsables des hôpitaux de districts déclare avoir reçu des ressources en espèces tandis que près d'un responsable de CSI sur quatre déclare n'avoir pas reçu de ressources pour le fonctionnement de la structure dont il a la charge. En ce qui concerne le budget d'investissement, la situation est aussi atterrante dans la mesure où seulement la moitié des responsables de CSI et CMA ont déclaré avoir reçu des ressources contre 78% de responsables d'hôpitaux de districts.

Quand on s'intéresse aux déclarations de ces responsables pour savoir si le montant des ressources reçues de l'administration correspondait à celui inscrit dans la loi des finances et dans le journal des projets, on se rend compte qu'à l'exception de ceux des CSI, au moins la moitié d'entre eux répond par l'affirmative.

Concernant le budget de fonctionnement, les autorisations de dépenses du premier semestre 2009 ont été retirées en fin février par les SDI et en mi-mars par les formations sanitaires. Ceux du deuxième semestre l'ont été en mi-septembre.

Une fois que les autorisations de dépenses sont retirées, les ordonnateurs des formations sanitaires passent un peu plus d'un demi-mois pour exécuter ceux ayant le montant le plus élevé. Les responsables des services déconcentrés quant à eux prennent beaucoup plus de temps (le double du temps mis dans les FS). Une analyse par semestre montre que les écarts sont moins importants au second semestre qu'au premier.

Pour ce qui est du budget d'investissement, les autorisations de dépenses des formations sanitaires ont été retirées en 2009 près de deux mois après (juin) ceux des services déconcentrés.

Il s'avère que les premières autorisations de dépenses exécutées sont celles ayant le montant le plus élevé. Elles ont été exécutées environ 10 jours après leur retrait pour les formations sanitaire et après plus d'un mois pour les services déconcentrés intermédiaires de la santé. On note également que, pour les formations sanitaires, les délais d'exécution sont beaucoup plus réduits en milieu rural qu'en milieu urbain.

La moitié des responsables des formations sanitaires et des services déconcentrés de la santé estime que les commissions de passation des marchés prennent en moyenne entre deux semaines et un mois pour attribuer un marché. Quelques unes mettent un peu plus de temps (plus d'un mois) pour attribuer un marché. On en compte 18,2% parmi les formations sanitaires et près de 40% parmi les services déconcentrés de la santé.

Concernant l'exécution du budget de fonctionnement et à l'exception de la région du Sud, le taux est nettement plus favorable dans les formations sanitaires que dans les services déconcentrés intermédiaires de la santé. Au fur et à mesure que l'on passe d'un échelon à l'échelon supérieur, le taux d'exécution du budget d'investissement s'accroît considérablement. Pour les formations sanitaires par exemple, il va de 50% (CSI) à 90% (HD) avec 60% pour les CMA.

### **Les pertes de ressources enregistrées dans le circuit de la dépense**

L'évaluation du montant de pertes dans le circuit de la dépense à l'aide des questionnaires conçus n'a pas produit des résultats fiables. Toutefois, des entretiens hors micro avec les acteurs de ce secteur ont permis d'estimer l'écart moyen entre le montant inscrit sur la Loi des finances et celui utilisé pour la réalisation effective des activités.

A cause de la multiplicité des intervenants dans le circuit de la dépense, une fraction importante des ressources budgétaires est perdue par les services déconcentrés pour prendre en charge les différents



maillons du circuit de la dépense. Dans l'ensemble, les lignes les plus concernées sont "*achat du matériel courant*" et "*achat des fournitures*".

La situation des formations sanitaires paraît plus préoccupante en raison du fait que la majorité d'entre elles sont implantées en milieu rural. Le fait que le retrait de leurs autorisations de dépenses soit parfois réalisé par une autorité de la localité (un élu, une élite ou une autorité administrative) peut valoir une contre partie. Cela pourrait justifier la forte implication de ces derniers dans les pertes de ressources enregistrées par les formations sanitaires. Autant en milieu urbain qu'en milieu rural, les lignes qui font le plus l'objet des pertes en ressources pour les formations sanitaires sont respectivement "achats des médicaments", "fournitures de bureau" et "matériel informatique".

Cette estimation des pertes qui a pu être faite pour le budget de fonctionnement a été très difficile pour le budget d'investissement dont la gestion ne se fait pas toujours au niveau local.

### **L'appréciation du fonctionnement des commissions des marchés**

Au sujet des délibérations de la commission, plus de 7 responsables sur 10 pensent qu'elles correspondent à leurs attentes. Cette proportion est plus importante en milieu urbain (90,9%) qu'en milieu rural (50%). Les principales raisons évoquées par les gestionnaires insatisfaits sont : l'opacité dans l'attribution des marchés (25%), le désordre dans la passation des marchés (18,5%) et le favoritisme (18,5%).

Le même constat est relevé sur la satisfaction des marchés passés par la commission mais dans des proportions réduites sur l'ensemble et en milieu urbain. Ceux qui sont insatisfaits des prestations offertes évoquent principalement la non prise en compte de leurs points de vue (33,3%) et aussi la non prise en compte des instructions des services techniques (33,3%).

### **La gestion des subventions aux formations sanitaires privées**

Près de 74% de responsables des formations sanitaires privées enquêtées ont déclaré n'avoir pas reçu des subventions de l'Etat en 2009. On peut comprendre que ces derniers ne disposent pas d'informations à ce sujet compte tenu du fait que les subventions sont généralement versées aux fondateurs de ces formations sanitaires (qui ne sont pas forcément les responsables en poste).

Parmi les structures ayant reçu des subventions en 2009, près de 42% d'entre elles connaissent à l'avance le montant de la subvention qui leur était alloué.

La clé de répartition des subventions obéit à des critères qui ne sont pas connus de tous les gestionnaires/fondateurs de formations sanitaires. Moins de 42% les connaissent et 60% les trouvent acceptables.

Les gestionnaires/fondateurs de formations sanitaires privées éprouvent quelques difficultés à entrer en possession des subventions qui sont allouées à leurs structures. Les trois difficultés principalement évoquées sont i) l'arrivée de la subvention en tranches (41,7%), ii) les lourdeurs administratives (33,3%) et iii) les tracasseries bancaires (16,7%).

Les subventions sont versées aux formations sanitaires privées pour supporter les charges du personnel notamment les salaires et les primes. L'enquête révèle qu'en 2009 les subventions reçues par les formations sanitaires privées ont pour l'essentiel été utilisées pour les dépenses autres que celles liées au personnel. Il s'agit des dépenses de matériels et équipements et des dépenses de fonctionnement des services. Seules 16% de ces subventions ont été utilisées pour prendre en charge le personnel.

#### 4.4 Les principales difficultés rencontrées dans l'exécution budgétaire

Les responsables des formations sanitaires et des services déconcentrés intermédiaires de la santé ont éprouvé en 2009 presque les mêmes difficultés dans l'exécution de leurs budgets de fonctionnement et d'investissement. Bien que les proportions varient d'un milieu à l'autre, ce sont les mêmes problèmes qui sont régulièrement signalés.

Les deux grandes métropoles que sont Yaoundé et Douala bénéficient cependant de certaines facilités dues à leur proximité des centres de décision. Ces difficultés sont plus accentuées en milieu rural du fait certainement de l'enclavement dont certaines zones sont sujettes.

Par ordre d'importance, on relève :

- ✓ l'insuffisance et l'inadéquation des crédits ;
- ✓ les lenteurs administratives ;
- ✓ les tracasseries dans le paiement ;
- ✓ le retard dans la réception des cartons.

### 5. LES CARACTERISTIQUES DE L'OFFRE DE SERVICES

#### 5.1 Disponibilité des infrastructures et équipements de base

En moyenne, 8 formations sanitaires sur 10 disposent de laboratoires d'analyses médicales. De fortes disparités sont constatées sur le plan régional ; seuls 5% de formations sanitaires du milieu urbain ne disposent pas de laboratoire contre 33% pour le milieu rural.

Dans l'ensemble, 13% des formations sanitaires disposent d'une morgue. Cependant, cette moyenne masque les disparités qui existent entre les différentes catégories de formations sanitaires : HD (47,4%), CMA (6,3%). De même selon le milieu de résidence, 18% des formations sanitaires du milieu urbain disposent d'une morgue contre 8% en milieu rural.

De façon générale, 2 formations sanitaires sur 5 sont dotées de salle d'opération. Suivant le plateau technique, 9 HD sur 10 disposent d'une salle d'opération contre 4 sur 10 pour les CMA et près de 2 sur 10 pour les CSI.

Dans l'ensemble, 95% des formations sanitaires disposent d'une pro-pharmacie. Selon la catégorie de la formation sanitaire ou le milieu d'implantation, les disparités restent faibles.

Pour la santé maternelle, la disponibilité du matériel d'accouchement fait partir des éléments importants du plateau technique d'une formation sanitaire. L'on constate que dans l'ensemble 75% de formations sanitaires disposent d'une boîte d'accouchement, 88% des tables d'accouchement et 32% de boîtes pour césarienne. Par catégorie l'on observe que la proportion de FS disposant de ces équipements médicaux de base diminue lorsqu'on passe d'une catégorie supérieure à une catégorie inférieure. Le même constat est observé selon le milieu d'implantation.

Le matériel de stérilisation est utile dans la prévention contre toutes les maladies infectieuses comme la tuberculose ou le VIH. En générale, une formation sanitaire sur deux dispose d'un système de stérilisation à sec et à eau. Ce matériel est plus disponible en milieu urbain qu'en milieu rural.

En 2010, près de 9 FS sur 10 indépendamment de la catégorie ou du milieu d'implantation, disposent d'un équipement de vaccination ou d'un congélateur/réfrigérateur. En dehors des CSI dont un sur cinq ne possède pas de microscopes fonctionnels, toutes les autres formations sanitaires en sont équipées.

Un hôpital de district sur cinq dispose d'une ambulance en état de marche. Il faut par ailleurs noter que les structures situées en milieu rural sont celles qui détiennent le moins ces commodités de transport. En milieu rural, une formation sanitaire sur dix possède une ambulance alors que près de 3 sur 10 ont une moto en état de marche.

Sept formations sanitaires sur dix ont accès à un réseau d'énergie électrique. Cet accès au réseau électrique est plus élevé en milieu urbain. En milieu rural une FS sur deux est connectée au réseau AES-SONEL. Comme on peut s'y attendre, l'accès au courant électrique décroît en fonction de la catégorie de la FS.

Dans l'ensemble, les responsables des FS déplorent des coupures d'électricité dont la durée varie de 11 à 16 heures. Les dégâts causés par ces coupures en 2009 ont induit des pertes évaluées à des millions de FCFA pour certaines formations sanitaires. Pour remédier à cette situation, 50% des formations sanitaires ont recours à des solutions alternatives comme l'énergie solaire et les groupes électrogènes (78,9% de HD, 43,8% de CMA et 33,3% de CSI).

L'approvisionnement en eau courante dans les formations sanitaires est essentiel. Le constat fait au travers de cette étude révèle que seules 46,8% de formations sanitaires ont accès à l'eau courante. Il est à relever qu'une formation sanitaire sur 5 s'approvisionne en eau dans un forage, presque autant dans une source d'eau aménagée ou puits et environ 15% ailleurs (rivières, sources non aménagées...). En milieu rural où seulement 2 formations sanitaires sur 10 ont accès à l'eau contre 7 formations sur 10 en milieu urbain. L'approvisionnement en eau courante se fait également rare au fur et à mesure qu'on passe des HD au CSI.

## 5.2 Ressources humaines et médicaments essentiels

En 2010, les formations sanitaires de base comptent en moyenne 24 personnes dont 20 permanents et 4 temporaires. Pour le personnel permanent l'effectif moyen est de 14 pour le public et 35 pour le privé. L'effectif du personnel varie selon le statut et la catégorie de la FS. S'agissant du personnel temporaire, l'effectif moyen par FS est de 4 pour le public et 3 pour le privé.

Concernant le personnel médical et paramédical des formations sanitaires, la couverture médicale en médecins spécialistes est en moyenne près de 2 pour un HD, près de 1 pour un CMA et quasi nulle pour un CSI. La couverture en médecins généralistes, elle est quasi identique à celle des médecins spécialistes pour les HD, mais double pour les CMA et les CSI. Un nombre réduit de CSI vraisemblablement des cliniques et cabinets médicaux privés disposent des médecins généralistes ou même spécialistes qui travaillent à temps partiel. En ce qui concerne les infirmiers non spécialisés, cette couverture est de 27 pour un HD, 10 pour un CMA et de 3 pour un CSI. Par ailleurs on peut noter que dans les CSI, il n'y a presque pas de techniciens de radiologie.

Six malades sur dix n'ont pas rencontré un médecin lors d'une consultation. La majorité d'entre eux s'adresse à un infirmier chef. C'est dans les FS privées que les malades consultent plus les médecins. Ainsi près de 5 malades sur 10 ont rencontré un médecin dans une formation sanitaire privée et seulement 3 sur 10 dans une formation sanitaire publique. La consultation par un médecin reste essentiellement un phénomène urbain tandis que celle d'un infirmier chef demeure un phénomène rural.

Malgré le dispositif d'approvisionnement en médicaments essentiels mis en place, l'on a déploré des ruptures de stocks de la quasi-totalité des médicaments dans les formations sanitaires. Elle s'observe plus dans les CSI que dans les HD. Les formations sanitaires sont davantage en rupture du coartem, de l'Amodiaquine (cp) + Artesunate et du Cotrimoxazole (cp).

Concernant la durée de rupture de stocks, elle varie de 3 à 9 jours. Le coartem est le produit connaît plus les ruptures de stocks et pendant une longue période dans les formations sanitaires (en une moyenne de 19 jours).

### 5.3 Supervision

La supervision fait partie des dispositions de la politique nationale de santé publique visant à permettre une gestion efficiente des structures de santé et, à s'assurer de la prise en compte à tous les niveaux du système, des orientations définies par les services centraux. Cette supervision se fait aussi bien dans les structures publiques que privées sur la base d'un cahier des charges dont les critères doivent en principe être connus des deux parties (superviseur et supervisé).

Dans les services déconcentrés intermédiaires, les responsables ont reçu en moyenne 4 visites de supervision. Par ailleurs, dans plus d'une formation sanitaire sur dix, les responsables ont déclaré avoir reçu une visite de supervision au cours de l'année 2009.

Près de 3 responsables sur 10 déclarent ne pas les connaître, soit un responsable sur deux chez les délégués régionaux et un responsable sur quatre dans les services de santé de district.

Concernant l'appréciation des visites de supervision, on trouve néanmoins quelques responsables (5%) qui les trouvent inutiles. En termes de proportion, les délégués régionaux sont les plus nombreux à penser ainsi.

Les responsables des formations sanitaires qui ont déclaré avoir reçu une visite de supervision au cours de l'année 2009 représentent 92% de l'ensemble. Le nombre moyen de visites de supervision par formation sanitaire est de 5 en 2009.

Toutes les FS ne bénéficient pas d'un même niveau d'encadrement. Suivant la catégorie, les CMA et les CSI sont plus fréquemment supervisés avec en moyenne 6 et 5 visites respectives que les HD qui ont reçu en moyenne 3 visites par an. De même, une formation sanitaire privée sur cinq n'a pas bénéficié d'une visite de supervision tout au long de l'année 2009. Le nombre moyen de supervisions reçues est cependant quasiment identique dans le public qu'au privé.

Bien qu'ils soient un quart environ à déclarer ne pas maîtriser les critères de supervision, les responsables des formations sanitaires sont presque tous unanimes sur l'utilité de cette activité dans le dispositif de suivi de la mise en œuvre de la politique nationale de la santé.

## 6. LES CARACTERISTIQUES DE LA DEMANDE DE SERVICES DE SANTE

La demande de service de santé abordée dans cette étude se réfère au profil et aux caractéristiques socioéconomiques des patients, ainsi qu'à leurs motivations personnelles.

### 6.1 Fréquentation des formations sanitaires de base

En 2009, les formations sanitaires ont reçu en moyenne 12 patients par jour dont 2 admis en hospitalisation. Les formations sanitaires implantées en milieu urbain ont reçu en moyenne 12 patients par jour contre 8 en milieu rural.

Cette demande varie aussi selon la catégorie et le statut de la formation sanitaire. En effet, les HD ont reçu en moyenne 22 patients par jour contre 8 pour les CMA et 6 pour les CSI. Par ailleurs les formations sanitaires privées semblent être plus sollicitées que celles du public. Les FS privées ont reçu en moyenne 15 patients par jour tandis que celles du public en ont reçu 8.

L'étude révèle qu'en 2009, trois patients sur quatre se sont rendus dans une formation sanitaire publique. Ceci reflète l'importance de l'offre et de la couverture géographique en infrastructures sanitaires publiques. Selon le lieu d'implantation, 69% de patients ont eu recours à une formation sanitaire située en milieu urbain.

Par ailleurs, suivant la catégorie de la formation sanitaire, 33% des patients ont eu recours aux HD, 21% aux CMA et 46% aux CSI. Les HD ont été plus fréquentés en milieu urbain (33% de patients). Il faut par ailleurs noter que les femmes fréquentent plus les formations sanitaires que les hommes. En effet, sur 10 patients reçus au cours des trois derniers mois ayant précédé l'enquête, environ 7 sont de sexe féminin. Cette tendance s'observe aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural où respectivement 73% et 63% de patients sont de sexe féminin.

Les personnes âgées de 21 à 55 ans, constituent la majorité des patients consultés dans les formations sanitaires enquêtées quels que soient le milieu d'implantation et la catégorie de la formation sanitaire. Plus de la moitié de la population de cette tranche d'âges a fréquenté une formation sanitaire située en milieu urbain.

Concernant le groupe socio économique des patients, ce sont les personnes au statut social précaire (manœuvre, indépendants, aide familiaux, apprenti, étudiants, chômeurs) qui fréquentent le plus les CSI ; ils sont environ la moitié à y aller.

## 6.2 Consommation des services de santé

Plusieurs maladies et services ont été retenus pour analyser les motifs de consultation dans les formations sanitaires. Au nombre des maladies figuraient : (i) le paludisme, la fièvre, les maux de tête, (ii) la grippe et la toux, (iii) les maladies diarrhéiques, (iv) les fractures ou malformation des os. Pour les services, il a été retenu : les soins bucco dentaires, le planning familial, les soins post et prénatals, la vaccination, les examens et tests y compris pour le VIH/SIDA.

Suivant les déclarations des patients, le groupe paludisme, fièvre, maux de tête constitue de loin le premier motif de consultation de santé. A peu près un malade sur deux va à l'hôpital pour se soigner d'une crise de paludisme qui constitue la première cause de mortalité au Cameroun.

D'une manière générale, les patients déclarent la proximité de la formation sanitaire comme premier élément qui motive leur choix (35%) ainsi que la bonne qualité de service reçu dans les formations sanitaires (28%). Ces motifs prédominent quel que soit le milieu de résidence. Les formations sanitaires privées sont en outre plus sollicitées pour la qualité du service reçu que celles du public. En effet, 2 malades sur 5 se rendent dans une FS privée pour ce motif contre seulement un patient sur quatre dans une FS publique.

En général, la dépense moyenne pour une consultation est de 1 381 FCFA. Elle est de 1 840 FCFA pour les HD, 1 252 FCFA pour les CMA et 1 097 FCFA pour les CSI. En milieu urbain, les malades dépensent en moyenne 1 849 FCFA pour une consultation, soit 2 329 FCFA dans un HD, 1 812 FCFA dans un CMA et 1 256 FCFA dans un CSI. En milieu rural, la dépense moyenne d'une consultation est de 850 FCFA.

S'agissant du service reçu dans les FS, 67% des patients rencontrés jugent le montant payé suffisant ou normal et 23% le trouvent excessif ou très excessif par rapport au résultat.

## 6.3 Appréciation de la qualité de la prise en charge

Plus de la moitié (57%) des patients ayant fréquenté une formation sanitaire en 2009 ont mis moins de 30 minutes avant d'être reçu en consultation, 29% ont mis entre une demi-heure et une heure et 14% ont mis plus d'une heure. Cette tendance est la même quel que soit le type de formation sanitaire.

Plus de patients mettent moins de temps pour être reçu consultation dans les CSI (63% ont mis moins de 30 minutes) que dans les HD (54% ont mis moins de 30 minutes).

Environ 9 patients sur 10 sont satisfaits de la qualité de la consultation et la jugent bonne et même complète. Suivant le milieu d'implantation, le jugement est plus favorable pour les formations sanitaires en milieu rural (92%) qu'en milieu urbain (89%). Selon le statut, la qualité de la consultation est mieux appréciée dans les formations sanitaires privées (94%) que dans les FS publiques (89%). Suivant la catégorie de FS, la qualité de la consultation est mieux appréciée dans les CMA (94%), en dépit du fait qu'elle y dure plus longtemps.

D'une manière générale, les patients consultent beaucoup plus les infirmiers (40%) quelle que soit le milieu d'implantation de la formation sanitaire, et surtout dans les CSI (58%) et dans les formations sanitaires relevant du secteur public (43%). Ce résultat reflète la situation de l'offre en personnel médical, les médecins étant principalement dans les HD et dans les cliniques privées.

Environ 9 patients sur 10 trouvent l'accueil satisfaisant ou même très satisfaisant dans l'ensemble, et ceci, quels que soient le milieu d'implantation, le type ou le statut de la formation sanitaire. Selon le statut, l'appréciation des patients sur la qualité de l'accueil est plus favorable pour les formations sanitaires privées.

#### **6.4 Appréciation de l'offre de services dans les formations sanitaires**

Dans l'ensemble, la plupart des patients apprécie positivement l'état des locaux où ils ont eu leur dernière consultation : 38% le jugent acceptable, 33% bon et 13% très bon.

Selon la catégorie de la FS, les patients décrivent plus l'état des locaux des CSI (19%). Selon le statut de ces dernières, l'état des locaux est plus décrié dans les FS publiques (20%) que celles du privé (6%).

Les usagers des formations sanitaires ont une appréciation très défavorable de l'état des toilettes de celles-ci. Environ 1 patient sur 3 trouve propres les toilettes des formations sanitaires visitées. Les toilettes que les patients jugent plus propres sont celles des CSI (52,1%) contrairement à celles des FS ayant un plateau technique plus élevé.

Sept patients sur dix jugent les conditions d'hygiène et de salubrité bonnes ou très bonnes dans les formations sanitaires et 15,8% les jugent mauvaises ou très mauvaises.

Au moins un patient sur deux rencontrés dans les FS pense que les pharmacies sont, soit assez bien fournies, soit bien fournies. Pour celles qui sont assez bien fournies, 53% sont en milieu urbain. Les formations sanitaires privées, notamment confessionnelles sont considérées par les patients comme étant les mieux fournies.

Environ trois malades sur dix pensent que les équipements généraux et logistiques de la FS visitée sont vétustes mais bien entretenus.

Le jugement global apporté sur les formations sanitaires par les malades est satisfaisant. En effet, 77% de malades ont été soit satisfaits des services reçus, soit alors les ont trouvés passables.

#### **6.5 Evaluation du niveau de satisfaction des bénéficiaires des services de santé**

A l'aide d'un indicateur global de satisfaction construit avec les variables d'appréciation, il en ressort que les bénéficiaires des services de santé sont pour la plupart satisfaits. On a : 67% des satisfaits, 14% de ceux qui ne sont ni satisfaits ni insatisfaits et 19% des insatisfaits.

Une différence non sensible se dégage entre la satisfaction en service de santé des hommes (80%) et celle des femmes. Par ailleurs, les personnes pauvres sont plus satisfaites de l'offre de santé (81%) que



les personnes non pauvres (80%). Ceci peut s'expliquer par le fait que les personnes non pauvres sont plus exigeantes en matière de santé tandis que les pauvres se contentent du strict minimum. L'analyse est similaire pour ce qui concerne le niveau d'instruction car lorsqu'on est d'un niveau intellectuel assez élevé, on est plus apte à apprécier les défauts d'un système de santé. C'est ainsi que les personnes dont les chefs de ménages sont sans niveau d'instruction sont plus satisfaites de l'offre de santé (82%) que ceux dont les chefs ont les niveaux du primaire (81%) et secondaire ou plus (79%). Les résultats montrent en outre des disparités spatiales pour ce qui du niveau de satisfaction des bénéficiaires ménages en offre de santé. En effet, les ménages résidant en milieu rural (84%) sont globalement plus satisfaits des services de santé que ceux du milieu urbain (83%).

## **7. ANALYSE DE L'EFFICACITE DU SYSTEME SANITAIRE DU CAMEROUN**

### **7.1 Les visées de la réforme de l'organisation du système sanitaire**

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 de l'OMS. Cependant, la mise en œuvre des réformes se heurte à de nombreuses insuffisances du système. En effet, dans le processus de viabilisation des districts de santé, on note une insuffisance des ressources humaines qualifiées qui réduit l'efficacité du système. De même, la mauvaise répartition des ressources humaines disponibles, le mauvais état ou la vétusté des infrastructures et équipements disponibles ne permettent pas d'assurer des services qualité.

Bien que la décentralisation du système de santé soit effective sur le plan de la gestion de ressources financières, humaines et matérielles, sa mise en œuvre se heurte à l'insuffisance de compétences nécessaires au niveau des districts de santé. Pour ce faire, le Gouvernement doit renforcer les capacités des responsables en matière de gestion axée sur les résultats (GAR), d'élaboration du budget et du CDMT, de management des ressources humaines.

### **7.2 Problématique du financement de la santé au Cameroun**

De nombreux partenaires techniques et financiers soutiennent le gouvernement camerounais dans sa politique de santé. Hormis les bailleurs bilatéraux, on dénombre 26 agences des Nations Unies, 20 fonds globaux et régionaux, et 90 initiatives globales qui œuvrent au Cameroun pour la santé.

Les soins de santé primaires constituent globalement la principale destination de ce financement, ce qui est conforme à la politique nationale de santé.

L'allocation spatiale de l'aide internationale reste peu efficace à cause de l'insuffisance de la coordination des diverses coopérations par le Ministère de la Santé Publique. Le renforcement des capacités de plusieurs responsables sur la GAR permettra certainement d'atteindre les objectifs d'une bonne gestion, en vue de l'amélioration de la satisfaction des bénéficiaires des services de santé.

Face aux difficultés qu'elles rencontrent, les communautés organisent une solidarité autour de mécanismes informels d'entraide. Cette solidarité s'observe au Cameroun au sein des mutuelles de santé et surtout des associations et tontines, dans lesquelles on trouve une rubrique "secours" qui a pour objectif la prise en charge d'une partie des frais médicaux engagés par l'un des membres à jour de ses cotisations. Mais, ces formules demeurent le plus souvent insuffisantes pour palier aux problèmes de financement des soins de santé.

La sécurité sociale (assurée par la CNPS) qui n'intègre d'ailleurs pas encore dans ses prestations la couverture santé, protège uniquement les travailleurs du secteur formel et les fonctionnaires. Cette pratique exclut une partie importante de la population qui se regroupe dans le secteur agricole non formel et le secteur informel non agricole. De même, les compagnies d'assurance privées financièrement inaccessibles pour le plus grand nombre, répondent en partie aux besoins d'assurance santé d'une minorité de salariés. L'assurance maladie dont on reconnaît son efficacité dans certains pays s'avère donc être l'outil nécessaire pour cette nouvelle approche.

### **7.3 Implication de la société civile à l'exécution et au contrôle budgétaire**

La société civile agit uniquement au niveau du budget d'investissement (BIP). Le BIP est un outil qui permet à l'Etat de promouvoir le développement et d'atteindre ses objectifs en matière de lutte contre la pauvreté. C'est ainsi que la société civile participe régulièrement à des commissions chargées du contrôle et de l'exécution du budget, surtout dans le contrôle des marchés publics. Les résultats de la contribution des représentants de cette société à l'exécution et au contrôle budgétaire civile restent encore mitigés.

Afin de suivre les réalisations du gouvernement camerounais et de bannir les maux qui constituent un frein au développement économique et social de l'Etat, la participation de la société civile doit s'améliorer. A cet effet il conviendrait entre autres de mener les actions suivantes :

- collaborer avec les parlementaires, en particulier lors des débats précédant le vote du budget ;
- mettre en place une véritable politique de décentralisation visant à transférer une partie très substantielle de la gestion budgétaire aux collectivités décentralisées de l'Etat ;
- sensibiliser les citoyens aux questions budgétaires afin d'accroître leur intérêt pour celles-ci.

### **7.4 Consolidation du système d'information sanitaire**

Le secteur de la santé, à l'exemple du système statistique national en général, présente un potentiel très riche en ce qui concerne la production des informations statistiques. Malheureusement l'étude de la traçabilité des dépenses publiques de santé au Cameroun a rencontré quelques difficultés dues essentiellement à la non disponibilité de l'information budgétaire. De plus, les informations sur l'offre et la demande des services de santé restent très peu connues, non actualisées ne permettant pas ainsi de prendre de bonnes décisions. Ceci découle de l'inefficacité de coordination entre les différents structures et programmes verticaux de santé qui produisent l'information (non harmonisation des méthodologies et supports de collecte utilisés).

Au regard de l'importance accordée aux secteurs prioritaires comme la santé pour booster la croissance au Cameroun, le processus de la prise de décision à chaque niveau de l'organisation passe par la mise sur pied d'un système d'information sanitaire efficace. D'où la nécessité de définir un plan de renforcement de capacités du système de santé en vue d'outiller les différents acteurs sur la tenue et la gestion des informations sanitaires. Ce renforcement des capacités permettra de disposer des informations de routine à intervalles réguliers, et de mécanismes destinés à produire des informations utiles.

Pour une meilleure couverture statistique du secteur de la santé, l'approche méthodologique à développer devra intégrer toutes les instances et tous les paliers identifiés, et former le personnel en charge des statistiques suivant le niveau où l'on se trouve.

### **7.5 Offre et demande des services de santé**

L'organisation actuel du secteur public prévoit l'implantation des formations sanitaires jusqu'au niveau périphérique pour desservir le maximum des populations. En 2009, on note une amélioration



quant à la couverture des hôpitaux : un ratio de 118330 habitants pour un hôpital, ce qui est appréciable par rapport à la norme de l'OMS qui prévoit un ratio de 100 000 habitants pour un hôpital. Cependant, il ne suffit pas de multiplier les formations sanitaires mais de veiller à leur fonctionnalité notamment la présence des ressources humaines et matérielles suffisantes.

Les formations sanitaires privées qui accompagnent le gouvernement dans l'offre de service de santé aux populations ont pour la plupart pour promoteur les médecins exerçant dans le public. En effet, plusieurs patients qui consultent les formations sanitaires publiques sont orientés par les médecins vers leurs centres de santé privés pour leur suivi médical. Cependant, de nombreux risques sont soulevés dans cette pratique au rang desquels une charge de travail très importante pour les médecins qui sont obligés de travailler en continu autant dans le public que dans leurs structures privées. Cela pourrait bien avoir des incidences négatives sur leurs performances bien que beaucoup de malades trouvent leur service satisfaisant. L'un des résultats est que de nombreux malades sont insatisfaits du service fourni dans les formations sanitaires publiques à cause du mauvais accueil dont ils font l'objet.

Des efforts supplémentaires doivent donc être faits par le gouvernement pour former et recruter davantage de personnel médical en l'occurrence les médecins, les chirurgiens dentistes et les pharmaciens afin de combler le gap par rapport aux normes de l'OMS. L'espoir reste permis quand on sait que des actions sont en cours de mise en œuvre dans le sens de l'ouverture de nouvelles facultés de médecines et de nouvelles spécialités.

L'équité reste également une préoccupation fondamentale pour le système de santé camerounais.

Sur la base des projections obtenues à partir des données du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH3) et des informations issues de la carte sanitaire, l'analyse de la répartition des formations sanitaires à travers le territoire national révèle une forte iniquité qui permet de distinguer deux grands groupes :

- i) Le groupe des mieux servis caractérisé par une densité de la population élevée et un ratio population/formation sanitaire faible, c'est-à-dire une concentration en FS élevée par rapport à la population. Font partie de ce groupe et par ordre décroissant de dotation en formations sanitaires, les régions de l'Ouest, du Nord-ouest, du Littoral, de l'Extrême-Nord, du Centre et du Sud-Ouest.
- ii) Le groupe des défavorisés caractérisé par un ratio population/formation sanitaire élevé et une densité faible. Appartiennent à ce groupe et suivant leur faible dotation en formations sanitaires, les régions de l'Est, de l'Adamaoua, du Nord et du Sud.

Dans ce classement, les régions du Centre et du Littoral devraient certainement migrer vers les groupes les plus défavorisés si on exclut Yaoundé et Douala qui concentrent beaucoup de district de santé et les formations sanitaires à couverture nationale.

Si l'on s'intéresse aux soins de santé primaires, seules les régions de l'Ouest et du Nord-Ouest restent dans le groupe dont la concentration des centres de santé est plus forte que celle de la population. Même en se limitant aux centres de santé publics, les changements observés n'apportent pas de modification en termes de composition des groupes précédents.

En tout état de cause, les régions du Nord, de l'Extrême-Nord et du Littoral s'affichent comme celles où l'accès aux soins de santé primaires fait face à une faible dotation en centres de santé. En moyenne, dans ces trois régions, plus de 10 000 personnes sont desservies par un centre de santé.

Bien que les recrutements se soient accentués dans le secteur, le déploiement du personnel sur l'étendue du territoire n'est pas toujours optimal. En effet, la gestion centralisée de ce personnel au niveau national empêche toute maîtrise de ce personnel dans son déploiement comme dans sa gestion

quotidienne. Par ailleurs, la majeure partie du personnel sanitaire manque de motivation en raison de l'absence de visibilité dans le statut, le profil de carrière, les primes, les moyens, le cadre de travail. L'intéressement du personnel à travers l'aspect financier reste un élément crucial pour son implication dans le travail. Ainsi, si le personnel est intéressé aux résultats obtenus par la formation sanitaire et par son travail dans cette formation sanitaire, il pourra être incité à travailler mieux. Aussi, quand le lien entre le revenu et le travail fourni sera réellement perceptible, on pourrait s'attendre à un autre type de comportement de la part du personnel.

Les coupures brusques d'électricité doublées de la mauvaise utilisation des équipements acquis sont aussi citées comme sources de dysfonctionnement. Par exemple, le nouveau centre d'hémodialyse dont la construction dans la ville de Bamenda a nécessité des moyens importants a vu ces appareils endommagés suite à une coupure d'électricité. Cette situation interpelle le gouvernement et les principaux gestionnaires des structures de santé sur la mise en place d'un dispositif de maintenance dans chaque formation sanitaire disposant d'un matériel médical de grande importance. L'absence dans ces formations sanitaires du personnel technique qualifié pour l'entretien/réparation des équipements médicaux acquis reste un problème majeur. Dans cette optique, l'Etat devrait penser à ouvrir dans les écoles nationales des spécialités pour la formation du personnel de maintenance des équipements médico-sanitaires.

La disponibilité du médicament dans les formations sanitaires continue d'être une préoccupation au regard des conclusions sur le suivi de quelques médicaments essentiels. En 2009, 30% environ de formations sanitaires n'ont pas disposé du stock minimum de médicaments requis. La rupture de stock va parfois jusqu'à 19 jours, preuve que la qualité de ces réseaux de distribution reste à parfaire.

## 7.6 Gouvernance hospitalière

La dernière enquête PETS avait recommandé qu'il soit instauré dans les formations sanitaires un système d'affichage des prix des consultations pour faciliter l'information du patient et éviter des actes de corruption qui pourraient engendrer des désagréments. Le problème demeure. En effet, pour près de 43% de patients interrogés, les tarifs de consultation ne sont pas affichés. Quand bien même ils sont affichés, ils le sont à des endroits pas très visibles au public.

Les coûts des soins dans les hôpitaux aujourd'hui, sont loin d'obéir au décret n°87/529 du 21 avril 1987 fixant la nomenclature générale des actes médicaux ; décret modifié par un arrêté ministériel (MINSANTE) du 8 juin 1994 portant fixation de la liste des produits et prestations des services dont les prix et tarifs sont soumis à la procédure d'homologation préalables des prix suite aux effets induits de la dévaluation et le progrès de la technologie. Dans les formations publiques par exemple, les coûts des soins varient selon que l'on sollicite un hôpital de référence, un hôpital de district, un CMA, ou un CSI d'une part et la qualification du personnel que l'on souhaite consulter d'autre part.

## 7.7 Synthèse des principaux problèmes soulevés par les enquêtés

En exploitant les différentes réponses des responsables des structures sanitaires enquêtées ou consultées au sujet des problèmes de traçabilité de la dépense publique, et celles des bénéficiaires des services de santé sur leur niveau de satisfaction, on peut relever en substance les problèmes suivants :

### ✓ *Sur le circuit de la dépense*

- Faible participation des responsables des services déconcentrés et des structures de dialogue à la préparation du budget ;
- Non respect du chronogramme de préparation du budget ;

- Prise en compte insuffisante au niveau des services centraux des besoins exprimés par les structures ;
- Forte concentration de la gestion du BIP ;
- Forte distraction des ressources au niveau des Contrôles financiers et des autorités administratives ;
- Forte asymétrie de l'information entre les responsables des formations sanitaires et les bénéficiaires ;
- Connaissance insuffisante ou mauvaise application des principes de gestion budgétaire par certains responsables ;
- Indisponibilité totale ou partielle d'archives sur l'information budgétaire ;
- Non respect des délais d'exécution budgétaire et retard dans la réception des autorisations de dépenses ;
- Faible poids décisionnel des gestionnaires au sein des commissions locales de marchés ;
- Mauvaise qualité de la dépense ;
- Difficulté persistante dans la programmation d'une enquête de type "Budget Tracking" à périodicité régulière.

✓ ***En rapport avec le niveau de satisfaction des bénéficiaires***

- Insuffisance des équipements nécessaires pour offrir des soins dignes du plateau technique de la formation sanitaire sollicitée ;
- Problème d'assainissement dans les formations sanitaires ;
- Insuffisance de l'offre en énergie électrique surtout en zone rurale ;
- Rupture fréquente des stocks des médicaments essentiels dans les formations sanitaires ;
- Insuffisance de personnel sanitaire qualifié dans les formations sanitaires ;
- Non affichage des tarifs officiels et incompatibilité entre ces tarifs et ceux pratiqués dans les FS ;
- Mauvais accueil des patients dans les formations sanitaires et surtout celles du public ;
- Persistance de certaines maladies (la grippe et le paludisme).

## **7.8 Recommandations**

Dans l'optique de la définition d'une matrice d'actions devant améliorer la gestion des finances ainsi que l'accès aux services de santé de qualité améliorée, les recommandations suivantes peuvent être formulées :

✓ ***Sur le circuit de la dépense***

- Associer davantage les responsables des services déconcentrés et des structures de dialogue à la préparation du budget ;
- Déconcentrer la structure technique de préparation du budget ;
- Prendre en compte les besoins réels exprimés par les structures de santé ;
- Permettre aux responsables des structures de définir leurs priorités ;
- Créer un comité Planification – Programmation – Budgétisation – Suivi (PPBS) au sein du MINSANTE ;

- Décentraliser autant que possible la gestion du BIP ;
- Revoir le rôle des Contrôles financiers et des autorités administratives dans le circuit de la dépense ;
- Systématiser la mise à la disposition du public (par le biais des structures de dialogue comme les comités de gestion) de l'information sur les ressources budgétaires et leur utilisation ;
- Rendre disponible le manuel de procédures budgétaires et comptables et faciliter son acquisition et son utilisation aux responsables ;
- Mettre en place un système d'archivage des documents budgétaires ;
- Améliorer les délais de transmission des autorisations de dépenses ;
- Rehausser le poids décisionnel des ordonnateurs au sein des commissions locales des marchés ;
- Etoffer suffisamment les cahiers de clauses techniques pour écarter les prestataires aventuriers ;
- Considérer les capacités financière et technique des soumissionnaires lors de l'attribution des marchés ;
- Mettre en place un mécanisme d'appropriation de l'exercice "Budget tracking" au Ministère de la Santé publique.

✓ ***En rapport avec le niveau de satisfaction des bénéficiaires***

- Equiper adéquatement les formations sanitaires ;
- Améliorer la qualité de l'offre des services de santé surtout dans les zones rurales et difficiles d'accès ;
- Promouvoir des méthodes modernes d'évacuation des déchets tout en respectant la protection de l'environnement ;
- Assurer l'accès de toutes les FS en eau de boisson ;
- Assurer l'accès de toutes les FS en électricité ;
- Rendre disponibles les médicaments essentiels, vaccins et consommables, ainsi que des tests de laboratoire à tous les niveaux de la pyramide sanitaire en particulier dans les zones rurales et celles d'accès difficile ;
- Rendre disponible et motiver le personnel qualifié dans les FS surtout dans les zones rurales et celles d'accès difficile ;
- Définir clairement un dispositif d'orientation des patients dans la FS ;
- Améliorer la qualité des équipements des FS pour répondre à la demande et intensifier la lutte contre certaines maladies prioritaires telles que le Paludisme.

# CHAPITRE 1 : CONTEXTE, OBJECTIFS ET METHODOLOGIE DE L'ETUDE

## 1.1 Contexte de l'étude

Une enquête sur le circuit des dépenses publiques "Budget tracking" (encore appelé PETS) est un audit statistique (et non comptable). C'est un type d'opération qui doit permettre de disposer d'un document de référence pour l'appréciation de la gestion des finances publiques dans les secteurs prioritaires considérés.

La première opération du genre, PETS 1, commanditée par le Gouvernement camerounais, a été réalisée au Cameroun en 2003/2004, par l'Institut National de la Statistique (INS). Elle faisait partie des déclencheurs du point d'achèvement de l'Initiative d'allègement de la dette publique des Pays Pauvres Très Endettés (IPPTE). A l'issue de cette étude, une matrice d'actions prioritaires (MAP) a été produite et certaines des actions de cette matrice sont déjà mises en œuvre. Au nombre de celles-ci, on peut citer la création et le fonctionnement effectif des comités locaux de suivi du BIP et la diffusion du Journal des projets jusqu'au niveau des chefferies traditionnelles de troisième degré. La présente enquête (PETS 2) en est également l'une des recommandations de ladite matrice d'actions.

Cette fois encore, le suivi des dépenses publiques s'est focalisé à l'éducation et la santé qui constituent deux secteurs sociaux auxquels le Gouvernement camerounais accorde une grande priorité. Dans ces secteurs prioritaires, le rapport national des consultations participatives de mars 2008 fait ressortir quelques réalisations effectuées au cours de la période de mise en œuvre du DSRP 1 (2003-2007) qui auraient permis d'améliorer l'accès des populations aux services sociaux de base. Toutefois, il reste préoccupant d'évaluer le niveau de mise en œuvre des mesures retenues dans le plan d'actions prioritaires issu du PETS 1, ce qui permet de corriger les dysfonctionnements éventuels qui persistent et d'actualiser la matrice des mesures à mettre en œuvre dans le but ultime d'assurer à l'ensemble de la population un accès adéquat aux services de santé et d'éducation de qualité.

Par ailleurs, la loi n°2007/006 du 26 décembre 2007 portant régime financier de l'Etat a rendu disponible "la constitution financière du Cameroun". En rapport avec cette loi qui consacre les principes de régularité, de sincérité et de fidélité dans la tenue des comptes publics, le PETS 2 se positionne comme un instrument de suivi et d'évaluation de ce nouveau régime financier.

Compte tenu de l'importance du volet gouvernance dans la politique actuelle du gouvernement et la place de la gestion axée sur les résultats, il a été recommandé qu'une telle enquête soit réalisée périodiquement, avec des outils de collecte allégés, pour évaluer l'efficacité de la dépense publique et l'évolution de la satisfaction des bénéficiaires.

## **1.2 Objectifs de l'étude**

### **1.2.1 Objectif général**

L'objectif général du PETS 2 est de fournir au gouvernement camerounais et aux partenaires intervenant dans le secteur de la santé, l'information nécessaire pour apprécier objectivement les performances de la dépense publique au cours de la période 2003-2009.

### **1.2.2 Objectifs spécifiques**

De manière spécifique l'étude permet :

- iv) de fournir une évaluation actuelle de la traçabilité de la dépense publique afin de mesurer les progrès réalisés dans la gestion des ressources publiques depuis le précédent PETS et d'identifier les potentielles sources d'inefficacité qui subsistent ;
- v) d'évaluer la mise en œuvre des mesures retenues dans la matrice d'actions prioritaires issues du PETS 1 afin d'apprécier dans quelle mesure les acteurs des secteurs de l'éducation et de la santé se sont appropriés les différents outils de suivi et de contrôle des dépenses publiques. Il est examiné en particulier la dissémination de l'information sur la provision des services publics d'éducation et de santé, nécessaire pour engager les citoyens et renforcer la redevabilité sociale ;
- vi) d'apprécier le degré de satisfaction des bénéficiaires des services de santé afin de dégager des orientations pour améliorer l'accès et la qualité de ces services.

## **1.3 Approche méthodologique de l'étude**

Pour réaliser l'enquête PETS 2, un comité de pilotage a été créé. Ce comité était composé de l'équipe de coordination technique de l'INS et des experts des secteurs concernés que sont : Education (MINEDUB et MINESEC), Santé (MINSANTE), finances publiques (MINFI et MINEPAT) et Suivi des programmes économiques (CTS).

### **1.3.1 Champ de l'enquête**

Sur le plan géographique, l'enquête a couvert l'ensemble du territoire national. Sont concernés par l'opération, du côté des services publics, tous les niveaux hiérarchiques de l'administration de la santé publique et les structures prestataires de services (formations sanitaires). S'agissant des bénéficiaires, toutes les Zones de Dénombrement (ZD) de la troisième Enquête camerounaise auprès des ménages (ECAM 3) ont fait partie de la base de sondage de l'enquête.

Afin de déceler les spécificités régionales en termes notamment de coût et de qualité de service public de santé, le territoire national a été découpé en douze zones d'enquête (les deux grandes métropoles Yaoundé et Douala étant considérés comme des régions d'enquête à part). Ceci permet une désagrégation de l'information, nécessaire dans le cadre de la décentralisation en cours de mise en œuvre, mais aussi facilite les comparaisons avec le PETS 1.

### **Encadré 1 : Limites du champ de l'étude**

En ce qui concerne les ménages, n'ont été retenus que ceux ayant participé à la troisième enquête camerounaise auprès des ménages (ECAM 3). Le souci majeur étant de mettre en liaison les appréhensions des bénéficiaires des services de la santé et leurs conditions de vie à travers la fusion des sources d'informations (bases de données).

Pour ce qui est des formations sanitaires, comme au PETS 1, il a été expressément exclu du champ les hôpitaux généraux, centraux et régionaux qui répondent à d'autres règles de gestion notamment le conseil d'administration qui régit les hôpitaux généraux et les subventions du gouvernement même pour les établissements publics.

#### **1.3.2 Sources de données**

Les données analysées dans ce document ont été principalement collectées auprès :

- (i) des services administratifs (centraux, régionaux, départementaux, etc.) par lesquels transitent les ressources ;
- (ii) d'un échantillon des structures prestataires du service ou sanitaire ;
- (iii) d'un échantillon des bénéficiaires des services des secteurs concernés.

##### **1.3.2.1 Sources primaires**

Pour ce qui est des données primaires, elles ont été collectées auprès :

- (i) des services administratifs (régionaux, départementaux, etc.) par lesquels transitent les ressources ;
- (ii) d'un échantillon des structures prestataires de services éducatifs ou sanitaires ;
- (iii) d'un échantillon des bénéficiaires des services des secteurs concernés.

Les informations relatives à la traçabilité de la dépense publique ont été collectées essentiellement pour l'exercice budgétaire 2009.

Du côté de l'offre, l'unité d'échantillonnage est une structure publique ou privée, prestataire de services sanitaires. A la base, il s'agit des formations sanitaires. Ces unités constituent en même temps les unités d'observation. Par ailleurs, les responsables des différents services administratifs par lesquels transitent les ressources ont été interrogés (services centraux, régionaux, départementaux, etc.).

Pour ce qui est des établissements prestataires des services sanitaires de base, la base de sondage était constituée de la liste de toutes les formations sanitaires privées et publiques. Cette liste a été fournie par le MINSANTE.

La contrainte de reconduire une partie de l'échantillon PETS1 à PETS2 oblige la comparaison des bases de sondage sur les deux années et cette opération a révélé des mutations des structures dont il importe d'en tenir compte. S'agissant de la demande, l'unité d'observation est le ménage ou le malade pris à vif dans une formation sanitaire.

##### **1.3.2.2 Sources secondaires**

Elles sont essentiellement constituées des services administratifs centraux en charges des questions de finances, des investissements et de la santé. Ces informations du niveau central ont été collectées sous forme de données secondaires ou par entretien direct.

La collecte de ces données secondaires permet d'une part de maîtriser l'organisation administrative de la santé, et d'autre part de faire le diagnostic général du système et sanitaire du pays.



Certaines données secondaires ont été collectées dans les structures spécialisées dans les enquêtes et recensements démographiques et socio-économiques ; celles-ci portent sur la structure de la population par âge, sexe, région, etc. Une estimation de l'offre et de la demande potentielle des services peut alors être évaluée.

Les études et documents de politique et programmes en matière de santé, élaborés par le Gouvernement camerounais, les organismes internationaux ou les organisations non gouvernementales (ONG) fournissent également des informations sur les actions qui ont déjà été mises en œuvre et plus particulièrement sur le volume des ressources financières et non financières allouées à la réalisation des projets.

Une exploitation des textes législatifs et réglementaires sur les finances publiques a par ailleurs permis d'avoir des éléments sur le contexte institutionnel.

### **1.3.3 Plan de sondage**

#### **1.3.3.1 Approche méthodologique de tirage des échantillons**

L'approche de choix des échantillons du PETS2 est similaire à celle du PETS1 étant donné que d'une part PETS2 porte sur le même champ et vise les mêmes objectifs que PETS1 dont elle devrait permettre d'actualiser les résultats et d'analyser les évolutions observées, et d'autre part PETS2 intervient comme PETS1 peu après une Enquête camerounaise auprès des ménages (ECAM) ayant permis d'actualiser le profil de pauvreté et les conditions de vie des ménages.

C'est ainsi que le tirage de l'échantillon du PETS2 a intégré à la fois les acquis de celui de l'ECAM3 réalisée en 2007 et celui du PETS1 de 2003/2004. Il s'agit donc d'une enquête nationale représentative stratifiée à un ou deux degrés selon le type d'unités ciblées.

L'option d'intégrer certains choix méthodologiques de PETS2 avec ceux de PETS1 et d'ECAM3 devrait permettre d'assurer une meilleure lisibilité et une analyse future des résultats desdites enquêtes dans une perspective d'étude des déterminants de la pauvreté, et des trajectoires des formations sanitaires et services échantillonnés entre 2003/2004 et 2009/2010 en matière de gestion des ressources publiques. Cette option permet également de gagner du temps et en ressources en héritant des acquis des précédentes opérations en ce qui concerne la conception et d'autres travaux préparatoires de l'enquête (par exemple, utilisation de la cartographie des zones de dénombrement récemment actualisée à l'ECAM3), et de limiter l'effet qualité de certaines bases de sondage disponibles (par exemple, incomplétude des listes nationales des formations sanitaires, vétusté de certaines cartes des zones de dénombrement issues de la cartographie du 3<sup>ème</sup> RGPH et utilisées pour l'enquête ménage).

#### **1.3.3.2 Stratification**

Dans le cadre du PETS2 comme dans celui du PETS1 et des ECAM2 et 3, le territoire national est stratifié en 12 domaines d'étude ou zones d'enquête, à savoir les 10 régions administratives du pays, auxquelles s'ajoutent, compte tenu de leurs spécificités, les métropoles de Douala et Yaoundé considérés comme des domaines d'étude à part.

En dehors de Yaoundé et Douala considérées comme entièrement urbaines, chacune des régions administratives du pays est a priori subdivisée en trois sous-strates de résidence : le milieu urbain composé des villes de 50 000 habitants et plus, le semi-urbain comprenant les agglomérations de 10 000 à moins de 50 000 habitants, et le milieu rural (agglomérations de moins de 10 000 habitants). Pour les besoins d'analyse cependant, l'on a retenu une stratification simplifiée opposant le milieu urbain (ensemble des villes de 50 000 habitants et plus) au milieu rural au sens large (agglomérations de moins de 50 000 habitants).



### 1.3.3.3 Taille de l'échantillon

Etant donné que PETS2 s'est proposé de produire des résultats robustes par région et vue la contrainte budgétaire, les tailles des échantillons du PETS2 sont, pour les différents types d'unité ciblées, proches de celles retenues au PETS1.

La ventilation de l'échantillon par type d'unités donne, environ 1 642 ménages et 249 services déconcentrés impliqués dans le circuit de la dépense publique ou dans l'encadrement et la supervision des formations prestataires des services de santé.

Quant aux formations sanitaires échantillonnées, on en a au total 176, dont 38 HD, 30 CMA et 108 CSI.

Autant que possible, 30 à 40% environ des établissements scolaires tirés dans chaque région relèvent de l'ordre d'enseignement privé tous sous ordre confondus (laïc, catholique, protestant, islamique).

### 1.3.3.4 Tirage des échantillons

Tout comme ce fut le cas pour PETS1, le tirage des échantillons commence par celui des établissements prestataires des services sanitaires de base et par celui des ménages qui en sont les bénéficiaires potentiels.

Pour assurer la cohérence des résultats, le tirage des échantillons pour les différents volets et niveaux d'intervention dans le circuit de la dépense publique est effectué de façon intégrée. C'est ainsi que les ménages et les établissements prestataires des services éducatifs et sanitaires de base sélectionnés pour l'enquête appartiennent aux mêmes unités administratives afin de permettre un rapprochement entre les résultats des différents volets et niveaux d'enquête. Les échantillons de services déconcentrés jouant un rôle d'intermédiaire, d'encadrement ou de supervision entre l'administration centrale et les établissements dérivent hiérarchiquement du choix des établissements pour l'enquête.

### 1.3.3.5 Tirage de l'échantillon des bénéficiaires ménages

En rappel, le tirage des ménages à enquêter dans le cadre du PETS2 dérive du plan de sondage de l'ECAM3 ayant servi à actualiser le profil de pauvreté et les conditions de vie des ménages de 2007. L'ECAM3 a porté en effet sur un échantillon représentatif d'environ 12 000 ménages choisis dans 742 ZD sélectionnés sur l'ensemble du territoire national stratifié comme décrit précédemment. Il s'agit d'un tirage aléatoire stratifié à deux degrés : le premier degré (choix des unités primaires de type aréolaire) portant sur les ZD, et le deuxième degré (choix des unités secondaires) étant celui du choix des ménages.

Ce tirage effectué a consisté à choisir d'abord un sous-échantillon des ZD et d'arrondissements sélectionnés à l'ECAM3, en privilégiant celles se trouvant dans les unités administratives où s'était déroulée PETS1 ; puis à choisir dans chacune de ces ZD un certain nombre de ménages variable selon la région d'enquête.

**Tableau 1 : Distribution spatiale de l'échantillon des ménages du PETS2**

Région d'enquête	ECAM3		PETS2	
	Nombre de ZD	Nombre de ménages	Nombre de ZD	Nombre de ménages
Douala	100	1 260	25	145
Yaoundé	100	1 248	25	140
Adamaoua	32	600	11	99
Centre	46	855	15	131
Est	33	618	11	101
Extrême-Nord	90	1 665	20	159
Littoral	39	726	13	112
Nord	46	864	15	130
Nord-Ouest	85	1 575	20	178
Ouest	73	1 362	20	181
Sud	31	582	10	91
Sud-Ouest	67	1 254	20	175
<b>Ensemble</b>	<b>742</b>	<b>12 609</b>	<b>205</b>	<b>1 642</b>

Au premier degré, sur les 742 ZD de l'ECAM3, l'on se propose d'en sélectionner environ 200 ZD dans l'ensemble des 12 zones d'enquête, répartis à raison de 25 ZD à Douala, 25 à Yaoundé et en moyenne 15 ZD dans chacune des 10 autres régions d'enquête.

Pour ce faire, à Yaoundé et Douala, principales agglomérations urbaines dans lesquelles l'on a un échantillon de 100 ZD ECAM3, on tire d'abord de façon systématique un sous-échantillon au  $\frac{1}{4}$  soit 25 ZD représentant tous les arrondissements composant ces villes.

Dans les 10 autres régions d'enquête, l'on a choisi  $\frac{1}{3}$  des ZD ECAM3, avec un maximum de 20 ZD par région pour PETS2. Cette répartition est fonction du poids de la région dans l'échantillon de l'ECAM3, et du nombre d'unités administratives ayant été concernées par PETS1.

Dans chaque ZD ainsi sélectionnée, l'on choisit au hasard 50% de l'effectif des ménages des échantillons enquêtés avec succès à ECAM3, soit en général 6 ménages à Douala et à Yaoundé, et 9 ménages dans les autres régions d'enquête.

**Tableau 2 : Distribution spatiale de l'échantillon des ménages du PETS2 par strate de résidence**

Région d'enquête	Rural	Semi urbain	Urbain	Total
Douala			145	145
Yaoundé			140	140
Adamaoua	38	26	35	99
Centre	27	16	88	131
Est	16	46	39	101
Extrême-Nord	55	8	96	159
Littoral	20	19	73	112
Nord	22	27	81	130
Nord-Ouest	49	9	120	178
Ouest	48	9	124	181
Sud	18	36	37	91
Sud-Ouest	18	35	122	175
<b>Ensemble</b>	<b>311</b>	<b>231</b>	<b>1 100</b>	<b>1 642</b>

Ces ménages sont choisis parmi ceux ayant été interviewés à l'ECAM3. L'objectif étant de valoriser les informations disponibles sur ces ménages, notamment celles portant sur son niveau et ses conditions de vie. Dans ce cas, il suffit de sélectionner de façon systématique 1 ménage sur 2 parmi les ménages échantillonnés et enquêtés à l'ECAM3, et de les repérer à partir des dossiers cartographiques disponibles pour les enquêter.

### 1.3.3.6 Tirage de l'échantillon des formations sanitaires

La méthode de tirage découle comme indiquée précédemment, de celui des ZD ; les formations sanitaires sélectionnées constituent des échantillons choisis dans les mêmes unités administratives que les ZD de l'enquête ménage. Sont privilégiés dans ce choix les deux critères suivants :

- Formations sanitaires implantées dans les localités couvertes par la ZD, à défaut les localités voisines ;
- Formations sanitaires ayant fait partie de l'échantillon du PETS1 en 2004.

**Tableau 3 : Distribution spatiale de l'échantillon des Formations sanitaires par région et par ordre**

Région	Echantillon PETS1 reconduit au PETS2				Echantillon PETS2				Dont privées				Bénéficiaires malades			
	HD	CMA	CSI	Total	HD	CMA	CSI	Total	HD	CMA	CSI	Total	HD	CMA	CSI	Total
Douala	4	2	5	11	4	3	9	16	1	1	6	6	20	9	27	56
Yaoundé	4	2	5	11	4	3	9	16	2	0	6	15	20	9	27	56
Adamaoua	3	1	4	8	3	1	9	13	1	0	3	4	15	3	27	45
Centre	1	1	2	4	3	5	9	17	0	3	2	5	15	15	27	57
Est	1	1	1	3	3	3	9	15	2	1	1	7	15	9	27	51
Extrême nord	2	0	4	6	3	1	9	13	0	0	1	8	15	3	27	45
Littoral	3	0	5	8	3	2	9	14	0	1	1	9	15	6	27	48
Nord	1	1	2	4	3	1	9	13	0	0	1	10	15	3	27	45
Nord ouest	1	2	6	9	3	3	9	15	1	1	4	11	15	9	27	51
Ouest	2	2	4	8	3	3	9	15	0	0	3	12	15	9	27	51
Sud	3	0	5	8	3	2	9	14	1	0	2	13	15	6	27	48
Sud ouest	2	0	4	6	3	3	9	15	1	1	3	14	15	9	27	51
<b>CAMEROUN</b>	<b>27</b>	<b>12</b>	<b>47</b>	<b>86</b>	<b>38</b>	<b>30</b>	<b>108</b>	<b>176</b>	<b>9</b>	<b>8</b>	<b>33</b>	<b>50</b>	<b>190</b>	<b>90</b>	<b>324</b>	<b>604</b>

### 1.3.3.7 Echantillons au niveau intermédiaire (services déconcentrés)

Au niveau intermédiaire, l'échantillon de l'enquête comprend :

- les 10 délégations régionales de la santé publique (DRSP) ;
- les services de santé de district des 38 districts de santé dans lesquels ont été sélectionnées les formations sanitaires à enquêter.

Pour ce qui est des services déconcentrés de finances et du MINEPAT :

- les 11 contrôles régionaux des finances (dont 2 dans le Littoral, respectivement à Douala et à Nkongsamba) et les 10 délégations régionales du MINEPAT qui suivent respectivement le budget de fonctionnement et le budget d'investissement dans les régions du pays ;
- les contrôles départementaux des finances et les délégations départementales du MINEPAT dans les 35 départements concernés par les différents volets de l'enquête ;
- les contrôles de finances d'arrondissement, rôles dévolus aux sous-préfectures dans les arrondissements concernés par l'enquête.

La ventilation par zones des échantillons des services déconcentrés enquêtés au niveau intermédiaire est récapitulée dans le tableau ci-après.

**Tableau 4 : Distribution spatiale de l'échantillon des structures déconcentrées à enquêter**

Zones d'enquête	Secteur santé			Contrôles de finances			
	DR	DS	Total	DR	DD	Sous-Préfectures	Total
Douala	1	4	5	2	2	5	9
Yaoundé	1	4	5	2	2	6	10
Adamaoua	1	3	4	2	6	3	11
Centre		3	3		8	4	12
Est	1	3	4	2	4	4	10
Extrême-nord	1	3	4	2	8	4	14
Littoral		3	3		6	4	10
Nord	1	3	4	2	6	4	12
Nord-ouest	1	3	4	2	8	4	14
Ouest	1	3	4	2	8	6	16
Sud	1	3	4	2	6	3	11
Sud-ouest	1	3	4	2	6	4	12
<b>Total général</b>	<b>10</b>	<b>38</b>	<b>48</b>	<b>20</b>	<b>70</b>	<b>51</b>	<b>141</b>

### 1.3.4 Présentation de l'échantillon des formations sanitaires enquêtées

L'enquête a porté sur un échantillon de 164 formations sanitaires dont 118 du secteur public et 46 du secteur privé. Dans le secteur public, 23% de ces formations sanitaires sont des Hôpitaux de District (HD), 18% des Centres Médicaux d'Arrondissement (CMA) et 59% des Centres de Santé intégré (CSI).

**Tableau 5 : Répartition des formations sanitaires enquêtées par région, par secteur et par catégorie.**

Région	Public			Privé			Total			Total
	HD	CMA	CSI	HD	CMA	CSI	HD	CMA	CSI	
Douala	3	3	2	1	4	3	4	7	5	16
Yaoundé	1	2	2	2	0	1	3	2	3	8
Adamaoua	2	1	6	1	0	3	3	1	9	13
Centre	3	2	6	1	2	2	4	4	8	20
Est	1	3	8	2	0	1	3	3	9	18
Extrême nord	2	1	7	0	0	2	2	1	9	22
Littoral	3	1	6	1	0	2	4	1	8	14
Nord	3	1	8	0	0	0	3	1	8	12
Nord ouest	2	3	5	1	1	3	3	4	8	15
Ouest	3	3	6	0	0	3	3	3	9	18
Sud	2	1	7	0	0	2	2	1	9	13
Sud ouest	2	1	6	0	1	0	2	2	6	15
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>22</b>	<b>69</b>	<b>9</b>	<b>8</b>	<b>22</b>	<b>36</b>	<b>30</b>	<b>91</b>	<b>164</b>

Source : INS/PETS2, 2010

Pour ce qui est de la répartition de ces formations sanitaires selon le milieu d'implantation, 49% sont situées en zone rurale contre 51 % en zone urbaine. Environ 64% d'hôpitaux de district, 52% de CMA et 40% de CSI ont été enquêtées en zone urbaine.

## CHAPITRE 2 : ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DU SYSTEME DE SANTE PUBLIQUE CAMEROUNAIS

### 2.1 Contexte de développement du secteur santé

#### 2.1.1 Situation démographique

La population camerounaise est en constante augmentation. Elle est estimée au premier janvier 2010 à 19 406 100 habitants pour une densité de 39 habitants au km<sup>2</sup> avec de grandes disparités régionales. Cette population est essentiellement jeune. Celle de moins de 15 ans représente 43,6% avec plus de la moitié de la population ayant moins de 18 ans.

La structure par sexe de la population montre un léger déséquilibre entre les femmes (qui représentent environ 51% de celle-ci) et les hommes. La population des zones urbaines est moins importante par rapport à celle des zones rurales bien qu'elle croisse rapidement.

Le taux de croissance démographique annuel est passé de 2,8% en 2005 à 2,6% en fin 2009.

#### 2.1.2 Etat de santé de la population

L'évaluation de l'état de santé de la population appréciée à travers un certain nombre d'indicateurs a permis de mettre en relief un ensemble d'acquis positifs en terme d'amélioration de l'état de santé de la population, de l'offre de soins, du financement, des médicaments et de la sécurité sanitaire.

La population camerounaise a enregistré un changement notable grâce aux efforts entrepris notamment par le programme de planification familiale. En effet, l'indice synthétique de fécondité a connu une sensible diminution passant de 7 enfants par femme en 1962 à 2,5 en 2004.

Grâce aux différentes stratégies adaptées au contexte épidémiologique spécifique à chaque maladie, des acquis indéniables ont été enregistrés. Il s'agit notamment de :

- L'éradication ou la réduction d'un certain nombre de maladies (Poliomyélite, Diphtérie, Tétanos néonatal, Rougeole, Trachome, Paludisme, Bilharziose ;
- l'amélioration de la couverture vaccinale : 86,2% pour le BCG (Vaccin contre la tuberculose), 84,0% pour le DTC3 (Vaccin contre la Diphtérie, Tétanos et Coqueluche), 79,9% pour le VAR (Vaccin Anti-Rougeoleux), 81,9% pour POLIO3 (vaccin contre poliomyélite) et de 76,3% pour les naissances protégées contre le Tétanos Néonatale (VAT2+) et 77,3% pour le VAA ( contre la fièvre jaune);
- L'amélioration de la prise en charge et de la prévention du paludisme ;
- Le contrôle de l'endémie de la tuberculose et la décentralisation de sa prise en charge avec intégration dans le réseau des soins de santé de base ;
- L'amélioration de la situation des ophtalmies transmissibles surtout celles relatives au trachome ;
- La généralisation de l'accès et de la gratuité à la trithérapie pour les malades atteints du SIDA ;
- La substitution de l'insuline humaine 40 unités par l'insuline humaine 100 unités afin d'augmenter la sécurité et la qualité des soins au profit des malades diabétiques.

## 2.2 Présentation du système de santé publique

### 2.2.1 Organisation et fonctionnement

L'organisation du système de santé camerounais a été définie en 1989 par le Ministère de la Santé Publique par le décret N°89/011. Le Ministère de la Santé Publique est garant de la conception et de la mise en œuvre de la politique en matière de santé. A ce titre, il élabore les stratégies de mise en œuvre de la politique de santé; assure l'organisation, le développement et le contrôle technique des services et formations sanitaires publics et privés ; contrôle l'exercice des professions des professionnels de la santé, assure la tutelle des ordres professionnels correspondants et des organismes de santé publique ; élabore et met en œuvre le plan de formation des personnels en service au Ministère de la Santé Publique ; concourt à la formation et au recyclage permanents des personnels des corps de la santé publique ; gère les établissements publics sanitaires ; concourt à la promotion de la coopération en matière de santé ; gère la carrière des agents publics en service au Ministère de la Santé Publique ; prépare la solde et les accessoires de solde desdits agents ; veille au respect de la carte sanitaire nationale et à sa mise à jour.

Les intervenants en matière de santé au Cameroun travaillent au sein d'un système structuré en trois niveaux : central, intermédiaire et périphérique. Chaque niveau a des fonctions spécifiques et dispose de structures administratives, de structures de soins et de structures de dialogue.

**Tableau 6: Les différents niveaux du système national de santé publique du Cameroun**

Niveau	Structures administratives	Compétences	Structures de soins	Structures de dialogue
<b>Central</b>	Services Centraux du Ministère de la Santé Publique	-Elaboration des concepts, de la politique et des stratégies - Coordination - Régulation	Hôpitaux Généraux de référence, Centre Hospitalier et Universitaire, Hôpitaux Centraux	Conseils d'Administration ou Comités de gestion
<b>Intermédiaire</b>	Délégations Régionales	Appui technique aux districts de santé	Hôpitaux Régionaux et assimilés	Fonds Spéciaux Régionaux pour la promotion de la santé
<b>Périphérique</b>	Services de Santé de District	Mise en œuvre des programmes	Hôpitaux de District, Centres Médicaux d'Arrondissement, Centres de santé	COSADI COGEDI COSA COGE

Source : INS/PETS2, 2010 (construit à partir du SSS 2006 – 2015)

Chaque niveau s'articule en trois sous-secteurs à savoir le public, le privé et la médecine traditionnelle.

Le sous secteur public regroupe toutes les institutions sanitaires publiques et parapubliques y compris celles gérées par d'autres départements ministériels (la Défense, l'Emploi et le Travail, les Affaires sociales, la Condition féminine et l'Éducation nationale). Il est organisé suivant une structure pyramidale avec au sommet des hôpitaux de 1<sup>ère</sup> catégorie, suivis des hôpitaux de 2<sup>ème</sup> catégorie et régionaux qui coiffent chacun plusieurs hôpitaux de district. Ce sous-secteur est peu performant à cause du délabrement des infrastructures, de la vétusté des équipements et de l'insuffisance des ressources humaines.

Le sous secteur privé occupe une place très importante au Cameroun. Il regroupe les institutions sanitaires à but non lucratif (confessions religieuses, associations et ONG) et celles à but lucratif. Ce sous-secteur échappe quelque peu au contrôle des autorités sanitaires à tous les niveaux et leurs

données statistiques ne sont pas suffisamment intégrées dans le système national d'information sanitaire.

La médecine traditionnelle constitue le troisième sous-secteur, même s'il n'est pas encore réglementé. Toutefois, on relève, en vue de la promotion de cette médecine, de nombreuses actions de l'État : création d'un service en charge de la médecine traditionnelle au Ministère de la Santé, création du Centre de Recherche sur les Plantes médicinales et la Médecine traditionnelle (CRPMT/IMPM), l'élaboration d'un cadre juridique en cours d'adoption et l'incitation à l'organisation des tradi-praticiens en association.

### 2.2.2 Infrastructures sanitaires et accessibilité

La couverture sanitaire par les établissements de soins de santé s'est nettement améliorée. Le nombre de ces établissements est passé de 3 039 en 2007 à 3370 en 2009. Le système de santé camerounais compte 04 hôpitaux généraux (1<sup>ère</sup> catégorie), 04 hôpitaux centraux (2<sup>ème</sup> catégorie), 11 hôpitaux régionaux (3<sup>ème</sup> catégorie), 164 hôpitaux de district, 155 centres médicaux d'arrondissement, et 1 888 centres de santé intégrés dont 1 600 sont fonctionnels. Il faut y ajouter 93 hôpitaux privés, 193 centres de santé privés à but non lucratif, 289 cliniques/polycliniques et 384 cabinets de soins. En outre il faut compter 12 laboratoires d'analyses médicales agréés dont le Centre Pasteur constitue la référence, 05 fabricants de médicaments, 14 grossistes, 331 officines (181 à Yaoundé et Douala), 01 Centrale Nationale d'Approvisionnement en Médicaments et Consommables médicaux Essentiels, 10 centres d'approvisionnement pharmaceutiques régionaux (CAPR), 03 faculté publique de médecine à Yaoundé, Douala et Buéa et 01 faculté privée de médecine (Université des Montagnes) et 39 établissements de formation du personnel médico-sanitaire.

**Tableau 7: Capital physique pour l'offre des services et soins<sup>1</sup>**

Catégories de formation Sanitaires	2001	2007	2009
Hôpitaux de 1 <sup>ère</sup> catégorie	4	4	4
Hôpitaux de 2 <sup>ème</sup> catégorie	3	3	4
Hôpitaux Régionaux et Assimilés	8	11	11
Hôpitaux de District	130	154	164
Centres Médicaux d'Arrondissement	/	155	155
Centres de Santé Intégrés	1 689	1 888	1 888
Centres de Santé Privés à but non lucratif	...	559	...
Cabinets de soins	...	...	384
Hôpitaux Privés à but non lucratif	...	93	...

**Source :** MINSANTE/DOSTS

L'accessibilité physique aux soins de santé demeure insuffisante malgré des grands efforts de création et de construction/équipement des formations sanitaires et l'existence désormais d'un document de stratégie nationale de technologie de la santé qui met l'accent sur cet aspect. Ceci est dû notamment à une inégale répartition des établissements de soins disponibles, elle-même conséquente à l'inexistence d'une carte sanitaire nationale et à l'insuffisance d'entretien des infrastructures et équipements existants.

<sup>1</sup> Il faut y ajouter 10 délégations régionales de santé et 178 services de santé de district dont 172 fonctionnels qui assurent essentiellement la coordination administrative.



**Tableau 8: Synthèse du Système National de Santé**

Régions	Population	Superficie (km <sup>2</sup> )	Densité	Aires de Santé	CSI public	CS privé	CMA	HD	DS	Pharmacies privées
Adamaoua	1 015 622	60 000	12	74	92	32	12	6	8	10
Centre	3 525 664	71 050	37	296	370	201	36	28	29	101
Est	801 968	106 000	7	100	120	37	8	14	14	5
Extrême-nord	3 480 414	41 984	68	203	260	48	15	24	28	13
Littoral	2 865 795	31 984	72	158	151	111	12	18	18	107
Nord	2 050 229	63 005	20	96	152	30	3	14	15	16
Nord-ouest	1 804 695	18 100	107	172	181	82	22	16	18	12
Ouest	1 785 285	13 960	149	230	256	127	18	19	20	33
Sud	1 384 286	45 059	12	128	145	42	17	9	10	12
Sud-ouest	692 142	24 300	55	130	161	50	12	16	18	22
<b>TOTAL</b>	<b>19 406 100</b>	<b>475 442</b>	<b>35</b>	<b>1 587</b>	<b>1 888</b>	<b>760</b>	<b>155</b>	<b>164</b>	<b>178</b>	<b>331</b>

Source : Ministère de la Santé Publique, 2008

**Tableau 9: Ratio Population/ structure sanitaire par région en 2009**

Région	Population moyenne par district de santé	Population moyenne par hôpital	Population moyenne par centre de santé
Adamaoua	126 953	169 270	7 468
Centre	121 575	125 917	5 808
Est	57 283	57 283	4 860
Extrême-Nord	124 301	145 017	10 775
Littoral	159 211	159 211	10 459
Nord	136 682	146 445	11 082
Nord-Ouest	100 261	112 793	6 332
Ouest	89 264	93 962	4 452
Sud-Ouest	138 429	153 810	6 786
Sud	38 452	43 259	3 104
<b>Ensemble du pays</b>	<b>109 023</b>	<b>118 330</b>	<b>6 923</b>

Source : Ministère de la Santé Publique, 2009

### 2.2.3 La nouvelle stratégie de développement du secteur de la santé

Dans le cadre de la lutte contre la pauvreté, le Cameroun a adhéré à la plupart des politiques sanitaires adoptées sur le plan international telle que la Charte africaine de développement sanitaire et les soins de santé primaire. L'adhésion à toutes ces politiques lui a valu l'élaboration en 2001 d'une stratégie sectorielle de la santé précédée d'une évaluation à mi-parcours faite en 2006. Les recommandations formulées à la fin de ce travail ont incité le Gouvernement à réviser ce document de référence en matière de politique sanitaire en 2009 tout en tenant compte des nouvelles orientations de la politique gouvernementale formulée dans le DSCE.

Ainsi la nouvelle stratégie sectorielle de la santé (SSS) visera les objectifs spécifiques ci-après :



- Amener 80% des 178 districts de santé existants à achever au moins la phase de consolidation du processus de viabilisation d'un District de Santé;
- Amener 100% des structures de santé des niveaux stratégique et intermédiaire à jouer leur rôle d'appui et d'orientation recours;
- Réduire de 1/3 la charge morbide chez les pauvres et les populations les plus vulnérables;
- Réduire de 2/3 la mortalité des enfants de moins de 5 ans ;
- Réduire de 2/5 la mortalité maternelle. Pour atteindre ces objectifs spécifiques, cinq (05) axes stratégiques ont été retenus :
- Le renforcement du système de santé ;
- La vulgarisation de la mise en œuvre du paquet minimum d'activités (PMA) et du paquet complémentaire d'activités (PCA) dans le district de santé ;
- Le développement d'un système d'orientation-recours opérationnel ;
- Le renforcement du partenariat dans le secteur ;
- La stimulation de la demande.

Le déroulement de ces stratégies permet de dégager les interventions majeures relatives aux services et soins de santé, regroupées selon une nomenclature qui s'organise en quatre (4) domaines (**i.** santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent, **ii.** Lutte contre la maladie, **iii.** Promotion de la santé et **iv.** viabilisation du district de santé), 21 classes d'intervention, 63 catégories d'intervention et 265 types d'intervention.

### 2.3 Les intervenants dans le secteur santé

Le secteur de la santé s'articule autour de trois sous-secteurs : le sous-secteur public, le sous-secteur privé et le sous-secteur de la médecine traditionnelle. Les intervenants dans ce secteur demeurent l'Etat, les ménages/communautés, les Organisations de la Société Civile (OSC), le privé, les tradipraticiens et les partenaires techniques et financiers.

Les lois 2004/018 et 2004/019 du 22 Juillet 2004 fixant les règles applicables aux collectivités territoriales décentralisées (régions et communes) ont conféré à celles-ci un rôle très important dans le développement sanitaire et social. Il s'agit entre autres de :

- 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.

Dans le but de promouvoir et rendre opérationnelle la complémentarité entre tous ces acteurs de santé, le MINSANTE a opté pour une dynamique de contractualisation des interventions. Ainsi, en 2007, il s'est lancé dans le renforcement du partenariat public-privé à travers la signature des conventions cadres et des contrats d'exécution. A titre d'illustration, des contrats ont été signés avec trois grands partenaires du sous secteur à but non lucratif OCASC, CEPCA, FALC.

#### 2.3.1 L'Etat

Le rôle principal dans l'administration du système de santé revient à l'Etat, garant de l'intérêt public et de l'amélioration de l'état sanitaire de la population. Il lui revient de définir la politique de santé et la

fixation des grands équilibres économiques liés à la santé et à son financement. L'Etat intervient parfois directement dans la production ou le financement des soins. Il exerce un contrôle sur les relations entre institutions de financement, professionnel et malade au nom des impératifs sanitaires et économiques généraux. Plusieurs ministères interviennent dans l'élaboration des politiques de santé au nom de l'Etat : ainsi le ministère de la santé, le ministère du travail et de la sécurité sociale mais aussi le ministère des finances ont un rôle à jouer dans le domaine de la santé publique.

### **2.3.2 Les ménages /communautés**

Les ménages et les communautés sont appelés à jouer un rôle important dans la définition des politiques et programmes de santé, la planification et la mise en œuvre ainsi que le suivi et l'évaluation de toutes ces actions.

Pour l'heure, l'insuffisance de décentralisation et le manque de formation freinent quelque peu la participation effective des ménages et communautés à la mise en œuvre desdits politiques et programmes.

### **2.3.3 Le Privé**

Les intervenants privés occupent une place très importante au Cameroun. L'offre des soins de santé dans ce secteur se fait par le secteur privé à but lucratif et le secteur privé à but non lucratif.

i) Le sous-secteur privé à but lucratif dispose pour chacune des professions (médecins, chirurgiens dentistes, pharmaciens et infirmiers) d'un ordre et d'un syndicat.

ii) Le sous-secteur privé à but non lucratif regroupe les confessionnels qui jouent un rôle essentiel en matière d'offre de soins au Cameroun et le secteur associatif qui est encore marginal. Les confessionnels sont constitués par l'Eglise Catholique, la Fédération des Missions et Eglises Evangéliques du Cameroun (FEMEC) et les Musulmans.

Le sous-secteur privé à but lucratif se concentre essentiellement en zone urbaine ; le sous-secteur privé à but non lucratif est quant à lui réparti sur l'ensemble du territoire, les zones rurales étant historiquement le lieu d'implantation privilégiée des confessions religieuses.

### **2.3.4 Les Partenaires internationaux**

Plusieurs partenaires internationaux interviennent activement dans le secteur de la santé au Cameroun. Ils appuient le Gouvernement dans ses efforts de développement du système de santé de district et d'autres dans le développement et la mise en œuvre des programmes prioritaires. On peut citer notamment l'UNICEF, l'OMS, la Banque Mondiale, l'ONUSIDA, etc.

## **2.4 Les ressources du secteur**

### **2.4.1 Ressources humaines**

De 2005 à 2009, l'effectif du personnel médical et paramédical n'a pas considérablement augmenté. Les ratios médecin/habitants et infirmier/habitant se sont dégradés passant respectivement de 10 084 habitants à 14 418 habitants pour un médecin et de 2 249 habitants à 2 545 habitants pour un infirmier. Cette situation est particulièrement due à l'absence d'un plan de développement de ressources humaines en santé, à la fuite des cerveaux suite aux mauvais traitements, aux retraites sans remplacement et à un accroissement rapide de la population. Il faut noter que les ressources humaines disponibles sont très inégalement réparties selon les régions et suivant les zones (urbaine et rurale). Pour ce qui est de certaines catégories de personnel tels que les dentistes, les ophtalmologistes, les pharmaciens et les chirurgiens dentistes, le déficit est encore très important allant jusqu'à l'absence

dans certaines zones. Ceci est principalement dû à l'absence de certaines filières de formations, notamment des paramédicaux dans les différents instituts et écoles nationaux de formation.

**Tableau 10: Situation des indicateurs des ressources en 2009 par rapport aux normes de l'OMS**

Ressources	Indicateurs	Valeur au Cameroun	Norme OMS
Physiques	Nombre d'habitants pour 1 Hôpital	106 044	100 000
	Nombre d'habitants pour 1 Centre de santé	12 061	10 000
Humaines	Nombre d'habitants pour 1 Médecin	14 418	10 000
	Nombre d'habitants par personnel médico-sanitaire	3094 <i>(en 2007)</i>	3 000
	Nombre d'habitants pour 1 Pharmacien	718 744	15 000
	Nombre d'habitants pour 1 chirurgien dentiste	606 441	105882
Financières	% du Budget public alloué à la santé		15%

Source : MINSANTE 2009, lois des finances(2009)

**Tableau 11: Distribution du personnel médical et paramédical du système sanitaire public camerounais**

Titre	2005	2007	2009
Administrateur de santé	11	11	22
Médecins	1 049	1 319	1 346
Chirurgiens dentistes	26	39	32
Pharmaciens	27	38	27
Infirmiers	6 705	8 226	7 626
Tech. Médico sanitaires	1 021	1 409	1 008
Personnel de Génie sanitaire	175	187	372
Tech. Biomédicaux	15	37	-
Contractuels	233	559	635
Décisionnaires	781	781	1 694
Autres	1 485	1 548	2 958
<b>Total</b>	<b>11 528</b>	<b>14 154</b>	<b>15 720</b>

Source : MINSANTE/SIGIPES, 2009

## 2.4.2 Ressources Financières

Le système de santé se définit comme l'ensemble de l'organisation de la santé et des dispositifs de prise en charge des soins de la population. Les soins à la population sont délivrés par différents types de prestataires ou offreurs de soins : les établissements hospitaliers, publics et privés, les praticiens médicaux et paramédicaux libéraux, les pharmacies et les fournisseurs d'appareillages. Aborder la question des financeurs de système de santé, c'est par conséquent, s'intéresser aux organismes, qui assurent la prise en charge financière des soins délivrés par ces professionnels.

Les principales sources de financement du secteur de la santé sont : le budget de l'État, les ménages à travers le recouvrement des coûts et autres paiements directs et le financement extérieur. Les collectivités publiques locales, les ONG et l'assurance-maladie privée apportent une contribution marginale.

Des disproportions énormes existent entre ces différentes sources de financement. En 2009 par exemple, sur un financement total du secteur estimé à 2 301,1 milliards de FCFA, la contribution des ménages s'élevait à 94,6% contre 3,8% (soit 86 779 000 000 FCFA) pour l'État et 1,6 % (37 0425 080 000 FCFA) pour les partenaires extérieurs. Il faut noter que ce budget n'inclut pas les ressources de santé allouées aux autres administrations.

**Tableau 12: Evolution du budget du secteur de la santé (en milliards de FCFA)**

Année	Evolution du budget alloué			Evolution du budget exécuté			Taux d'exécution du budget (%)	
	National	MINSANTE	% budget national	National	MINSANTE	% budget national	National	MINSANTE
<b>2005</b>	1742,9	85,6	4,9	1 476,1	51,5	3,5	84,7	60,2
<b>2006</b>	1 861,0	84,3	4,5	1 529,8	55,3	3,6	82,2	65,6
<b>2007</b>	2251,0	105,3	4,7	1742,4	68,9	3,9	77,4	65,4
<b>2008</b>	2482,0	95,5	3,8	2385,0	74,9	3,1	82,8	75,6
<b>2009</b>	2 301,4	113,3	4,9	2227,0	83,1	3,7	96,8	73,2

Source : Lois des finances 2005 – 2009, Rapport d'exécution physico-financière du BIP

La proportion du budget de l'État affectée à la santé reste faible par rapport à la déclaration de politique sectorielle de santé de 1992 qui prévoyait d'en assurer un accroissement progressif jusqu'à 15 % du budget de l'État, pour témoigner de la priorité accordée au secteur de la santé et de l'adhésion aux recommandations de l'OMS. Cette situation est aggravée par la faible capacité d'exécution des crédits d'investissement inscrits au budget, qui représentent environ 30 % du budget alloué au Ministère de la Santé publique.

## CHAPITRE 3 : DESCRIPTION DU CIRCUIT DE LA DEPENSE PUBLIQUE

Les dépenses publiques sont l'ensemble des dépenses réalisées par les administrations publiques dans le cadre de l'enveloppe budgétaire qui leur est allouée. Leur financement est principalement assuré par les recettes publiques (impôts, taxes, cotisations sociales et contributions exigibles). Après la préparation du budget par les services compétents, la dépense est effectuée dans les différentes administrations suivant un canevas bien déterminé.

Dans le cadre de l'amélioration de l'efficacité de la gouvernance et de la transparence qui sont deux maîtres mots de la lutte pour la réduction de la pauvreté engagée depuis quelques années au Cameroun, il est important pour le Gouvernement de bien connaître le circuit de la dépense publique en général et en particulier celui des secteurs prioritaires que sont l'éducation et la santé.

### 3.1 La préparation du budget

La préparation du budget au Cameroun se déroule dans les perspectives de l'arrimage au nouveau régime financier prévu par la loi N°2007/006 du 26 décembre 2007. Ce nouveau régime qui renforce les pouvoirs des gestionnaires met en exergue le principe de leur responsabilité caractérisé par l'impartialité, la production d'un compte administratif et d'une comptabilité patrimoniale et analytique. Il prescrit l'approche programme dans la préparation du budget (le budget doit désormais se présenter sous forme de programme et projet).

La préparation du budget permet donc la bonne exécution des programmes du MINSANTE, tout en veillant à ce que les projets retenus reflètent la Stratégie Sectorielle de la Santé (SSS) ainsi que la feuille de route prescrite par le Premier Ministre.

#### - *Le Dispositif de préparation du budget au Ministère de la santé publique*

En 2008, année de préparation du budget 2009, la préparation du budget est placée sous la coordination du Secrétaire Général. Toutefois, il n'y a pas d'organisation standard en la matière ; la seule référence étant la circulaire présidentielle.

En 2009, pour la préparation du budget 2010, l'innovation est la réactivation de la chaîne PPBS (Planification-Programmation-Budgétisation-Suivi/évaluation) qui induit la mise en place des structures techniques opérationnelles telle que la cellule technique chargée du CDMT.

#### - *Le processus de préparation du budget de l'Etat au Cameroun*

La préparation du budget au Cameroun se déroule principalement en 08 phases aussi importantes les unes que les autres.

##### ➤ *Phase 1 : Cadrage macro-économique et budgétaire*

Il commence généralement au courant du mois de février et permet de poser les bases de l'élaboration du cadre de dépenses à moyen terme (CDMT) central.

Le CDMT central définit de manière triennale des enveloppes hiérarchisées de ressources, compatibles avec la stabilité macro-économique et certaines priorités stratégiques explicites. Il permet une estimation des coûts à court et à moyen termes des politiques (actuelles et envisagées), ainsi qu'une prise de décision recourant à un processus itératif qui harmonise les coûts et les ressources disponibles. Cette opération tient compte du développement du partenariat.

##### ➤ *Phase 2 : Elaboration des CDMT ministériels*

Après le cadrage macro-économique et budgétaire, des cadres de dépenses à moyens termes sont élaborés au niveau global et ministériel. Il s'agit pour les décideurs, après la revue des programmes sectoriels au deuxième trimestre, de fixer des limites des dépenses globales et ministérielles qui

correspondent le mieux aux objectifs globaux de développement. Cette opération qui se déroule essentiellement au premier semestre de l'année conduit à des programmes réalistes à financer ou à mûrir.

➤ **Phase 3 : Pré- conférences budgétaires**

Les différentes administrations publiques sont invitées à faire une première évaluation de l'exécution à mi-parcours de leurs budgets et à exprimer les besoins pour l'exercice à venir. Cette phase se déroule au courant du mois de juillet.

➤ **Phase 4 : Cadrage budgétaire**

Il se tient au courant du mois d'août et consiste à ajuster les besoins exprimés par les départements ministériels au nouveau cadrage des ressources. Cette phase permet de notifier les enveloppes budgétaires aux ministères et d'engager les ajustements itératifs des programmes et projets.

➤ **Phase 5 : Conférences budgétaires**

Elles se déroulent au courant du mois de septembre et aboutissent à la présentation par chapitre budgétaire des objectifs prioritaires de l'année concernée et du portefeuille des programmes et projets, avec des propositions de dotations budgétaires dans le projet de loi de finances.

➤ **Phase 6 : Derniers arbitrages**

Sur proposition du Ministre des Finances et du Ministre de l'Economie, de la Planification et de l'Aménagement du Territoire, ils sont réalisés au mois de septembre par le Premier Ministre et permettent d'obtenir des enveloppes budgétaires annuelles définitives par ministère.

➤ **Phase 7 : Le projet de loi de Finances**

La loi de finances prévoit et autorise, chaque année, l'ensemble des ressources et charges de l'Etat en déterminant leur nature, leur montant, leur affectation et en fixant leur équilibre, dans les conditions et sous les réserves prévues par la loi N°2007/006 du 26 décembre 2007 portant Régime financier de l'Etat.

Sous l'autorité du Président de la République, le Premier Ministre coordonne la préparation du projet de loi de finances, assuré par le Ministre chargé des finances, en concertation avec les organes constitutionnels, les ministres ou les responsables de services concernés.

Le projet de loi qui est élaboré pendant la période de septembre à début octobre est soumis par le Chef de l'Etat à l'examen de l'Assemblée Nationale.

➤ **Phase 8 : Adoption, validation et promulgation du budget**

Le projet de loi est examiné par l'Assemblée Nationale. Chaque ministre passe devant les députés pour défendre son enveloppe budgétaire. Au terme de cet exercice, le budget de l'Etat est voté et soumis au chef de l'Etat pour promulgation. C'est après sa promulgation qu'il devient exécutoire.

## 3.2 L'exécution budgétaire

L'exécution du budget commence par son chargement en machine au niveau des contrôleurs financiers spécialisés des ministères à l'aide du logiciel DEPMI. Une équipe conjointe MINFI-MINEPAT effectue ensuite une mission dans les différentes régions pour le lancement de l'exécution du budget. Dans cette sous section, sont tour à tour présentées les principales opérations de la dépense publique, les principaux intervenants et enfin les actes qui sont prévus pour son exécution.

La procédure d'exécution de la dépense publique comprend quatre étapes dont trois relèvent de l'ordonnateur (engagement, liquidation et ordonnancement) et une du comptable (paiement).

➤ **Etape 1 : Engagement juridique de la dépense**

C'est un acte passé en vue de l'exécution d'un projet et susceptible d'entraîner une dépense (marché signé, bon de commande, ordre de mission, contrat de loyer, etc.). Il est important de souligner que la dépense peut être engagée tant au niveau des services centraux du ministère qu'au niveau des services

déconcentrés. Une attestation de situation de stock doit être préalablement établie avant de passer une commande.

La procédure d'engagement est différente pour l'un ou l'autre cas. Elle peut être accélérée pour des cas d'urgence ou alors suivre son cours normal.

### *i. La procédure normale*

#### *Au niveau des services centraux*

Le prestataire présente deux pièces importantes à l'administration bénéficiaire notamment une facture proforma et un dossier de situation fiscale et administrative. Dès réception et validation de ces deux éléments, l'on procède dans l'ordre aux sept opérations suivantes :

- L'émission d'un bon d'engagement (BE) par le gestionnaire des crédits auquel est joint le dossier constitué par le prestataire. Il précise la dépense à effectuer et le nom de son bénéficiaire ;
- L'enregistrement du BE sur les fiches de contrôle des engagements du gestionnaire des crédits ;
- Le visa du service émetteur du BE ;
- Le visa du contrôle financier après le contrôle de la régularité de la dépense, des prix, des pièces, etc.;
- La transmission du dossier d'engagement aux services compétents (contrôle financier dans les régions) de la Direction Générale du Budget du MINFI qui (i) effectuent la saisie informatique pour la comptabilisation des engagements et (ii) émettent une autorisation de dépense (AD) qui vaut autorisation de commande ;
- L'autorisation de dépense éditée est retournée à l'ordonnateur via le Contrôleur financier ;
- Le gestionnaire reçoit enfin une autorisation de dépense et peut alors confirmer la commande au fournisseur par un ordre de services.

#### *Au niveau des services déconcentrés*

Au niveau des services déconcentrés, le BE porte la dénomination de Bon de Commande (BC), les contrôles préalables sont exercés par le Contrôleur financier local qui peut être régional, départemental ou un sous préfet selon la circonscription dans laquelle la structure se trouve. Le visa du comptable assignataire vaut une autorisation de dépense et autorise le fournisseur à exécuter la commande qu'il a reçue.

### *ii. Les procédures accélérées*

Il est normalement prévu pour certaines catégories bien délimitées de dépenses spécifiques ou en cas d'urgence avérée, des procédures simplifiées qui concentrent en une phase unique l'engagement, la liquidation et l'édition d'un titre de paiement. Tel est par exemple le cas des dépenses engagées sur les financements PPTE dans les secteurs santé et éducation.

Que ce soit la procédure accélérée ou la procédure normale, le principe de constatation du service fait veut que lorsque la commande est confirmée au prestataire, que celui-ci l'exécute et la livre au service bénéficiaire en prenant le soin de l'accompagner de la facture définitive. Un contrôle des livraisons doit être opéré par le bénéficiaire du produit (biens ou services) pour vérifier leur conformité (quantité, prix unitaires, nature et qualité) à la commande et les prendre en inventaire pour assurer une bonne gestion des biens acquis par l'Etat.

#### **➤ Etape 2 : La liquidation de la dépense (engagement comptable)**

Il s'agit de l'opération qui consiste à déterminer le montant exact et définitif de la créance que le prestataire détient sur l'Etat après avoir exécuté la commande qu'il a reçue. L'enchaînement des quatre opérations est le suivant :



- Le gestionnaire prend possession de la commande ;
- Une commission de réception incluant le comptable-matières intervient pour constater, par rapport aux commandes et aux pièces justificatives produites, l'effectivité et la conformité aux prestations demandées par le gestionnaire ;
- Le contrôleur financier reçoit le dossier, procède aux vérifications nécessaires, vise le dossier, et le transmet aux services de la Direction Générale du trésor ;
- Le Trésor : (i) procède aux contrôles de sa compétence qui peuvent donner lieu à rejets, (ii) déduit du montant de la facture le montant des taxes dues par le prestataire et, le cas échéant, précompte les dettes fiscales du prestataire, (iii) procède à la liquidation et à la comptabilisation informatique des factures et (iv) transmet à la DGB la liste des BE considérés comme bons à payer aux montants nets déterminés par la liquidation.

Cette procédure suit deux circuits selon l'importance de la dépense :

Pour les dépenses de faible montant (jusqu'à 200 000 FCFA), le comptable-matières établit et signe un procès-verbal de réception et de certification du service fait et assure la conservation et la protection des biens livrés ainsi que leur distribution contrôlée aux destinataires finaux.

Pour les dépenses plus importantes (plus de 200 000 FCFA), les opérations ci-dessus sont réalisées par la commission de réception. Cette procédure s'applique pratiquement à toutes les dépenses relevant du BIP.

Dans le cas des dépenses d'investissement relatives à la réalisation d'équipements ou d'infrastructures, il doit être également procédé à un contrôle des travaux. Les projets de devis et de contrats, de même que les décomptes et factures doivent être visés par les services techniques compétents du Ministère des travaux publics (MINTP) pour les constructions neuves, les travaux et ouvrages routiers ; du Ministère du développement urbain et de l'habitat (MINDUH) pour les travaux urbains de réfection, de restauration et la réhabilitation ; du Ministère des finances (MINFI) pour le matériel informatique et le Ministère des Domaines et des Affaires foncières (MINDAF) pour les véhicules.

#### ➤ **Etape 3 : L'ordonnancement de la dépense**

En 2009, le nouveau régime financier de l'Etat rentrait à sa deuxième année d'application. Conformément à cette loi, c'est l'ordonnateur qui ordonnance la dépense en établissant l'ordre de paiement qui est transmis au Trésor pour exécution.

#### ➤ **Etape 4 : Le paiement de la dépense**

Le Trésor public reçoit pour paiement les avis de crédits ou de bons transmis par les ordonnateurs. En fonction des disponibilités, le Trésor public établit un programme de paiement.

### **3.3 Les différents intervenants dans le circuit de la dépense**

En matière de recettes budgétaires, il existe deux catégories d'ordonnateur : l'ordonnateur principal (Ministre chargé des finances) et les ordonnateurs délégués (chefs de départements ministériels et assimilés) pour les recettes produites par leurs administrations, ainsi que les responsables des administrations fiscales.

S'agissant des dépenses publiques, il existe trois catégories d'ordonnateur : les ordonnateurs principaux, les ordonnateurs secondaires et les ordonnateurs délégués.

#### ➤ **Les ordonnateurs principaux**

Il s'agit des chefs de départements ministériels ou assimilés (les directeurs généraux et directeurs des établissements publics administratifs par exemple) et les présidents des organes constitutionnels (Assemblée nationale, Sénat, etc.)

➤ **Les ordonnateurs secondaires**

Il s'agit des responsables des services déconcentrés de l'Etat qui reçoivent les autorisations de dépenses des ordonnateurs principaux (ex. : délégués régionaux, les chefs de service de santé de district, les responsables des HD et CMA).

➤ **Les ordonnateurs délégués**

Ils sont désignés par les ordonnateurs principaux ou secondaires pour des matières expressément définies. Cette délégation prend la forme d'un acte administratif d'un ordonnateur principal ou secondaire (ex : les responsables des CSI).

D'autres intervenants accompagnent les trois catégories d'ordonnateurs ci-dessus dans l'exécution des marchés.

➤ **Les commissions de passation des marchés**

Dans la réglementation actuellement en vigueur, chaque administration ou institution, en tant que démembrement de l'Etat est dotée d'une commission de passation des marchés qui est un organe d'appui technique placés auprès des Maîtres d'Ouvrage et Maîtres d'Ouvrage Délégués pour la passation des marchés publics dont le montant est supérieur ou égal à 5 millions de FCFA.

➤ **Les contrôleurs des finances**

Les contrôleurs financiers sont placés auprès des ordonnateurs centraux et locaux déconcentrés, des ordonnateurs territoriaux et des établissements publics. Ils assurent le contrôle concomitant de la légalité et de la régularité des dépenses publiques au stade des engagements. Ils contrôlent ainsi l'accréditation des gestionnaires et des comptables matières, la régularité des marchés et des décomptes, le suivi et l'apurement des régies d'avance. De manière générale, il contrôle les engagements comptables et les engagements juridiques. Ils ne sont pas juges de l'opportunité de la dépense.

Au niveau des arrondissements qui ne se trouvent pas dans les chefs lieux de région ou des chefs lieux de département, les sous-préfets jouent le rôle de contrôle financier.

Aux niveaux régional, départemental et de l'arrondissement, le contrôle financier couvre toutes les administrations.

➤ **Les services du MINEPAT**

Les services du MINEPAT assurent le suivi de l'exécution du budget d'investissement public.

➤ **La Direction Générale du Budget du MINFI**

Elle exerce la supervision des contrôles financiers. Elle assure également le contrôle financier des administrations non pourvues de contrôle.

➤ **L'agent en charge de la comptabilité-matières**

Dans le schéma de référence, la comptabilité matières permet d'assurer la bonne gestion (conservation et traçabilité) des biens de toute nature et notamment les biens fongibles ayant une valeur commerciale acquis sur fonds publics. Elle repose donc sur l'identification et la localisation des biens (le marquage et la prise en inventaire) et sur des procédures rigoureuses d'affectation, de mise en consommation ou de mise en réforme. L'agent en charge de la comptabilité-matières est désigné par l'ordonnateur et astreint, sous son autorité, à la production d'un compte en matières.

➤ **Les maîtres d'ouvrage délégués**

Il s'agit essentiellement des autorités administratives (gouverneurs, préfets, sous-préfet).

➤ **Les autres intervenants**

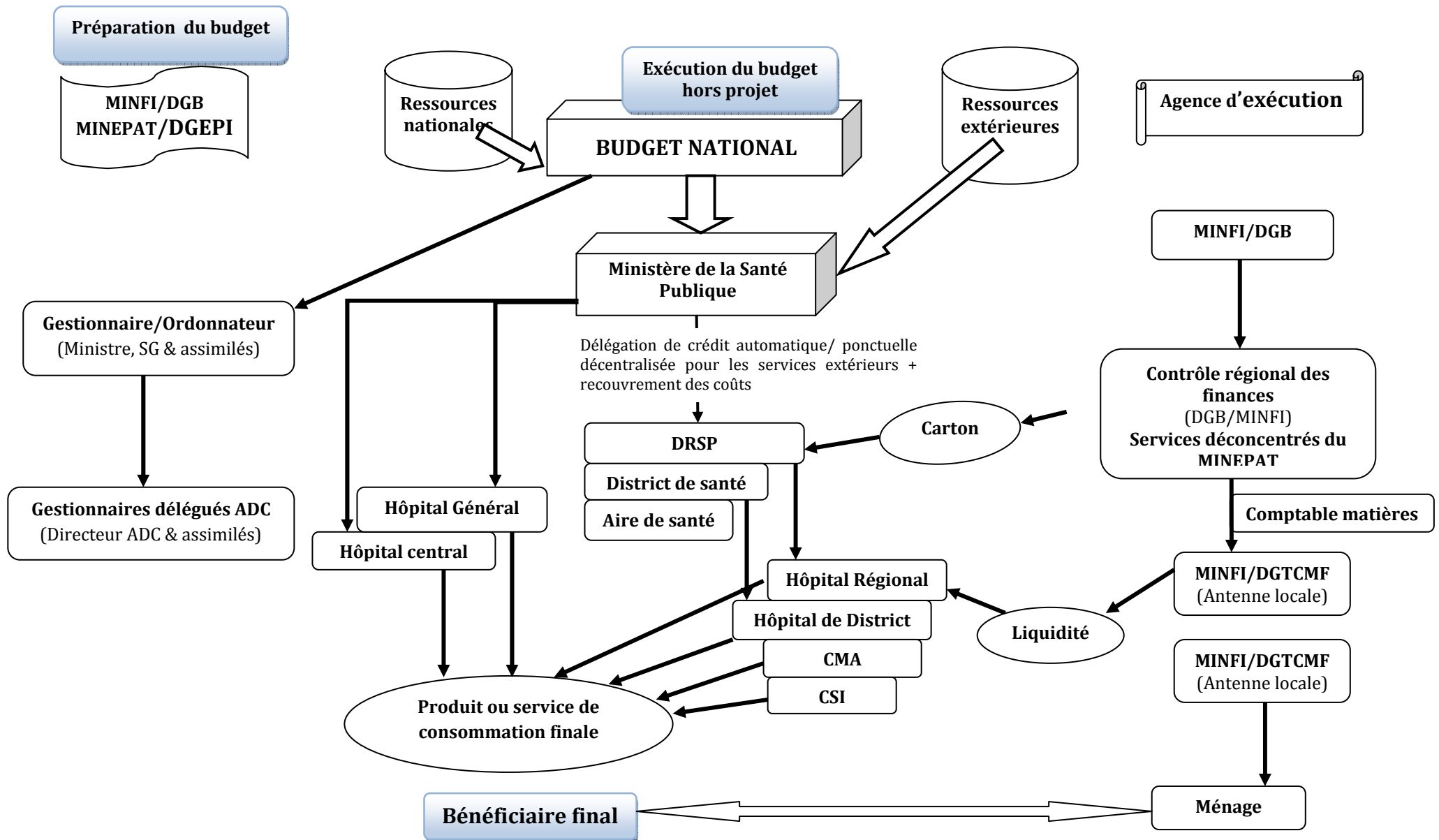
- Les ingénieurs de contrôle du MINTP, du MINDUH, du MINFI ou du MINDAF selon les cas ;
- Les services de la Direction Générale du Trésor (T.P.G, Receveurs des finances, Percepteurs).

Ces acteurs sont au bout de la chaîne des dépenses puisqu'ils sont chargés de la liquidation financière et du paiement des titres émis au bénéfice des créanciers de l'Etat.

➤ ***Les fournisseurs /prestataires de services***

Ils ne sont pas à proprement parler un maillon de la chaîne des dépenses, mais leur rôle transversal est déterminant. En effet, ils assurent la prestation des services ou la livraison des produits, objet de la dépense publique et qui sont nécessaires au bon fonctionnement des services publics.

**Encadré 2 : Circuit de la dépense du secteur Santé**



## CHAPITRE 4 : TRACABILITE DE LA DEPENSE PUBLIQUE

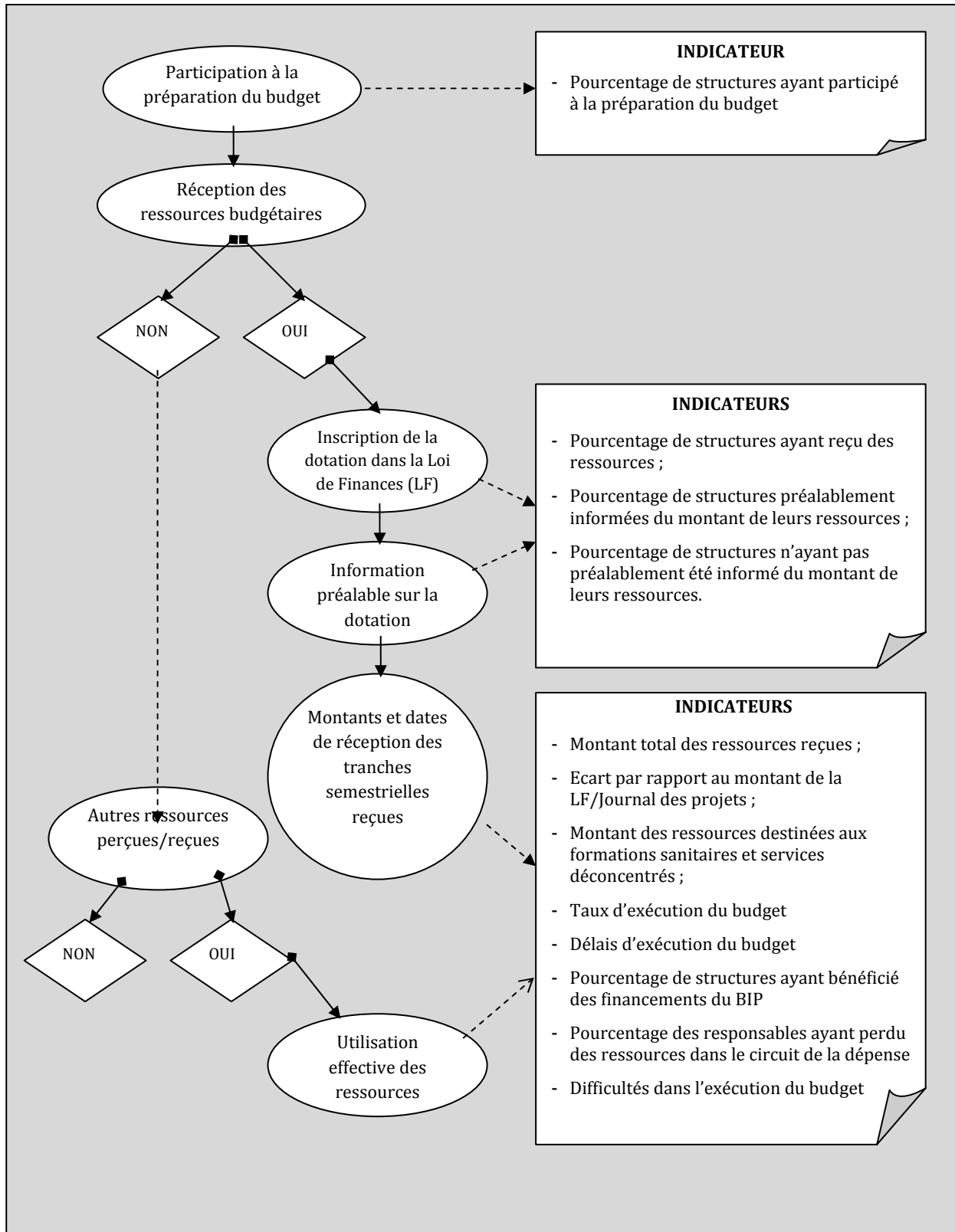
La traçabilité des dépenses publiques suit le cheminement du flux des fonds publics et des ressources matérielles provenant du gouvernement et autres donateurs à travers la hiérarchie administrative jusqu'aux ordonnateurs des formations sanitaires qui sont les prestataires de services de santé. Outre les informations sur la préparation budgétaire, ce chapitre s'intéresse à la disponibilité de l'information sur le circuit de la dépense publique, aux subventions que l'Etat accorde aux formations sanitaires privées et à l'exécution budgétaire.

### 4.1 Le modèle conceptuel de la traçabilité

Pour bien analyser la traçabilité des ressources budgétaires destinées à (ou transitant par) ces structures, il est nécessaire de disposer d'une information complète et fiable aussi bien sur le circuit de la dépense que sur les dotations prévues dans la loi de finances et celles effectivement reçues par les différents maillons de la chaîne.

Pour cela, l'on a réalisé le schéma conceptuel suivant qui constitue le socle des sections relatives au circuit du budget dans les questionnaires destinés aux services déconcentrés et aux formations sanitaires. Ce modèle est une combinaison de certains points importants pour le suivi de la traçabilité des ressources budgétaires. Il présente en amont la préparation budgétaire et en aval l'utilisation qui est faite des ressources perçues. Des indicateurs précis, relevés au niveau de chaque étape permettent de mieux cerner les informations y relatives.

**Encadré 3 : Modèle conceptuel du suivi de la traçabilité des ressources budgétaires dans le secteur de la santé**



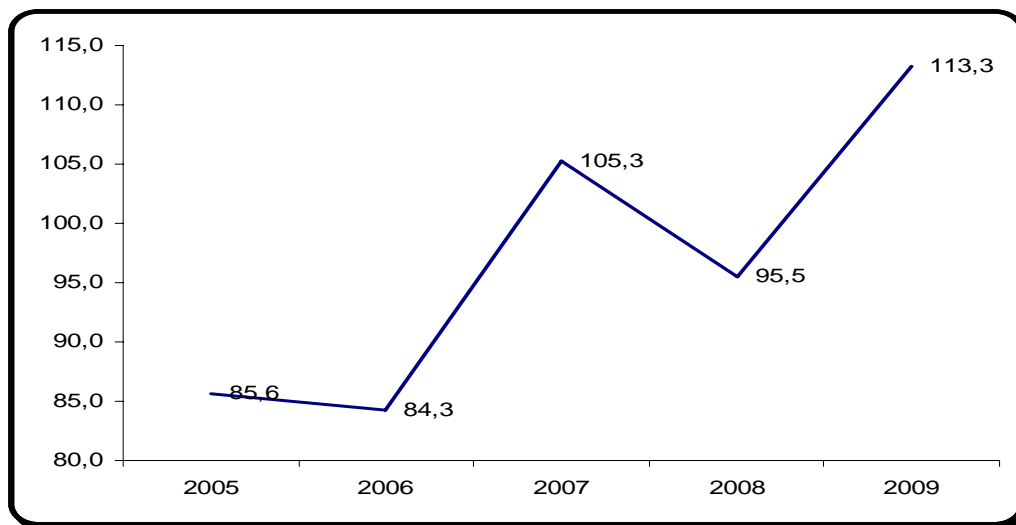
## 4.2 Allocation budgétaire et information préalable des ordonnateurs

Chaque année, l'Etat alloue une part importante de son budget au secteur de la santé. Ce budget est mis à la disposition de l'ordonnateur par le MINFI pour être exécuté. Pour une bonne gouvernance, l'information sur la disponibilité des ressources devrait être largement diffusée.

### 4.2.1. L'allocation des ressources au secteur santé

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les gouvernements doivent allouer 15% de leur budget aux dépenses liées à la santé afin d'atteindre les objectifs d'un accès à tous aux soins de la santé. Au Cameroun, depuis 2005, le budget alloué par l'Etat au secteur de la santé a une tendance globalement à la hausse.

**Graphique 1 : Evolution de la dotation budgétaire du MINSANTE (en milliards de FCFA)**



Source : Lois de finances 2005-2009

De 2005 à 2009, on est passé de 85,6 à 113,3 milliards, preuve que le gouvernement met un accent particulier sur les questions liées à la santé. Il faut par ailleurs signaler que les ressources extérieures ne sont pas comptabilisées dans ce cadre.

S'il est vrai que les actions du Gouvernement doivent tenir compte des engagements souscrits au niveau national et international, notamment la norme de l'OMS qui fixe à 15% la part du budget liée aux dépenses de santé dans le budget global, l'évolution actuelle du budget du MINSANTE indique que ces efforts qui sont faits sont encore insuffisants.

**Tableau 13 : Evolution de la part du budget du secteur santé dans le budget de l'Etat**

	2005	2006	2007	2008	2009
<b>Budget du Ministère</b>	85,6	84,3	105,3	95,5	113,3
Budget du Cameroun	1742,9	1861,0	2251,0	2482,0	2301,4
Part du Budget du secteur dans le budget total	4,9	4,5	4,7	3,8	4,9

Source : Lois des finances 2006-2009.

Depuis 2005, le budget du Ministère n'a jamais atteint 5% du budget de l'Etat. Bien que les dépenses liées à la santé n'aient pas fait l'objet d'une évaluation dans les autres départements ministériels, le



constat fait au niveau du MINSANTE montre que l'Etat camerounais a encore beaucoup à faire en vue de rattraper le retard déjà engrangé.

Selon la stratégie sectorielle de la santé (2001-2015), le CDMT ressort une allocation des ressources financières du secteur en programmes. Ainsi quatre programmes sont relevés. Il s'agit de : (i) la santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent (14% du budget total), (ii) la lutte contre la maladie (22% du budget) ; (iii) la promotion de la santé (5% du budget) et (iv) le renforcement du système de santé (59% du budget). Il est par ailleurs relevé que tous ces programmes se répartissent en sous programmes ou alors suivant une optique de pyramide sanitaire dans laquelle on retrouve le niveau central (30% du budget), le niveau intermédiaire (36% du budget) et le niveau opérationnel (34% du budget).

#### 4.2.2. La préparation budgétaire et l'information préalable des ordonnateurs

En début d'exercice budgétaire, chaque structure publique devrait être dotée d'un budget tandis que certaines formations sanitaires privées devraient percevoir des subventions de l'Etat.

##### – La préparation budgétaire dans les faits

La préparation du budget des différentes structures de l'Etat nécessite la participation ou la collaboration de leurs responsables, lesquels sont mieux informés des problèmes qui concernent la structure et les besoins en ressources à mobiliser. Le fait de prendre activement part à l'élaboration du budget de la structure dont on a la charge suscite l'intérêt de faire l'état des besoins nécessaires à l'accomplissement de ses missions.

L'enquête révèle qu'en 2009, la proportion des responsables des structures de santé ayant participé à la préparation de leur budget reste relativement faible. L'opinion des responsables des structures de santé sur cette participation est de moins en moins favorable quand on part des structures proches du centre de décision vers les structures périphériques. Un responsable de délégation régionale sur 3 a déclaré n'avoir pas participé à la préparation de son budget. Concernant les formations sanitaires, les gestionnaires des CMA et des CSI sont les moins associés à la préparation de leur budget (26% et 31% respectivement).

**Tableau 14 : Pourcentage des responsables ayant déclaré avoir été associés à la préparation du budget de leur structure en 2009**

Type de structure	Niveau de structure	Urbain	Rural	Ensemble
Services déconcentrés	Délégation régionale	66,7	-	66,7
	Service de Santé de District	54,3	-	54,3
Formation sanitaires	Hôpital de district	69,6	26,7	52,6
	Centre médical d'arrondissement	22,2	30,8	25,8
	Centre de santé intégré	28,2	32,7	30,9

Source : INS/PETS2, 2010

D'après ces responsables, leur contribution à l'élaboration du budget se fait généralement soit par leur participation à des sessions organisées par le comité de gestion, soit par l'élaboration et la transmission à la hiérarchie de l'état des besoins de la structure.

La correspondance administrative est le moyen le plus utilisé par les gestionnaires pour exprimer l'état de leurs besoins à la hiérarchie en vue de la préparation du budget. Ceci reste vrai quelque soit le type et le niveau de structure.

Au niveau des services déconcentrés et des FS, la quasi-totalité de ceux qui disent avoir été associés à la préparation budgétaire avouent n'avoir été que des acteurs passifs, leurs opinions n'étant pas toujours prises en compte.

**Tableau 15 : Principales situations considérées par les gestionnaires comme moyen de les associer à la préparation du budget de l'Etat par niveau**

Type de structure	Niveau de la structure	Dans le cadre du comité de gestion	Assistance	Déclaration des besoins	Total
Services déconcentrés	Délégation régionale	-	50,0	50,0	100,0
	Service de santé de district	31,6	15,8	52,6	100,0
Formations sanitaires	Hôpital de district	35,3	11,8	52,9	100,0
	Centre médical de santé	37,5	12,5	50,0	100,0
	Centre de santé intégré	40,7	7,4	51,9	100,0

Source : INS/PETS2, 2010

#### – Information préalable des ordonnateurs

La disponibilité de l'information budgétaire avant l'arrivée des ressources est nécessaire dans la mesure où elle permet aux gestionnaires de mieux programmer et planifier leurs activités. La proportion de gestionnaires informés du budget qui leur est alloué avant l'arrivée des ressources reste très faible. Quelque soit le type et le niveau de la structure, moins de 3 gestionnaires sur 10 en sont informés. Cette réalité se vérifie quelque soit le milieu d'implantation de la structure. Il convient également de relever que la proportion des responsables informés avant l'arrivée de leurs ressources sur le budget de fonctionnement est plus importante que celle du budget d'investissement. Cette situation reste identique quelque soit le milieu d'implantation.

Concernant le budget d'investissement, les responsables des formations sanitaires sont beaucoup moins informés en raison du fait que leur budget est en général géré à l'échelon supérieur (SSD et DRSP).

**Tableau 16 : Pourcentage de responsables des structures du secteur de la santé informés de la dotation budgétaire avant l'arrivée des ressources**

Type de structure	Niveau de structure	Budget de fonctionnement			Budget d'investissement		
		Urbain	Rural	Ensemble	Urbain	Rural	Ensemble
Services déconcentrés	Délégation régionale	22,2	-	22,2	22,2	-	22,2
	Service de Santé de District	28,6	-	28,6	17,1	-	17,1
Formation sanitaires	Hôpital de district	13,9	0,0	13,2	5,6	0,0	5,3
	Centre médical d'arrondissement	5,9	15,4	9,7	-	-	-
	Centre de santé intégré	15,8	25,0	21,3	7,9	8,9	8,5

Source : INS/PETS 2, 2010

## 4.3 Aperçu de la traçabilité dans la gestion des ressources publiques en 2009

La traçabilité dans la gestion des ressources allouées par l'Etat à la santé publique est suivie à travers l'information budgétaire, la gestion, les délais d'exécution, le taux d'exécution, les pertes de ressources dans le circuit, l'appréciation du fonctionnement des commissions de passation des marchés et la gestion des subventions aux formations sanitaires privées.

### 4.3.1 La disponibilité de l'information budgétaire

Pour une bonne traçabilité de la dépense publique, les informations concernant le budget et son utilisation ont été sollicitées des responsables des formations sanitaires et des services déconcentrés

de la santé. Indépendamment du niveau de la structure, il apparaît que l'information sur l'utilisation du budget de fonctionnement est beaucoup plus détaillée que celle sur le budget d'investissement.

Concernant les services déconcentrés intermédiaires de la santé, on note que 88,9% de délégués régionaux ont fourni une information détaillée sur leur budget de fonctionnement contre 71,4% pour l'investissement. Pour ce dernier type de budget, la situation est encore plus déplorable dans les SSD où près de 56% de responsables n'ont pas connaissance du montant de leur budget d'investissement.

Pour ce qui est des formations sanitaires, au fur et à mesure que l'on passe de la catégorie supérieure à la catégorie inférieure, les gestionnaires ont moins d'informations sur le budget de fonctionnement comme sur celui d'investissement. En outre, compte tenu du fait qu'une grande partie de l'investissement dans les formations sanitaires est gérée à l'échelon supérieur, l'information sur le budget d'investissement est très faiblement disponible au niveau de ces responsables.

**Tableau 17 : Proportion de responsables de structures de la santé ayant une information disponible sur leur budget 2009**

	Structure	Fonctionnement			Investissement		
		Collecté	Loi des Finances	Collecté et Loi des Finances	Collecté	Journal de projets	Collecté et journal de projets
<b>Services déconcentrés</b>	DRSP	88,9	100,0	88,9	71,4	100,0	71,4
	SSD	97,0	100,0	91,0	27,3	44,4	12,1
<b>Formation sanitaire</b>	HD	80,8	100,0	80,8	73,1	57,9	42,3
	CMA	70,8	71,4	41,7	66,7	14,3	8,3
	CSI	62,3	80,3	59,0	54,1	9,8	3,3

Source : INS/PETS2, 2010

#### 4.3.2 La gestion des ressources budgétaires

Pendant l'exercice budgétaire 2009, plusieurs responsables de formations sanitaires ont déclaré n'avoir pas reçu de ressources de l'administration. Cette situation est de plus en plus préoccupante quand on passe des services rapprochés de la centrale aux services périphériques. L'ensemble des responsables des hôpitaux de districts déclare avoir reçu des ressources en espèces tandis que près d'un responsable de CSI sur quatre déclare n'avoir pas reçu de ressources pour le fonctionnement de la structure dont il a la charge. En ce qui concerne le budget d'investissement, la situation est aussi atterrante dans la mesure où seulement la moitié des responsables de CSI et CMA ont déclaré avoir reçu des ressources contre 78% de responsables d'hôpitaux de districts.

**Tableau 18 : Pourcentage de gestionnaires de structures du secteur santé ayant déclaré avoir reçu des ressources en 2009**

Type de structure	Niveau	Fonctionnement	Investissement
<b>Services déconcentrés</b>	Délégation régionale	62,5	33,33
	Service de Santé de District	58,8	32,98
<b>Formations sanitaires</b>	Hôpital de district	100,0	77,78
	Centre médical d'arrondissement	97,1	45,71
	Centre de santé intégré	68,4	50,00

Source : INS/PETS2, 2010

Quand on s'intéresse aux déclarations de ces responsables pour savoir si le montant des ressources reçues de l'administration correspondait à celui inscrit dans la loi des finances et dans le journal des projets, on se rend compte qu'à l'exception de ceux des CSI, au moins la moitié d'entre eux répond par l'affirmative.

**Tableau 19 : Proportion d'ordonnateurs ayant déclaré avoir reçu de l'administration en 2009 un montant des ressources correspondant à celui inscrit dans la loi des finances**

Type de structure	Niveau	Urbain	Rural	Ensemble
Services déconcentrés	DRSP	55,6	-	55,6
	SSD	54,3	-	54,3
Formations sanitaires	HD	56,0	-	56,0
	CMA	70,0	40,0	55,0
	CSI	35,0	39,5	37,9

Source : INS/PETS2, 2010

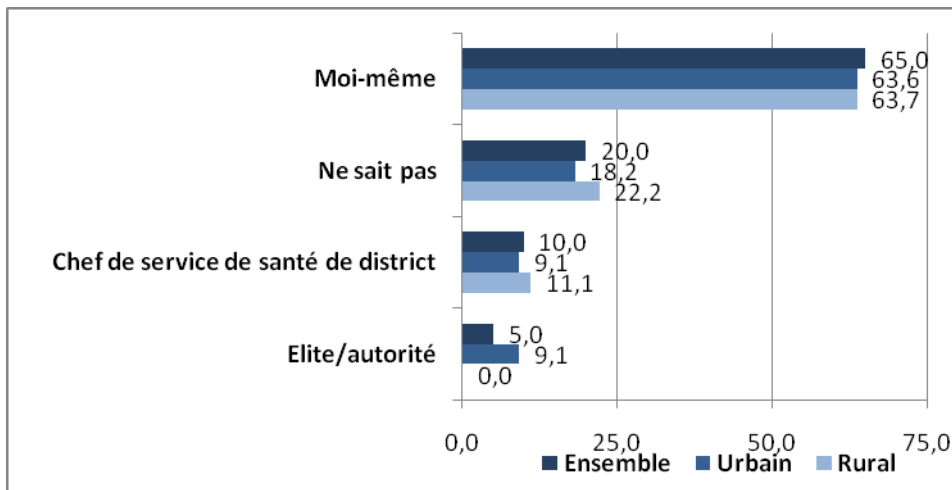
Dans les formations sanitaires, près de 4 gestionnaires sur 10 déclarent que les autorisations de dépenses destinées à leurs structures n'ont pas été retirées par eux-mêmes. Cette proportion est plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural sauf pour les hôpitaux de district. En milieu rural, un grand nombre de responsables des formations sanitaires retirent eux-mêmes leurs autorisations des dépenses.

**Tableau 20 : Proportion de gestionnaires ayant retiré personnellement leurs autorisations de dépenses de fonctionnement**

Niveau de la structure	Urbain	Rural	Total
Hôpital de district	73,9	-	63,2
Centre médical d'arrondissement	38,9	76,9	54,8
Centre de santé intégré	46,2	63,6	56,4
Ensemble	52,5	62,6	57,7

Source : INS/PETS2, 2010

Dans les formations sanitaires, près d'une autorisation de dépense d'investissement sur trois a été retirée par des personnes autres que les responsables de ces formations sanitaires. Cette proportion est presque identique quelque soit le milieu d'implantation de la structure. Parmi les personnes qui interviennent dans le retrait des autorisations de dépenses, on relève que près de 10% des autorisations de dépenses sont retirées par les chefs directs des formations sanitaires (le chef de service de santé de district) et 5% par les élites et les autorités administratives de la localité d'implantation de la structure. Cette pratique traduit le non respect des règles qui régissent les services des contrôles des finances qui confèrent au seul ordonnateur le droit de retirer les autorisations de dépenses et l'exécution du budget de la structure dont il a la charge. Par ailleurs, 20% des autres interventions sont effectuées par des personnes dont l'ordonnateur n'a pas connaissance de la qualité.

**Graphique 2 : Proportion des formations sanitaires selon la qualité de la personne ayant retiré les autorisations de dépenses pour le budget d'investissement en 2009**

Source : INS/PETS2, 2010

La commande publique impose à l'ordonnateur trois modalités pour contracter avec le fournisseur. Ces modalités sont différemment utilisées par les responsables de structures selon qu'on est en zone urbaine ou rurale.

Concernant le budget de fonctionnement, le bon de commande est la modalité utilisée dans la commande publique des formations sanitaires et des services déconcentrés. Pour le budget d'investissement, les contrats de marchés, les lettres commandes et le bon de commande sont utilisés. Certainement parce que les montants, mêmes liés aux activités d'investissement l'imposent, en milieu urbain les bons de commande et les contrats de marché sont les plus utilisés tandis que les lettres de commande et les contrats de marché sont les plus utilisés en milieu rural. Ce qui traduit que les enveloppes d'investissement inférieures à 5 millions de FCFA sont encore nombreuses. Ceci peut être considéré comme un indicateur de l'inadéquation des crédits aux besoins d'investissement des structures.

**Tableau 21 : Types d'exécution du budget**

		Fonctionnement						Investissement					
		Urbain			Rural			Urbain			Rural		
		Bon de commande	lettre commande	contrat de marché	Bon de commande	lettre commande	contrat de marché	Bon de commande	lettre commande	contrat de marché	Bon de commande	lettre commande	contrat de marché
<b>Formations sanitaires</b>	HD	87,5	0,0	11,7	75,0	0,0	42,8	12,5	50,0	37,5	0,0	33,3	100,0
	CMA	80,0	10,0	10,0	88,9	0,0	14,3	100,0	0,0	50,0	0,0	0,0	100,0
	CSI	70,0	10,0	30,0	83,8	6,1	9,1	30,0	0,0	0,0	0,0	50,0	0,0
<b>Services déconcentrés</b>	DRSP	11,1	100,0	22,2	-	-	-	66,7	14,3	50,0	-	-	-
	SSD	8,7	95,6	13,0	-	-	-	55,6	36,4	55,6	-	-	-

Source : INS/PETS2, 2010

#### 4.3.3 Les délais d'exécution budgétaire

Les délais d'exécution correspondent à l'intervalle de temps écoulé et constaté entre le retrait des autorisations de dépenses (AD) et le début de la prestation. L'idéal serait que ces délais soient réduits

au maximum pour contribuer de façon significative à l'assainissement du système des dépenses et à le rendre plus efficace.

En principe, les autorisations de dépenses sont mises à la disposition des ordonnateurs en deux phases pour le budget de fonctionnement et une phase pour le budget d'investissement.

Il a été demandé aux responsables des structures de la santé d'indiquer les dates de réception des autorisations de dépenses et celles de leur exécution dans le but d'apprécier les délais y relatifs.

Concernant le budget de fonctionnement, les autorisations de dépenses du premier semestre 2009 ont été retirées en fin février par les SDI et en mi-mars par les formations sanitaires. Ceux du semestre 2 l'ont été en mi-septembre quel que soit la structure.

Une fois que les autorisations de dépenses sont retirées, les ordonnateurs des formations sanitaires passent un peu plus d'un demi-mois pour exécuter ceux ayant le montant le plus élevé. Les responsables des services déconcentrés quant à eux prennent beaucoup plus de temps (le double du temps mis dans les FS). Une analyse par semestre montre que les écarts sont moins importants au second semestre qu'au premier. Cela peut être justifié par le fait que la préparation de certaines dépenses du second semestre est anticipée par les ordonnateurs dès le début de la réception des premières autorisations de dépenses de l'année budgétaire.

**Tableau 22 : Temps moyen écoulé entre le retrait des autorisations de dépenses de fonctionnement et l'exécution de celles ayant le montant le plus élevé selon le milieu d'implantation (en mois)**

	Formations sanitaires		Services déconcentrés intermédiaires	
	Semestre 1	Semestre 2	Semestre 1	Semestre 2
<b>Urbain</b>	0,79	0,52	1,44	1,32
<b>Rural</b>	0,77	0,58		
<b>Ensemble</b>	0,77	0,53	1,44	1,32

Source : INS/PETS2, 2010

Pour ce qui est du budget d'investissement, les premières autorisations de dépenses exécutées sont celles ayant le montant le plus élevé. Elles ont été exécutées environ 10 jours après leur retrait pour les formations sanitaire et après plus d'un mois pour les services déconcentrés intermédiaires de la santé. On note également que, pour les formations sanitaires, les délais d'exécution sont beaucoup plus réduits en milieu rural qu'en milieu urbain.

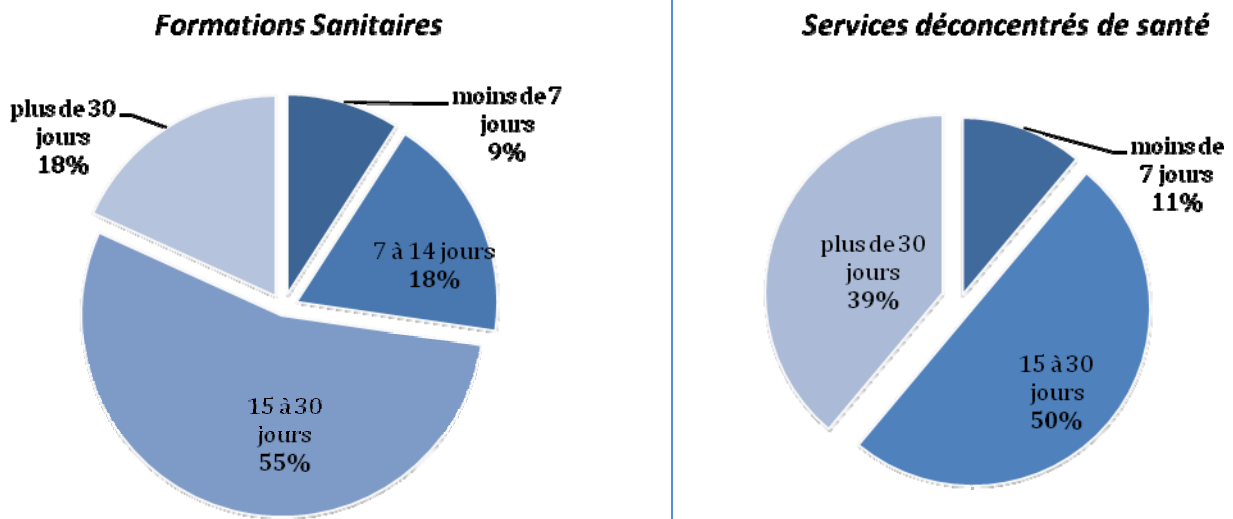
**Tableau 23 : Indicateurs de délais pour le budget d'investissement selon le milieu d'implantation**

	Formations sanitaires		Services déconcentrés intermédiaires	
	Temps écoulé entre le retrait des AD et la première exécution	Temps écoulé entre le retrait des AD et l'exécution du plus important	Temps écoulé entre le retrait des AD et la première exécution	Temps écoulé entre le retrait des AD et l'exécution du plus important
<b>Urbain</b>	0,52	0,63	1,13	1,71
<b>Rural</b>	0,13	0,033		
<b>Ensemble</b>	0,32	0,33	1,13	1,71

Source : INS/PETS2, 2010

La moitié des responsables des formations sanitaires et des services déconcentrés de la santé estime que les commissions de passation des marchés prennent en moyenne entre deux semaines et un mois pour attribuer un marché. Quelques unes mettent un peu plus de temps (plus d'un mois) pour attribuer un marché. On en compte 18,2% parmi les formations sanitaires et près de 40% parmi les services déconcentrés de la santé.

**Graphique 3 : Pourcentage des formations sanitaires et des services déconcentrés de la santé selon le temps moyen mis par la commission pour attribuer un marché**



Source : INS/PETS2, 2010

#### 4.3.4 Les taux d'exécution du budget

Concernant l'exécution du budget de fonctionnement et à l'exception de la région du Sud, le taux est nettement plus favorable dans les formations sanitaires que dans les services déconcentrés intermédiaires de la santé.

Cependant, dans l'un ou l'autre cas, il avoisine 100% malgré le taux d'exécution le plus bas constaté dans les services déconcentrés de la région du Sud-Ouest (73%). Cela amènerait à penser que les délais constatés entre le retrait des autorisations de dépenses et le début de leur exécution seraient suffisants pour une bonne gestion des ressources financières.

**Tableau 24 : Taux d'exécution du budget de fonctionnement (base ordonnancement)**

Région	Douala	Yaoundé	Adamaoua	Centre	Est	Extrême-nord	Littoral	Nord	Nord-ouest	Ouest	Sud	Sud-ouest	Ensemble
Taux d'exécution financière du budget de fonctionnement des formations sanitaires	100,0	100,0	100,0	99,5	99,7	99,5	100,0	100,0	100,0	100,0	83,4	100,0	100,0
Taux d'exécution financière du budget de fonctionnement des services déconcentrés	94,7	99,5	96,9	98,3	96,2	99,4	92,3	98,3	96,9	97,0	100,0	73,0	97,9

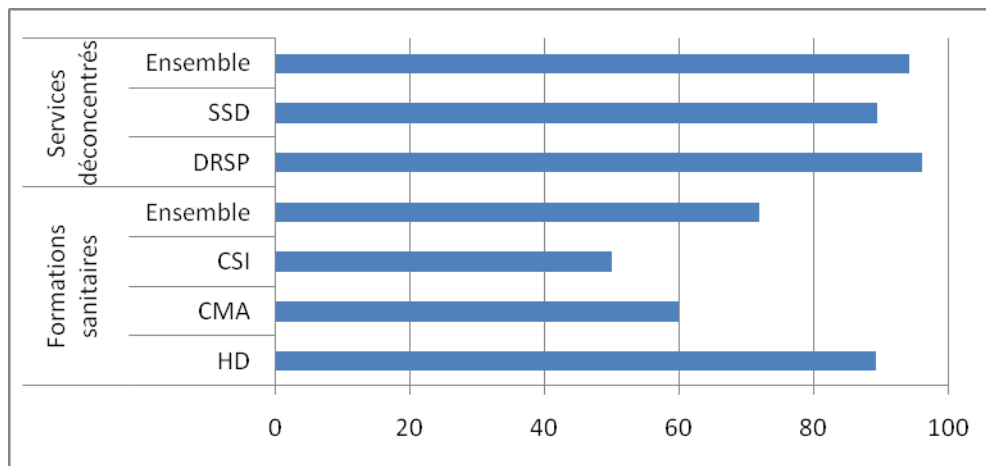
Source : INS/PETS 2, 2010

En ce qui concerne l'exécution du budget d'investissement, les performances ne sont pas aussi bonnes que pour le budget de fonctionnement.



Il est également important de relever qu'au fur et à mesure que l'on passe d'un échelon à l'échelon supérieur, le taux d'exécution du budget d'investissement s'accroît considérablement. Pour les formations sanitaires par exemple, il va de 50% pour les CSI à 60% pour les CMA et 90% pour les HD.

**Graphique 4 : Taux d'exécution du budget d'investissement**



Source : INS/PETS 2, 2010

#### 4.3.5 Les pertes de ressources enregistrées dans le circuit de la dépense

L'évaluation du montant de pertes dans le circuit de la dépense à l'aide des questionnaires conçus n'a pas produit des résultats fiables. Toutefois, des entretiens hors micro avec les acteurs de ce secteur ont permis d'estimer l'écart moyen entre le montant inscrit sur la Loi des finances et celui utilisé pour la réalisation effective des activités.

A cause de la multiplicité des intervenants dans le circuit de la dépense, une fraction importante des ressources budgétaires est perdue par les services déconcentrés lors de l'exécution de leur budget. Dans l'ensemble, les lignes les plus concernées sont "*achat du matériel courant*" et "*achat des fournitures*".

La situation des formations sanitaires paraît plus préoccupante en raison du fait que la majorité d'entre elles sont implantées en milieu rural. Le fait que le retrait de leurs autorisations de dépenses soit parfois réalisé par une autorité de la localité (un élu, une élite ou une autorité administrative) peut valoir une contre partie. Cela pourrait justifier la forte implication de ces derniers dans les pertes de ressources enregistrées par les formations sanitaires. Autant en milieu urbain qu'en milieu rural, les lignes qui font le plus l'objet des pertes en ressources pour les formations sanitaires sont respectivement "*achats des médicaments*", "*fournitures de bureau*" et "*matériel informatique*".

Cette estimation des pertes qui a pu être faite pour le budget de fonctionnement a été très difficile pour le budget d'investissement dont la gestion ne se fait pas toujours au niveau local.

**Tableau 25 : Pourcentage des ressources déclarées perdues par les responsables des services déconcentrés de la santé pour prendre en charge des intervenants dans le circuit de la dépense**

	Hiéronymies et autorités administratives	Service des Finances	Comptabilité Matières	Commission de passation des marchés	Représentants du Maître d'ouvrage
Achat fournitures	19,9	23,3	10,5	4,0	42,3
Achats de matériels courants	7,0	48,0	4,0	7,7	33,2
Achats de petits matériels	18,7	41,1	6,2	9,7	24,2
Carburant et lubrifiants	18,3	28,3	7,0	8,4	38,0
Entretien et réparation de véhicules	21,2	35,5	5,9	0	37,5
Indemnités de mission	7,0	35,1	4,2	0	53,8

Source : INS/PETS 2, 2010

**Tableau 26 : Pourcentage des responsables des formations sanitaires ayant perdu des ressources pour prendre en charge des intervenants dans le circuit de la dépense selon leur milieu d'implantation**

	Hiéronymies et autorités administratives			Services des Finances			Comptabilité Matières			Commission de passation des marchés			Représentants du Maître d'ouvrage		
	Urbain	Rural	Ensemble	Urbain	Rural	Ensemble	Urbain	Rural	Ensemble	Urbain	Rural	Ensemble	Urbain	Rural	Ensemble
Achat des médicaments	35,6	27,3	32,0	15,0	2,6	9,7	17,8	20,1	18,8	15,5	42,5	27,2	16,1	7,5	12,4
Fournitures de bureau	41,2	36,3	37,8	25,4	4,2	11,0	6,8	3,3	4,4	4,6	41,4	29,7	22,1	14,8	17,1
Matériel informatique	11,3	65,9	40,4	15,2	5,9	10,2	4,3	2,2	3,2	1,8	0,4	1,0	67,4	25,6	45,1
Entretien de bureau	0,8	34,3	27,9	31,7	3,7	9,0	14,4	0,7	3,3	0,0	56,2	45,5	53,0	5,1	14,2
Carburant	1,2	78,8	69,9	26,7	2,6	5,4	1,4	0,9	0,9	0,0	0,2	0,1	70,6	17,5	23,6
Primes de personnel	-	35,4	35,4	-	1,4	1,4	-	1,4	1,4	-	57,4	57,4	-	4,4	4,4

Source : INS/PETS 2, 2010

#### 4.3.6 L'appréciation du fonctionnement des commissions des marchés

Il a été demandé aux gestionnaires des formations sanitaires de donner leurs opinions sur certains éléments importants de la commission de passation des marchés pour mieux cerner son fonctionnement et apprécier l'impact de ses décisions sur la satisfaction des bénéficiaires.

Au sujet des délibérations de la commission de passation des marchés, plus de 7 responsables sur 10 pensent qu'elles correspondent à leurs attentes. Cette proportion est plus importante en milieu urbain (90,9%) qu'en milieu rural (50%). Les principales raisons évoquées par les responsables insatisfaits sont : l'opacité dans l'attribution des marchés (25%), le désordre dans la passation des marchés (18,5%) et le favoritisme (18,5%).

Le même constat est relevé sur la satisfaction des marchés passés par la commission mais dans des proportions réduites sur l'ensemble et en milieu urbain. Ceux qui sont insatisfaits des prestations offertes évoquent principalement la non prise en compte de leurs points de vue (33,3%) et aussi la non prise en compte des instructions des services techniques (33,3%).

Il faut noter que les ordonnateurs des structures de santé sont en principe membre de la commission de passation des marchés même s'ils se font représenter. Mais pour les commissions qui statuent sur le budget d'investissement à gestion centrale, ils ne sont pas souvent consultés. Parmi ceux qui prennent effectivement part aux travaux de la commission, un peu plus de 2 sur 5 pensent qu'ils devraient y jouer un rôle plus important comme par exemple donner leurs avis sur les résultats attendus et les prestataires à retenir.

**Tableau 27 : Quelques opinions des gestionnaires des formations sanitaires sur le fonctionnement de la commission de passation des marchés**

	urbain	rural	ensemble
% de chefs des formations sanitaires dont les délibérations/résultats de la commission correspondent à leurs attentes	90,9	50,0	76,5
% de chefs de formations sanitaires qui s'estiment satisfaits des marchés passés par la commission	76,9	50,0	68,4
% de chefs des formations sanitaires qui pensent qu'ils devraient jouer un rôle différent au sein de la commission	42,9	50,0	44,4

Source : INS/PETS 2, 2010

#### 4.3.7 La gestion des subventions aux formations sanitaires privées

L'Etat met à la disposition des formations sanitaires privées des ressources financières sous forme de subventions pour les aider dans leurs dépenses de fonctionnement.

Près de 74% de responsables des formations sanitaires privées enquêtées ont déclaré n'avoir pas reçu des subventions de l'Etat en 2009. On peut comprendre que ces derniers ne disposent pas d'informations à ce sujet compte tenu du fait que les subventions sont généralement versées aux fondateurs de ces formations sanitaires (qui ne sont pas forcément les responsables en poste).

Parmi les structures ayant reçu des subventions en 2009, près de 42% d'entre elles connaissaient à l'avance le montant de la subvention qui leur était alloué.

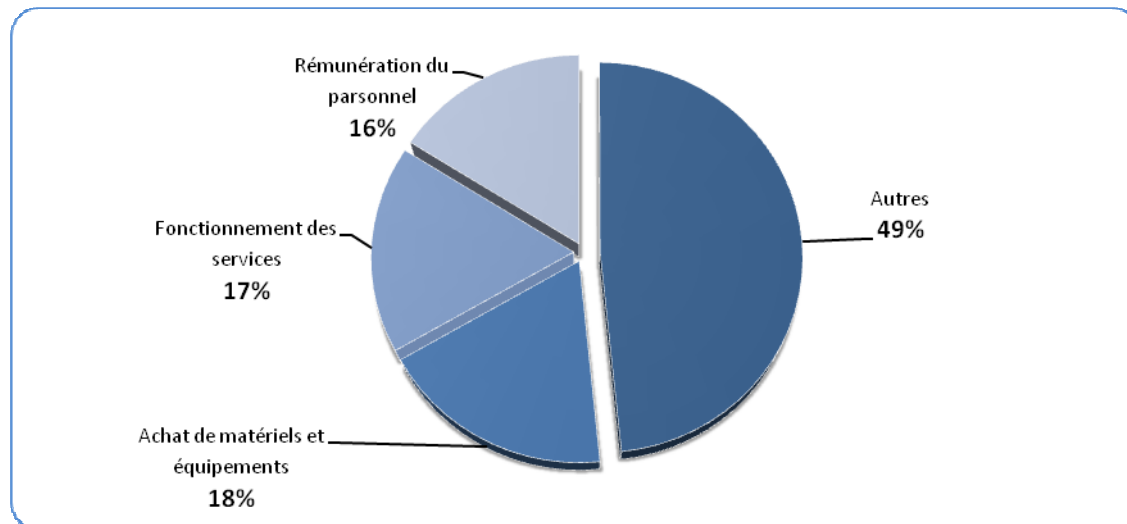
La clé de répartition des subventions obéit à des critères qui ne sont pas connus de tous les gestionnaires/fondateurs de formations sanitaires. Moins de 42% les connaissent et 60% les trouvent acceptables.

Les gestionnaires/fondateurs de formations sanitaires privées éprouvent quelques difficultés à entrer en possession des subventions qui sont allouées à leurs structures. Les trois difficultés principalement

évoquées sont i) l'arrivée de la subvention en tranches (41,7%), ii) les lourdeurs administratives (33,3%) et iii) les tracasseries bancaires (16,7%).

Les subventions sont versées aux formations sanitaires privées pour supporter les charges du personnel notamment les salaires et les primes. L'enquête révèle qu'en 2009 les subventions reçues par les formations sanitaires privées ont pour l'essentiel été utilisées pour les dépenses autres que celles liées au personnel. Il s'agit des dépenses de matériels et équipements et des dépenses de fonctionnement des services. Seules 16% de ces subventions ont été utilisées pour prendre en charge le personnel.

**Graphique 5 : Utilisation des subventions de l'Etat allouées aux formations sanitaires privés**



Source: INS/PETS 2, 2010

#### 4.4 Les principales difficultés rencontrées dans l'exécution budgétaire

Les responsables des formations sanitaires et des services déconcentrés intermédiaires de la santé ont quasiment éprouvé en 2009 les mêmes difficultés dans l'exécution de leurs budgets de fonctionnement et d'investissement. Bien que les proportions varient d'un milieu à l'autre, ce sont les mêmes problèmes qui sont régulièrement signalés.

Les deux grandes métropoles que sont Yaoundé et Douala bénéficient cependant de certaines facilités dues à leur proximité des centres de décision. Ces difficultés sont plus accentuées en milieu rural du fait certainement de l'enclavement dont certaines zones sont sujettes.

Par ordre d'importance, on relève :

- ✓ L'insuffisance et l'inadéquation des crédits;
- ✓ Les lenteurs administratives;
- ✓ Les tracasseries dans le paiement;
- ✓ Le retard dans la réception des cartons

##### i) L'insuffisance et l'inadéquation des crédits

L'insuffisance de crédits est l'une des principales difficultés dans l'exécution du budget de fonctionnement. Dans l'ensemble plus de la moitié des structures ne sont pas satisfaites de leurs dotations de fonctionnement. Le taux d'insatisfaction est plus élevé en zone urbaine qu'en zone rurale

pour ce qui est des CMA et CSI. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les structures en zone urbaine expriment beaucoup plus de besoins que celles qui sont en zone rurale. Pour ce qui est de l'inadéquation des crédits, c'est une autre conséquence du sentiment de non prise en compte des besoins réels des formations sanitaires. Il s'agit ici de l'attribution de dotations budgétaires à des structures qui ne peuvent pas les utiliser. C'est par exemple le cas de l'octroi de lignes de carburant à des structures qui n'ont pas de véhicules. La conséquence en est que les responsables ont tendance à utiliser ces fonds pour d'autres activités, ce qui entraîne de nombreux conflits avec les contrôleurs financiers, qui refusent la validation de telles pratiques. C'est aussi là une des causes des pertes de ressources budgétaires.

#### **ii) Lenteurs administratives**

Elles sont dues aux multiples étapes de validation des dossiers. La multitude de visas entraîne inéluctablement des retards dans la sortie des décisions de paiement. Cette pratique décourage les fournisseurs et leur enlève tout engouement à s'exécuter dans les délais.

#### **iii) Les tracasseries**

Dès la phase de liquidation les fournisseurs sont confrontés aux nombreux retards dont sont cause les comptes des formations sanitaires. Les pratiques de corruption et de manque de liquidités dans les postes comptables entraînent des tracasseries de paiement. La conséquence en est que la recrudescence de ces difficultés n'encourage pas les fournisseurs à proposer leurs services.

#### **iv) Retard dans la réception des autorisations de dépenses**

C'est une des causes majeures des difficultés d'exécution du budget de fonctionnement. En effet, dans certaines régions comme celles de l'Adamaoua ou de l'Est, il faut attendre au moins 2,5 mois après le début de l'exercice budgétaire pour retirer les autorisations de dépenses. Ceci réduit la durée d'exécution du budget.

Il faut cependant noter que de nombreuses erreurs observées dans les autorisations de dépenses ont fortement influencé le choix de cette modalité. En effet, quand l'autorisation de dépense a une erreur (mauvaise assignation comptable et/ou géographique, montant très élevé, ...), sa correction exige de remonter à l'administration centrale du MINFI. Ceci accroît considérablement le retard dans la réception des autorisations de dépenses.

#### **v) Les autres difficultés**

Les autres difficultés rencontrées dans l'exécution du budget de fonctionnement des formations sanitaires et des services déconcentrés sont liées soit aux fournisseurs, notamment leur mauvaise foi et le retard dont ils sont cause, soit aux structures elles-mêmes dont les gestionnaires tardent à procéder aux engagements. On peut également citer les taxes élevées et la perte des ressources à tous les niveaux.

## CHAPITRE 5 : LES CARACTERISTIQUES DE L'OFFRE DE SERVICES

L'offre est décrite dans ce chapitre à travers les infrastructures de base, les ressources humaines, la disponibilité des médicaments essentiels et la supervision des services de santé.

### 5.1 Disponibilité des infrastructures et équipements de base

Les infrastructures et les équipements de base d'une formation sanitaire comprennent entre autres les laboratoires, la morgue, les salles de consultation, la pharmacie ou pro-pharmacie, le matériel d'accouchement et les lits d'hospitalisation.

#### 5.1.1 Infrastructures de base

- ***Laboratoire d'analyses médicales***

En moyenne, 8 formations sanitaires sur 10 disposent de laboratoires d'analyses médicales. Cette proportion décroît lorsqu'on passe d'une catégorie supérieure à une catégorie inférieure. Seuls 5% de formations sanitaires du milieu urbain ne disposent pas de laboratoire contre 33% pour le milieu rural.

- ***Morgue***

Dans l'ensemble 13% des formations sanitaires disposent d'une morgue. Cependant, cette moyenne masque les disparités qui existent entre les différentes catégories de formations sanitaires : HD (47,4%), CMA (6,3%). De même selon le milieu de résidence, 18% des formations sanitaires du milieu urbain disposent d'une morgue contre 8% en milieu rural.

- ***Salle d'opération***

De façon générale, deux formations sanitaires sur cinq sont dotées de salle d'opération. Suivant le plateau technique, 9 HD sur 10 disposent d'une salle d'opération contre 4 sur 10 pour les CMA et près de 2 sur 10 pour les CSI.

- ***Pro-pharmacie***

Dans l'ensemble, 95% des formations sanitaires disposent d'une pro-pharmacie. Quelle que soit la catégorie de la formation sanitaire ou le milieu d'implantation les disparités restent faibles.

**Tableau 28 : Pourcentage des formations sanitaires disposant de certains services de base**

	Morgue	Laboratoire d'analyse médicale	Salle de consultation	Salle d'opération	Pro-pharmacie
<b>Catégorie des formations sanitaires</b>					
HD	47,4	97,4	100,0	92,1	92,1
CMA	6,3	93,8	100,0	43,8	96,9
CSI	1,1	69,1	95,7	17,0	94,7
<b>Milieu d'implantation</b>					
Urbain	17,5	95,0	97,5	52,5	92,5
Rural	8,4	66,3	97,6	26,5	96,4
Ensemble	12,8	80,5	97,6	39,6	94,5

Source : INS/PETS2, 2010

### 5.1.2 Equipement de base des formations sanitaires

- **Boite d'accouchement, boite pour césarienne, table d'accouchement**

Pour la santé maternelle, la disponibilité du matériel d'accouchement fait partir des éléments importants du plateau technique d'une formation sanitaire. L'on constate que dans l'ensemble 75% de formations sanitaires disposent d'une boite d'accouchement, 88% des tables d'accouchement et 32% de boites pour césarienne. Par catégorie l'on observe que la proportion de FS disposant de ces équipements médicaux de base diminue lorsqu'on passe d'une catégorie supérieure à une catégorie inférieure. Le même constat est observé selon le milieu d'implantation.

- **Matériel du système de stérilisation à sec et à eau**

Le matériel de stérilisation est utile dans la prévention contre toutes les maladies infectieuses comme la tuberculose ou le VIH. En générale, une formation sanitaire sur deux dispose d'un système de stérilisation à sec et à eau. Ce matériel est plus disponible en milieu urbain qu'en milieu rural.

- **Equipement de vaccination, congélateur, microscopes fonctionnels et lits d'hospitalisation/observation**

La vaccination rentre dans le paquet minimum d'activités dans toute FS de base. L'équipement de vaccination et la chaine de froid sont des matériels indispensables à la mise en œuvre de cette activité. En 2010, près de 9 FS sur 10 indépendamment de la catégorie ou du milieu d'implantation, disposent d'un équipement de vaccination ou d'un congélateur/réfrigérateur. En dehors des CSI dont un sur cinq ne possède pas de microscopes fonctionnels, toutes les autres formations sanitaires en sont équipées. De manière générale les FS en zone urbaine sont mieux équipées en matériel médical qu'en zone rurale.



**Tableau 29 : Pourcentage des formations sanitaires disposant de quelques équipements médicaux**

	Boite d'accouchement	Matériel du système de stérilisation à sec	Matériel du système de stérilisation à eau	Boite pour césarienne	Tables d'accouchement
<b>Catégorie des formations sanitaires</b>					
HD	89,2	89,5	71,1	78,9	97,4
CMA	75	65,6	43,8	33,3	96,9
CSI	70,2	46,8	40,4	11,6	81,9
<b>Milieu d'implantation</b>					
Urbain	78,5	77,5	52,5	42,9	91,3
Rural	72,3	43,4	43,4	21,1	85,5
Ensemble	75,5	60,4	48,2	32,5	88,4

Source : INS/PETS2, 2010

**Tableau 30: Pourcentage des formations sanitaires disposant de quelques équipements médicaux (suite)**

	Congélateur/ réfrigérateur	Equipement de vaccination	Microscopes fonctionnels	Lit d'hospitalisation/ d'observation
<b>Catégorie des formations sanitaires</b>				
HD	89,2	78,9	100,0	100,0
CMA	93,8	93,8	100,0	100,0
CSI	80,9	90,4	79,8	91,5
<b>Milieu d'implantation</b>				
Urbain	89,9	87,5	96,3	97,5
Rural	80,7	89,2	80,7	92,8
<b>Ensemble</b>	<b>85,3</b>	<b>88,4</b>	<b>88,4</b>	<b>95,1</b>

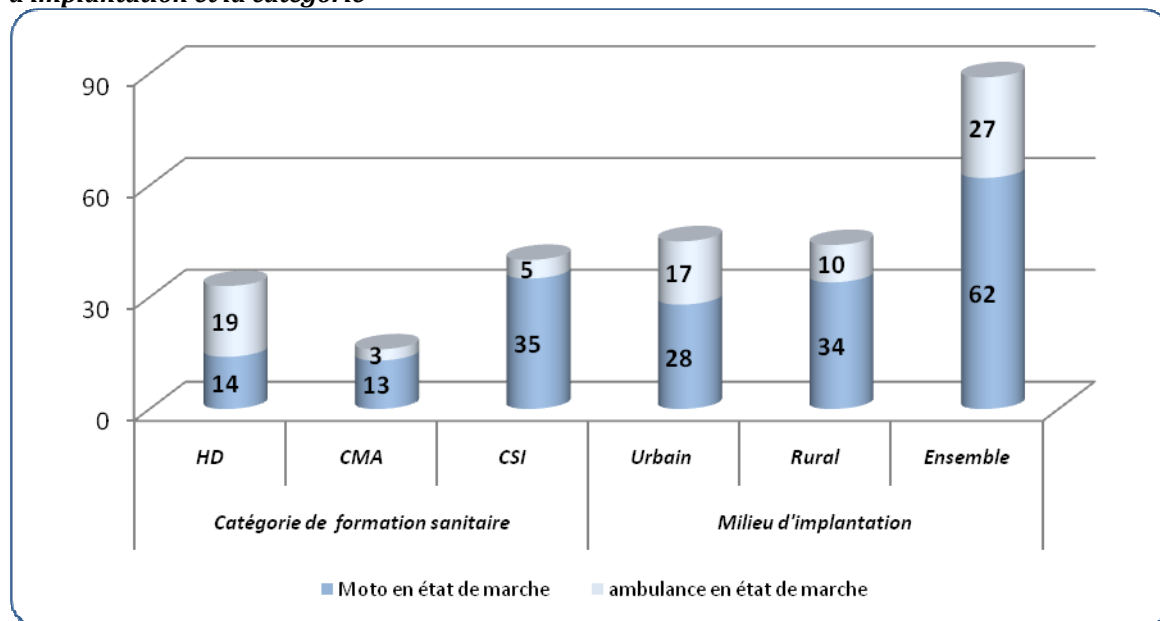
Source : INS/PETS2, 2010

### 5.1.3 Moyens de transport dans les formations sanitaires

La disponibilité du matériel roulant dans une FS est appréhendée à travers le nombre d'ambulances et de motocyclettes en état de marche. L'importance des ambulances est surtout avérée dans le cadre de référence et contre référence et celles des motos dans le cadre de la stratégie avancée afin de permettre aux responsables des FS d'offrir des soins dans les villages éloignés.

Un hôpital de district sur cinq dispose d'une ambulance en état de marche. On retrouve plus les motos dans les CMA et les CSI. Il faut par ailleurs noter que les structures situées en milieu rural sont celles qui détiennent le moins ces commodités de transport. En milieu rural, une formation sanitaire sur dix possède une ambulance alors que près de trois sur dix ont une moto en état de marche. Cette présence remarquable de moto dans les zones rurales peut se justifier par la non viabilisation de ces localités.

**Graphique 6: Pourcentage des formations sanitaires possédant les moyens de transport suivant le milieu d'implantation et la catégorie**



Source : INS/PETS2, 2010

#### 5.1.4 Services de base dans les Formations sanitaires

##### ▪ Approvisionnement en énergie électrique

Sept formations sanitaires sur dix ont accès à un réseau d'énergie électrique. Cet accès au réseau électrique est plus élevé en milieu urbain. En milieu rural une FS sur deux est connectée au réseau AES-SONEL. Comme on peut s'y attendre, l'accès au courant électrique décroît en fonction de la catégorie de la FS.

Dans l'ensemble, les responsables des FS déplorent des coupures d'électricité dont la durée varie de 11 à 16 heures. Les dégâts causés par ces coupures en 2009 ont induit des pertes évaluées à des millions de FCFA pour certaines formations sanitaires. Pour remédier à cette situation, 50% des formations sanitaires ont recours à des solutions alternatives comme l'énergie solaire et les groupes électrogènes (78,9% de HD, 43,8% de CMA et 33,3% de CSI).

**Tableau 31 : Pourcentage des formations sanitaires disposant d'électricité et d'eau courante**

	Electricité	Eau courante
<b>Catégorie des formations sanitaires</b>		
HD	94,7	83,8
CMA	87,5	51,6
CSI	54,3	30,0
<b>Milieu d'implantation</b>		
Urbain	90,0	70,9
Rural	50,6	21,8
<b>Ensemble</b>	<b>70,1</b>	<b>46,8</b>

Source : INS/PETS2, 2010

##### ▪ Approvisionnement en eau courante

L'approvisionnement en eau courante dans les formations sanitaires est essentiel. Le constat fait au travers de cette étude révèle que seul 46,8% de formations sanitaires ont accès à l'eau courante. Il est

à relever qu'une formation sanitaire sur 5 s'approvisionne en eau dans un forage, presque autant dans une source d'eau aménagée ou puits et environ 15% ailleurs (rivières, sources non aménagées...). En milieu rural où seulement 2 formations sanitaires sur 10 ont accès à l'eau contre 7 formations sur 10 en milieu urbain. L'approvisionnement en eau courante se fait également rare au fur et à mesure qu'on passe des HD au CSI.

## 5.2 Ressources humaines et médicaments essentiels

### 5.2.1. Personnels des formations sanitaires

En 2010, les formations sanitaires de base comptent en moyenne 24 personnes dont 20 permanents et 4 temporaires. Pour le personnel permanent l'effectif moyen est de 14 pour le public et 35 pour le privé. L'effectif du personnel varie selon le statut et la catégorie de la FS. S'agissant du personnel temporaire, l'effectif moyen par FS est de 4 pour le public et 3 pour le privé.

**Tableau 32 : Effectif moyen du personnel de santé selon le statut et la catégorie de la formation sanitaire**

Type	Statut	HD	CMA	CSI	Ensemble
Personnel permanent	Public	40	12	4	14
	Privé	96	29	12	35
	<b>Ensemble</b>	<b>55</b>	<b>18</b>	<b>6</b>	<b>20</b>
Personnel temporaire	Public	11	4	1	4
	Privé	3	9	1	3
	<b>Ensemble</b>	<b>9</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>4</b>

Source : INS/PETS2, 2010

- **Personnel médical et paramédical**

Concernant le personnel médical et paramédical des formations sanitaires, la couverture médicale en médecins spécialistes est en moyenne près de 2 pour un HD, près de pour un CMA et quasi nulle pour un CSI. Quand on s'intéresse à la couverture en médecins généralistes, elle est quasi identique à celle des médecins spécialistes pour les HD, mais double pour les CMA et les CSI. Un nombre réduit de CSI vraisemblablement des cliniques et cabinets médicaux privés disposent des médecins généralistes ou même spécialiste qui travaillent à temps partiel. En ce qui concerne les infirmiers non spécialisés, cette couverture est de 27 pour un HD, 10 pour un CMA et de 3 pour un CSI. Par ailleurs on peut noter que dans les CSI, il n'ya presque pas de techniciens de radiologie.

**Tableau 33 : Effectif moyen du personnel médical et paramédical par catégorie de la formation sanitaire**

	Médecin spécialisé	Médecin généraliste	Pharmacien	Infirmier spécialisé	Infirmier non spécialisé	Technicien de laboratoire	Technicien de radiologie
HD	1,9	2,1	0,3	4,8	27,2	4,2	0,5
CMA	0,7	1,3	0,2	3,5	9,7	2,0	0,4
CSI	0,1	0,2	0,3	0,7	3,3	0,8	0,0

Source : INS/PETS2, 2010

### 5.2.2. Qualification du personnel consulté par les patients

Six malades sur dix n'ont pas rencontré un médecin lors d'une consultation. La majorité d'entre eux s'adresse à un infirmier chef. Suivant C'est dans les FS privées que les malades consultent plus les médecins. Ainsi près de 5 malades sur 10 ont rencontré un médecin dans une formation sanitaire

privée et seulement 3 sur 10 dans une formation sanitaire publique. La consultation par un médecin reste essentiellement un phénomène urbain tandis que celle d'un infirmier chef demeure un phénomène rural. On note également que c'est en milieu rural que les autres personnels (infirmiers, aides soignantes...) de santé sont les plus consultés.

**Tableau 34 : Répartition en % des malades selon la qualification du personnel consulté et la région**

	Médecin	Infirmier Chef	Autre personnel de santé	Ensemble
<b>Milieu d'implantation</b>				
Urbain	47,6	31,8	19,8	100,0
Rural	22,8	49,7	26,0	100,0
<b>Statut actuel de la FS</b>				
Public	30,9	43,2	24,5	100,0
Privé	51,4	30,7	17,9	100,0
<b>Ensemble</b>	<b>37,2</b>	<b>40,6</b>	<b>22,2</b>	<b>100,0</b>

Source : PETS Cameroun, 2010

### 5.2.3. Disponibilité des médicaments essentiels dans les formations sanitaires

Le système national d'approvisionnement en médicaments essentiels est chargé d'assurer l'acquisition, le stockage et la distribution des médicaments essentiels dans les FS sur toute l'étendue du territoire national. Il englobe les centrales d'achat publique et privée. En sa qualité de centrale d'achat publique, le CENAME assure la régularité de l'offre de médicaments de qualité à moindre coûts dans les structures d'approvisionnement intermédiaires (CAPP) et dans les pharmacies et propharmacies des FS. La disponibilité des consommables essentiels a été appréhendée à travers la présence en stock de treize des médicaments et consommables essentiels indispensables en permanence dans les FS pour rendre efficace le paquet minimum d'activités (PMA). Il s'agit des traitements du paludisme (Coartem, Quinine et Paracétamol), des antibiotiques (Amoxicilline en gélules, Cotrimoxazole, Rifampicine et Metronidazole), des contraceptifs (Lofemenal et Dispositif intra utérin), de certains vaccins du PEV (anti rougeole et Vaccin DTC/DPT) et du préventif du VIH (Traitement du lendemain).

- **Disponibilité des médicaments**

En dehors des Rifampicine, du dispositif intra utérin et du traitement du lendemain (VIH/SIDA), au moins 7 formations sanitaires sur 10 disposent des autres médicaments du package. Il faut en outre relever que le nombre de formations sanitaires privées disposant de certains médicaments rivalise avec celui du public. On peut citer en exemple le cas du coartem et la quinine que les FS privées sont les plus nombreux à posséder.

- **Rupture des stocks de médicaments**

Malgré le dispositif d'approvisionnement en médicaments essentiels mis en place et décrit plus haut, l'on a déploré des ruptures de stock de la quasi-totalité des médicaments dans les formations sanitaires. Elle s'observe plus dans les CSI que dans les HD. Les formations sanitaires sont davantage en rupture du coartem, de l'Amodiaquine (cp) + Artesunate et du Cotrimoxazole (cp).

Concernant la durée de rupture de stock, elle varie de trois à dix neuf jours. Le coartem est le produit qui connaît plus les ruptures de stocks et pendant une longue période dans les formations sanitaires (en une moyenne de 19 jours), contrairement à la quinine pour laquelle la rupture dure tout au plus 3

jours. Sept médicaments sur treize sont le plus souvent indisponibles dans les formations sanitaires publiques que celles privées.

### 5.3 Supervision

La supervision fait partie des dispositions de la politique nationale de santé publique visant à permettre une gestion efficace des structures de santé et, à s'assurer de la prise en compte à tous les niveaux du système, des orientations définies par les services centraux. Cette supervision se fait aussi bien dans les structures publiques que privées sur la base d'un cahier des charges dont les critères doivent en principe être connus des deux parties (superviseur et supervisé).

#### 5.3.1. Services déconcentrés intermédiaires

Les services déconcentrés intermédiaires enquêtés comprennent les délégations régionales de la santé publique et les services de santé de district. Les délégations régionales de la santé publique qui sont supervisées par les services centraux du Ministère de la Santé Publique à leur tour supervisent les services de santé de district. Ainsi, ces derniers, reçoivent des visites de supervision et doivent à leur tour superviser les activités des formations sanitaires de leurs zones de compétence.

**Tableau 35 : Supervision des services déconcentrés intermédiaires de la santé**

	DRSP	SSD	Total
Nombre moyen de visites de supervision effectuées	19,6	12,1	13,5
Dispose d'un planning de supervision	75,0	77,1	76,7
Nombre moyen de visites de supervision reçu	5,0	3,8	4,0
Connaissance des critères de supervision	50,0	77,1	72,1
<b>Appréciation des visites de supervision reçues (%)</b>			
Indispensable	28,6	38,2	36,6
Utile	57,1	50,0	51,2
Inutile	14,3	2,9	4,9
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Source : PETS Cameroun, 2010

Dans les services déconcentrés intermédiaires, les responsables ont reçu en moyenne 4 visites de supervision. Par ailleurs, dans plus d'une formation sanitaire sur dix, les responsables ont déclaré avoir reçu une visite de supervision au cours de l'année 2009.

La connaissance des critères de supervision se doit d'être partagée. Pourtant, près de 3 responsables sur 10 déclarent ne pas les connaître, soit un responsable sur deux chez les délégués régionaux et un responsable sur quatre dans les services de santé de district.

Concernant l'appréciation des visites de supervision, on trouve néanmoins quelques responsables (5%) qui les trouvent inutiles. En termes de proportion, les délégués régionaux sont les plus nombreux à penser ainsi.

#### 5.3.2. Supervision dans les formations sanitaires

Dans un district de santé, les formations sanitaires sont supervisées par le Chef de Service de santé de district. Les responsables des formations sanitaires qui ont déclaré avoir reçu une visite de supervision au cours de l'année 2009 représentent 92% de l'ensemble. Le nombre moyen de visites de supervision par formation sanitaire est de 5 en 2009.

Toutes les FS ne bénéficient pas d'un même niveau d'encadrement. Selon la catégorie, les CMA et les CSI sont plus fréquemment supervisés avec en moyenne 6 et 5 visites respectives que les HD qui ont reçu en moyenne 3 visites par an. De même, une formation sanitaire privée sur cinq n'a pas bénéficié d'une visite de supervision tout au long de l'année 2009. Le nombre moyen de supervisions reçues est cependant quasiment identique dans le public qu'au privé.

Bien qu'ils soient un quart environ à déclarer ne pas maîtriser les critères de supervision, les responsables des formations sanitaires sont presque tous unanimes sur l'utilité de cette activité dans le dispositif de suivi de la mise en œuvre de la politique nationale de la santé.

**Tableau 36 : Supervision des formations sanitaires selon la catégorie, le statut et le milieu d'implantation**

	Milieu d'implantation		Catégorie de la formation sanitaire			Statut actuel de la formation sanitaire		Ensemble
	Urbain	Rural	HD	CMA	CSI	Public	Privé	
Structures supervisées (%)	90,8	93,6	86,5	100,0	92,3	96,5	81	92,3
Nombre moyen de supervision	5,5	4,2	2,6	6,3	5,4	4,8	5,2	4,9
Connaissance des critères de supervision (%)	69,6	80,7	73,7	67,7	77,7	75,4	73,3	74,8
<b>Appréciation des visites de supervision (%)</b>								
Indispensable	39,2	40,8	38,9	44,8	38,4	44,1	27,5	39,7
Utile	58,1	59,2	55,6	55,2	61,6	55,9	67,5	58,9
Inutile	2,7	0,0	5,6	0,0	0,0	0,0	5	1,3

Source : PETS Cameroun, 2010

## CHAPITRE 6 : LES CARACTERISTIQUES DE LA DEMANDE DES SERVICES DE SANTE

La demande de service de santé abordée dans cette étude se réfère au profil et aux caractéristiques socioéconomiques des patients, ainsi qu'à leurs motivations personnelles. L'analyse de cette question sera axée sur la fréquentation des formations sanitaires de base, les déterminants du choix de ces formations et l'appréciation de la qualité des services reçus par les bénéficiaires.

### 6.1. Fréquentation des formations sanitaires de base

Les caractéristiques de la demande des services de santé sont appréhendées à travers l'effectif des patients ainsi que leur profil.

- **Effectif des patients**

En 2009, les formations sanitaires ont reçu en moyenne 12 patients par jour dont 2 admis en hospitalisation. Les formations sanitaires implantées en milieu urbain ont reçu en moyenne 12 patients par jour contre 8 en milieu rural.

Cette demande varie aussi selon la catégorie et le statut de la formation sanitaire. En effet, les HD ont reçu en moyenne 22 patients par jour contre 8 pour les CMA et 6 pour les CSI. Par ailleurs les formations sanitaires privées semblent être plus sollicitées que celles du public. Les FS privées ont reçu en moyenne 15 patients par jour tandis que celles du public en ont reçu 8.

**Tableau 37 : Nombre moyen de patients reçus par jour dans les formations sanitaires**

		En consultation	En hospitalisation	Total
<b>Statut actuel de la formation sanitaire</b>	<b>Public</b>	8	2	10
	<b>Privé</b>	15	4	17
<b>Catégorie de la formation sanitaire</b>	<b>HD</b>	22	7	27
	<b>CMA</b>	8	3	10
	<b>CSI</b>	6	1	7
<b>Milieu d'implantation</b>	<b>Urbain</b>	12	4	15
	<b>Rural</b>	8	1	9
<b>Ensemble</b>		<b>10</b>	<b>2</b>	<b>12</b>

*Source : PETS Cameroun, 2010*

- **Profil des patients et catégories des formations sanitaires fréquentées**

En rappel, le PETS2 s'est intéressé à trois catégories de formations sanitaires à savoir les hôpitaux de district, les centres médicaux d'arrondissement et les centres de santé intégrés implantés aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural et relevant du secteur public ou du secteur privé.

L'étude révèle qu'en 2009, trois patients sur quatre se sont rendus dans une formation sanitaire publique. Ceci reflète l'importance de l'offre et de la couverture géographique en infrastructures sanitaires publiques. Selon le lieu d'implantation, 69% de patients ont eu recours à une formation sanitaire située en milieu urbain.

Par ailleurs, suivant la catégorie de formation sanitaire, 33% des patients ont eu recours aux HD, 21% aux CMA et 46% aux CSI. Les HD ont été plus fréquentés en milieu urbain (33% de patients). Il faut par ailleurs noter que les femmes fréquentent plus les formations sanitaires que les hommes. En effet, sur 10 patients reçus au cours des trois derniers mois ayant précédé l'enquête, environ 7 sont de sexe



féminin. Cette tendance s'observe aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural où respectivement 73% et 63% de patients sont de sexe féminin.

Les personnes âgées de 21 à 55 ans, constituent la majorité des patients consultés dans les formations sanitaires enquêtées quels que soient le milieu d'implantation et la catégorie de la formation sanitaire. Plus de la moitié de la population de cette tranche d'âges a fréquenté une formation sanitaire située en milieu urbain.

Concernant le groupe socio économique des patients, ce sont les personnes au statut social précaire (manœuvre, indépendants, aide familiaux, apprenti, étudiants, chômeurs) qui fréquentent le plus les CSI ; ils sont environ la moitié à y aller.

**Tableau 38 : Répartition des patients par groupe socioéconomique suivant le milieu et le type de formation sanitaire visitée**

Groupe socio-économique	Milieu d'implantation							Ensemble			
	Urbain				Rural			HD	CMA	CSI	Total
	HD	CMA	CSI	Total	CMA	CSI	Total				
Cadre	31,8	31,8	18,2	81,8	4,5	13,6	18,2	31,8	36,4	31,8	100,0
Employé/ouvrier qualifié	54,8	19,4	12,9	87,1	3,2	9,7	12,9	54,8	22,6	22,6	100,0
Employé/ouvrier semi qualifié	48,5	12,1	18,2	78,8	3,0	18,2	21,2	48,5	15,2	36,4	100,0
Manœuvre	16,7	20,0	30,0	66,7	6,7	26,7	33,3	16,7	26,7	56,7	100,0
Employeur/ compte propre	32,5	6,8	22,3	61,7	9,2	29,1	38,3	32,5	16,0	51,5	100,0
Aide familial, Apprenti	24,3	10,8	32,4	67,6	5,4	27,0	32,4	24,3	16,2	59,5	100,0
Chômeur	26,0	20,0	30,0	76,0	8,0	16,0	24,0	26,0	28,0	46,0	100,0
Etudiant	26,7	13,3	31,1	71,1	11,1	17,8	28,9	26,7	24,4	48,9	100,0
Autre inactif	42,6	14,8	11,1	68,5	7,4	24,1	31,5	42,6	22,2	35,2	100,0
<b>Ensemble</b>	<b>33,3</b>	<b>12,8</b>	<b>22,8</b>	<b>68,9</b>	<b>7,7</b>	<b>23,4</b>	<b>31,1</b>	<b>33,3</b>	<b>20,5</b>	<b>46,3</b>	<b>100,0</b>

Source : PETS Cameroun, 2010

## 6.2. Consommation des services de santé

### 6.2.1. Disponibilité des services de santé

#### ▪ *Motif de consultation*

Plusieurs maladies et services ont été retenus pour analyser les motifs de consultation dans les formations sanitaires. Au nombre des maladies figuraient : (i) le paludisme, la fièvre, les maux de tête, (ii) la grippe et la toux, (iii) les maladies diarrhéiques, (iv) les fractures ou malformation des os. Pour les services, il a été retenu : les soins bucco dentaires, le planning familial, les soins post et prénatals, la vaccination, les examens et tests y compris pour le VIH/SIDA.

Suivant les déclarations des patients, le groupe paludisme, fièvre, maux de tête constitue de loin le premier motif de consultation de santé. A peu près un malade sur deux vient à l'hôpital pour se soigner d'une crise de paludisme qui constitue la première cause de mortalité au Cameroun.

**Tableau 39 : Répartition(en %) des patients selon le motif de consultation, le milieu de résidence et le statut de la FS le milieu d'implantation**

		Paludisme/fièvre/mal de tête	Grippe/toux	Maladies diarrhéiques	Soins bucco dentaires	Planning familial	Soins prénataux	Soins postnataux	Vaccination	Test du VIH/SIDA	Examens et autre test	Fractures ou malformation des os	Autre	Ensemble
Milieu de résidence	Urbain	41,9	8,9	6,6	3,0	0,4	2,6	1,3	2,4	0,2	3,7	2,5	26,6	100,0
	Rural	43,4	9,6	8,3	1,4	0,2	3,4	1,0	2,2	0,3	1,4	2,2	26,7	100,0
Statut	Public	42,3	6,2	7,1	2,4	0,4	3,4	1,4	3,3	0,3	3,8	3,1	26,4	100,0
	Privée	41,8	7,7	7,0	2,8	0,4	2,8	1,4	1,6	0,0	2,6	1,9	30,0	100,0
<b>Ensemble</b>		42,1	6,7	7,0	2,6	0,4	3,2	1,4	2,7	0,2	3,4	2,7	27,7	100,0

Source : PETS Cameroun, 2010

#### ▪ **Motivations du choix d'une formation sanitaire**

D'une manière générale, les patients déclarent la proximité de la formation sanitaire comme premier élément qui motive leur choix (35%) ainsi que la bonne qualité de service reçu dans les formations sanitaires (28%).

Ces motifs prédominent quel que soit le milieu de résidence. En milieu rural, le choix d'une formation sanitaire est influencé beaucoup plus par la recommandation d'un praticien. Un patient sur quatre environ avoue avoir choisi une formation sanitaire pour cette raison. Les formations sanitaires privées sont en outre plus sollicitées pour la qualité du service reçu que celles du public. En effet, 2 malades sur 5 se rendent dans une FS privée pour ce motif contre seulement un patient sur quatre dans une FS publique.

#### **6.2.2. Coût des soins de Santé**

##### ▪ **Dépense des consultations**

En général, la dépense moyenne pour une consultation est de 1 381 FCFA. Elle est de 1 840 FCFA pour les HD, 1 252 FCFA pour les CMA et 1 097 FCFA pour les CSI. En milieu urbain, les malades dépensent en moyenne 1 849 FCFA pour une consultation, soit 2 329 FCFA dans un HD, 1 812 FCFA dans un CMA et 1 256 FCFA dans un CSI. En milieu rural, la dépense moyenne d'une consultation est de 850 FCFA.

**Tableau 40 : Dépense moyenne de la consultation dans les FS d'après les malades rencontrés sur place (en FCFA)**

Milieu d'implantation	Statut de la Formation Sanitaire	Dépense moyenne (en FCFA)
Urbain	HD	2 329
	CMA	1 812
	CSI	1 256
	Total	1 849
Rural	HD	748
	CMA	426
	CSI	1 002
	Total	850
Ensemble	HD	1 840
	CMA	1 252
	CSI	1 097
	Total	1 381

Source : PETS Cameroun, 2010

- **Appréciation du coût des services reçus**

S'agissant de l'appréciation du service reçu dans les FS, 67% des patients rencontrés jugent le montant payé suffisant ou normal et 23% le trouvent excessif ou très excessif par rapport au résultat.

**Tableau 41 : Appréciation des coûts des services reçus par les patients selon la catégorie de la FS (en %)**

	HD	CMA	CSI	Ensemble
Très excessif	13,1	5,8	1,7	6,5
Excessif	22,9	22,3	10,3	17,0
Suffisant/normal	57,7	6,6	74,7	67,1
Peu	5,1	1,9	6,5	4,9
Négligeable	1,1	3,8	7,3	4,5
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : PETS Cameroun, 2010

### 6.3. Appréciation de la qualité de la prise en charge

La qualité de la prise en charge dans les formations sanitaires a été appréciée par les patients à travers la durée de la consultation, la qualité de la consultation, du personnel consulté et de l'accueil.

- **Durée d'attente avant la consultation**

Plus de la moitié (57%) des patients ayant fréquenté une formation sanitaire en 2009 ont mis moins de 30 minutes avant d'être reçu en consultation, 29% ont mis entre une demi-heure et une heure et 14% ont mis plus d'une heure. Cette tendance est la même quel que soit le type de formation sanitaire. Plus de patients mettent moins de temps pour être reçu consultation dans les CSI (63% ont mis moins de 30 minutes) que dans les HD (54% ont mis moins de 30 minutes).

- **Durée de la consultation**

Dans l'ensemble, le patient passe en moyenne une demi-heure pour une consultation médicale. Cette durée est légèrement plus élevée dans les formations sanitaires implantées en milieu urbain (30 minutes) que dans celles implantées en milieu rural (28 minutes), et elle est pratiquement la même dans une formation sanitaire publique (29 minutes) que dans le secteur privé. Elle est un peu plus importante dans les CMA (32 minutes) que dans les HD (30 minutes) et les CSI (27 minutes).

- **Qualité de la consultation**

Environ 9 patients sur 10 sont satisfaits de la qualité de la consultation et la jugent bonne et même complète. Suivant le milieu d'implantation, le jugement est plus favorable pour les formations sanitaires en milieu rural (92%) qu'en milieu urbain (89%). Selon le statut, la qualité de la consultation est mieux appréciée dans les formations sanitaires privées (94%) que dans les FS publiques (89%). Suivant la catégorie de FS, la qualité de la consultation est mieux appréciée dans les CMA (94%), en dépit du fait qu'elle y dure plus longtemps.

- **Qualification du personnel consulté**

D'une manière générale, les patients consultent beaucoup plus les infirmiers (40%) quelle que soit le milieu d'implantation de la formation sanitaire, et surtout dans les CSI (58%) et dans les formations sanitaires relevant du secteur public (43%). Ce résultat reflète la situation de l'offre en personnel médical, les médecins étant principalement dans les HD et dans les cliniques privées.

**Tableau 42 Qualification du personnel dans les FS suivant le statut, la catégorie et le milieu d'implantation**

Qualification du personnel	Catégorie de la FS				Statut de la FS			Milieu d'implantation		
	HD	CMA	CSI	Total	Public	Privé	Total	Urbain	Rural	Total
Médecin	57,7	51,9	14	36,5	30,9	51,4	36,5	47,6	24,6	36,5
Infirmier chef	24,0	26,0	57,6	39,8	43,2	30,7	39,8	31,8	48,4	39,8
Personnel de santé (infirmier, sage femme, ...)	16,6	20,2	26,3	21,7	23,2	17,9	21,7	19,1	24,6	21,7
Stagiaire	1,1	1,0	0,8	1,0	1,33	0,0	1,0	0,7	1,2	1,0
Autre	0,6	1,0	1,3	1,0	1,33	0,0	1,0	0,7	1,2	1,0
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Source : PETS Cameroun, 2010

- **Qualité de l'accueil**

Environ 9 patients sur 10 trouvent l'accueil satisfaisant ou même très satisfaisant dans l'ensemble, et ceci, quels que soient le milieu d'implantation, le type ou le statut de la formation sanitaire. Selon le statut, l'appréciation des patients sur la qualité de l'accueil est plus favorable pour les formations sanitaires privées.

#### 6.4. Appréciation de l'offre de services dans les formations sanitaires

La qualité de l'offre et des services dans les formations sanitaires est appréciée à travers les paramètres ci-après : l'état des locaux, l'état des toilettes, les conditions d'hygiène, disponibilité des médicaments et l'état des équipements.

- **Etat des locaux**

Dans l'ensemble, la plupart des patients apprécient positivement l'état des locaux où ils ont eu leur dernière consultation : 38% le juge acceptable, 33% bon et 13% très bon.

Selon la catégorie de la FS, les patients décrivent plus l'état des locaux des CSI (19%). Selon le statut de ces dernières, l'état des locaux est plus décrié dans les FS publiques (20%) que celles du privé (6%).

**Tableau 43 : Répartition des ménages suivant leur appréciation sur l'état des locaux des FS visitées (en %)**

Jugement général sur l'état des locaux	Catégorie de la formation Sanitaire			
	HD	CMA	CSI	Ensemble
En très bon état	16,0	13,5	11,4	13,4
En bon état	36,6	36,5	28,8	33,0
Dans un état acceptable	33,1	37,5	41,1	37,7
En mauvais état	11,4	8,7	15,3	12,6
En très mauvais état	2,9	3,8	3,4	3,3
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Source : PETS Cameroun, 2010

- **Etat des toilettes**

Les usagers des formations sanitaires ont une appréciation très défavorable de l'état des toilettes de celles-ci. Environ 1 patient sur 3 trouve propres les toilettes des formations sanitaires visitées. Les toilettes que les patients jugent plus propres sont celles des CSI (52,1%) contrairement à celles des FS ayant un plateau technique plus élevé.

- **Conditions d'hygiène**

Les conditions d'hygiène sont globalement appréciées favorablement. Sept patients sur dix jugent les conditions d'hygiène et de salubrité bonnes ou très bonnes dans les formations sanitaires et 15,8% les jugent mauvaises ou très mauvaises.

- **Disponibilité des médicaments dans la pharmacie de la FS**

Au moins un patient sur deux rencontrés dans les FS pense que les pharmacies sont, soit assez bien fournies, soit bien fournies. Pour celles qui sont assez bien fournies, 53% sont en milieu urbain. Les formations sanitaires privées, notamment confessionnelles sont considérées par les patients comme étant les mieux fournies.

- **Etat des équipements généraux et logistique des FS**

Environ trois malades sur dix pensent que les équipements généraux et logistiques de la FS visitée sont vétustes mais bien entretenus.

Le jugement global apporté sur les formations sanitaires par les malades est satisfaisant. En effet, 77% de malades ont été soit satisfaits des services reçus, soit alors les ont trouvés passables.

## 6.5. Evaluation du niveau de satisfaction des bénéficiaires des services de santé

L'objectif de cette section est d'estimer un niveau global de satisfaction des bénéficiaires des services de santé selon certaines caractéristiques propres des individus et celles des ménages où ils résident. Pour cela, il est question de construire dans un premier temps un indicateur de satisfaction. Cet indicateur est élaboré à l'aide d'une Analyse des Correspondances Multiples (ACM) complétée par une Classification automatique qui permet de déduire un regroupement par classe de cet indice.

**Encadré 4 : Méthodologie de construction de l'indice de satisfaction****Analyse des Correspondances Multiples**

L'ACM vise à étudier les associations existantes entre les différentes modalités des variables ou à rechercher les groupes d'individus qui se ressemblent au vue d'une certaine métrique. Cette méthode utilise exclusivement les variables catégorielles et se situe dans l'ensemble des méthodes d'analyse factorielle. Elle est une combinaison de deux autres méthodes d'analyse factorielle : l'Analyse Factorielle des Correspondances (AFC) et l'Analyse en Composantes Principales (ACP). Une AFC est réalisée sur le tableau de Burt (issu du tableau disjonctif complet) et deux ACP sont réalisées sur les profils marginaux colonnes et profils marginaux lignes de ce tableau, lesquels profils étant caractérisés par leurs coordonnées factorielles sont issues de l'AFC.

Les outils d'aide à l'interprétation en ACM sont la qualité de représentation d'un point individu ou variable (appréciée par le cosinus carré) et la contribution d'un point à la formation d'un axe factoriel. Un point individu ou variable qui suivant un axe factoriel a un cosinus carré "proche" de zéro est très mal représenté par cet axe et bien représenté si le cos<sup>2</sup> est "proche" de un. La contribution relative d'un point à la formation d'un axe est la part de l'inertie de cet axe expliquée par le point. L'on améliore la clarté de l'analyse factorielle en mettant en supplémentaire des points qui ont une "forte" contribution.

Les coordonnées factorielles sont les données qui définissent la position des points projetés sur le plan engendré par les axes factoriels.

**Construction de l'indicateur**

La construction de l'indicateur de satisfaction des bénéficiaires des services de santé est basée sur une approche multidimensionnelle et vise à définir un indicateur composite pour chaque bénéficiaire de l'échantillon. Une ACM préliminaire est effectuée et à l'issue de celle-ci, les variables ayant une "mauvaise" qualité de représentation sont recodées tandis que les individus sont mis en supplémentaire. Les variables définitives devant contribuer à la construction de l'indicateur sont ainsi sélectionnées. Une ACM définitive est effectuée pour obtenir les coefficients de pondération qui sont les scores normalisés sur le premier axe factoriel.

La forme fonctionnelle de l'indicateur pour un bénéficiaire  $b$  est définie comme suit : 
$$I_b = \frac{\sum_{k=1}^K \sum_{j=1}^{J_k} w_{jk}^b s_{jk}^b}{K}$$

Où  $w_{jk}^b$  est le coefficient de pondération de la modalité  $j$  et de la variable  $k$  pour le bénéficiaire  $b$ , c'est-à-dire la valeur du score (coordonnée) obtenue dans l'ACM et normalisée par la première valeur propre ; l'indicateur de la modalité  $j$  de la variable  $k$  pour le bénéficiaire  $b$  ; et  $K$  le nombre d'indicateur catégorielle (variables).

Une fois obtenue les coordonnées des points individus sur les axes factoriels après application de l'ACM, une Classification Ascendante Hiérarchique (CAH) est réalisée sur les individus munis de toutes les coordonnées factorielles.

La CAH est une technique qui vise à classer les individus au vu d'un certain nombre de ressemblances de sorte que deux individus appartenant à une même classe se rassemblent au plus et diffèrent de deux autres appartenant à deux classes différentes.

Pour la construction de l'indice, deux types de variables sont retenues : les variables servant à construire l'indicateur de satisfaction et celles servant à l'identification des déterminants de la satisfaction des bénéficiaires ménages.

**Tableau 44 : Liste préliminaire des variables retenues**

Indicateur de satisfaction	<ul style="list-style-type: none"> <li>- l'avis sur l'accueil dans la formation sanitaire ;</li> <li>- l'avis sur la durée de la consultation ;</li> <li>- l'avis sur la consultation ;</li> <li>- l'avis sur l'attitude du personnel de la sante ;</li> <li>- l'avis sur l'effet des médicaments prescrits.</li> </ul>
Déterminants de la satisfaction	<ul style="list-style-type: none"> <li>- le sexe ;</li> <li>- le niveau de vie ;</li> <li>- la strate de résidence ;</li> <li>- la religion du chef de ménage ;</li> <li>- le niveau d'instruction du chef de ménage.</li> </ul>

Source : INS/PETS 2

✓ **Calcul de l'indice de satisfaction et regroupement en classes**

La réalisation la deuxième ACM a permis d'obtenir les résultats préliminaires devant servir à la construction de l'indicateur de satisfaction des bénéficiaires des services de la santé. Le premier axe factoriel qui représente 17,69% de l'inertie totale est celui qui décrit au mieux la satisfaction des bénéficiaires. En effet, les modalités de chaque variable retenue pour cette analyse sont ordonnées le long de cet axe (Annexe, graphique 2), disposant ainsi les individus soit du niveau de satisfaction le moins élevé au plus élevé ou du niveau de satisfaction le plus élevé au moins élevé.

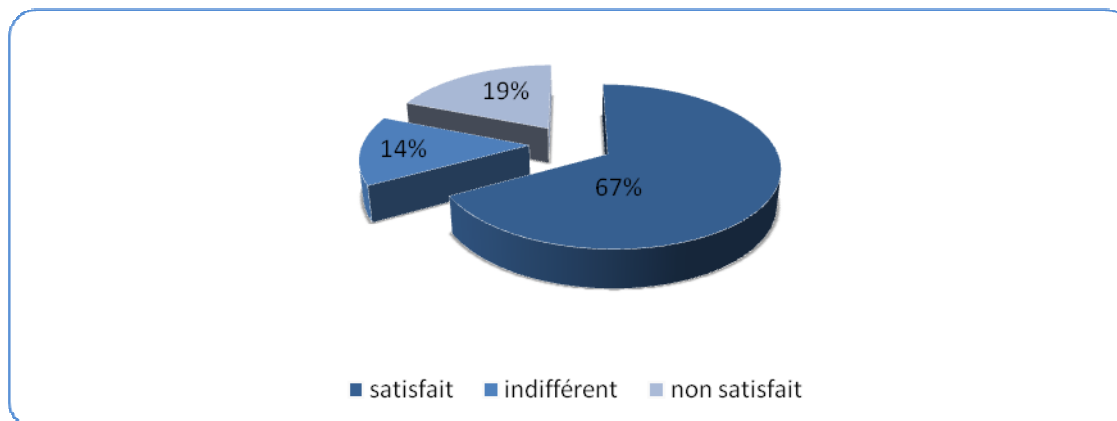
La mise en commun de ces deux méthodologies (calcul de l'indicateur et classification) d'étude de la satisfaction des bénéficiaires des services de santé révèle qu'une typologie des bénéficiaires à partir de l'indicateur calculé à travers les seuils ne saurait produire la classification souhaitée. En effet, tandis que l'indicateur va de 0,53 à 0,91 pour les "Satisfaits", il va de 0,48 à 1 pour les "Indifférents" et de 0,00 à 0,74 pour les "Non satisfaits".

Ce qui laisse apparaître qu'une classification à partir des seuils sur l'indicateur calculé ne saurait produire un résultat convergent avec la classification sur les facteurs. L'on retient par conséquent l'indicateur qualitatif obtenu à partir de la classification en trois classes.

Bien plus, la seule prise en compte de 17,69% de l'inertie totale dans la construction de l'indicateur ne pourrait révéler qu'une partie de l'information contenue dans les questions originelles adressées aux bénéficiaires. Alors que la classification ascendante hiérarchique sur l'ensemble des bénéficiaires de l'échantillon caractérisés par leurs coordonnées factorielles sur l'exhaustivité des axes représente les 100% de l'inertie projetée.



**Graphique 7: Répartition des bénéficiaires des services de santé suivant leur niveau de satisfaction**



Source : PETS Cameroun, 2009

La classification des bénéficiaires des services de la santé en trois classes permet d’obtenir une répartition présentée par le graphique suivant. Il en ressort que les bénéficiaires de ces services sont pour la plupart satisfaits. En effet on a 67% des satisfaits, 14% de ceux qui ne sont ni satisfaits ni insatisfaits et 19% des non satisfaits.

L’utilisation d’un sous-échantillon des ménages enquêté à ECAM3 a permis de mettre en relation le niveau de satisfaction des bénéficiaires des services de santé et le niveau de vie des ménages.

**Niveau de satisfaction et profil des bénéficiaires des services de santé**

Le tableau ci-dessous montre une différence non sensible entre la satisfaction en service de santé des hommes (80%) comparativement à celle des femmes (80,36%). Par ailleurs, les personnes pauvres sont plus satisfaites de l’offre de santé (81%) que les personnes non pauvres (80%). Ceci peut s’expliquer par le fait que les personnes non pauvres sont plus exigeantes en matière de santé tandis que les pauvres se contentent du strict minimum. L’analyse est similaire pour ce qui concerne le niveau d’instruction car lorsqu’on est d’un niveau intellectuel assez élevé, on est plus apte à apprécier les défauts d’un système de santé. C’est ainsi que les personnes dont les chefs de ménages sont sans niveau d’instruction sont plus satisfaites de l’offre de santé (82%) que ceux dont les chefs ont les niveaux du primaire (81%) et secondaire ou plus (79%). Les résultats montrent en outre des disparités spatiales pour ce qui du niveau de satisfaction des bénéficiaires ménages en offre de santé. En effet, les ménages résidant en milieu rural (84%) sont globalement plus satisfaits des services de santé que ceux du milieu urbain (83%). Enfin, les ménages dont les chefs sont les catholiques sont les moins satisfaits de l’offre de santé tandis que les ménages dont les chefs sont animistes sont ceux qui sont les plus satisfaits.

**Tableau 45 : Répartition des personnes selon leur niveau de satisfaction en offre de santé (en %)**

Variables	Modalités	Pourcentage des satisfaits
Sexe	Masculin	79,71
	Féminin	80,36
Niveau de vie	Pauvres	81,13
	Non pauvres	79,55
Strate de résidence	Urbain	78,57
	Semi urbain	82,68
	Rural	83,69
Religion du chef de ménage	Catholique	76,91
	Protestant	83,21
	Musulman	79,72
	Animiste	85,00
	Autre	81,01
Niveau instruction du chef de ménage	Sans niveau	81,89
	Primaire	80,63
	Secondaire ou plus	78,98

Source : INS/PETS

## CHAPITRE 7 : ANALYSE DE L'EFFICACITE DU SYSTEME SANITAIRE DU CAMEROUN

Ce chapitre va au-delà des problèmes soulevés par les enquêtés et se propose de mettre en rapport l'offre et la demande des services de santé dans le souci de déblayer des pistes d'amélioration du système sanitaire camerounais aussi bien sur le plan des soins administrés aux patients que sur la traçabilité de l'information budgétaire.

### 7.1. Les visées de la réforme de l'organisation du système sanitaire

Les réformes du système de santé entreprises ces dernières années par le Gouvernement du Cameroun visent à viabiliser tous les districts de santé pour l'atteinte des OMD. Dans ce cadre, la stratégie sectorielle de la santé a été élaborée et mise en œuvre depuis 2001. Cette stratégie qui est accompagnée d'un plan d'actions pluriannuel chiffré prend en compte les orientations de la politique de santé actuelle exprimées dans le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) dont les principaux objectifs sont : rendre les districts de santé fonctionnels et performants, lutter contre la maladie en particulier le VIH/SIDA, développer et mettre en place au niveau des districts de santé des mécanismes décentralisés de financement des soins de santé ainsi qu'un système performant de mutualisation du risque maladie. De façon spécifique, la réforme du système de santé au Cameroun vise à horizon 2015 à :

- i) amener 80% des 178 districts de santé existant à achever au moins la phase de consolidation du processus de viabilisation d'un district de santé ;
- ii) amener 100% des structures de santé des niveaux stratégiques et intermédiaires à jouer leur rôle d'appui et d'orientation recours ;
- iii) réduire de 1/3 la charge morbide chez les pauvres et les populations les plus vulnérables ;
- iv) réduire de 2/3 la mortalité des enfants de moins de 5 ans ;
- v) réduire de 2/5 la mortalité maternelle.

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 de l'OMS. Cependant, la mise en œuvre des réformes se heurte à de nombreuses insuffisances du système. En effet, dans le processus de viabilisation des districts de santé, on note une insuffisance des ressources humaines qualifiées qui réduit l'efficacité du système. De même, la mauvaise répartition des ressources humaines disponibles, le mauvais état ou la vétusté des infrastructures et équipements disponibles ne permettent pas d'assurer des services qualité.

Bien que la décentralisation du système de santé soit effective sur le plan de la gestion de ressources financières, humaines et matérielles, sa mise en œuvre se heurte à l'insuffisance de compétences nécessaires au niveau des districts de santé. Pour ce faire, le Gouvernement doit renforcer les capacités des responsables en matière de gestion axée sur les résultats (GAR), d'élaboration du budget et du CDMT, de management des ressources humaines.

### 7.2. Problématique du financement de la santé au Cameroun

Le financement de la santé est la levée des fonds permettant de garantir aux bénéficiaires un meilleur accès aux services de santé mais aussi, de les protéger de l'appauvrissement lié au fait de devoir payer ces services.

De nombreux partenaires techniques et financiers soutiennent le gouvernement camerounais dans sa politique de santé. Hormis les bailleurs bilatéraux, on dénombre 26 agences des Nations Unies, 20 fonds globaux et régionaux, et 90 initiatives globales qui œuvrent au Cameroun pour la santé.

Le financement du secteur de la santé par l'aide internationale a été fluctuant entre 2007 et 2009. En 2009, le Secteur Santé a reçu 10 733 387 740 FCFA d'aide.

Les soins de santé primaires constituent globalement la principale destination de ce financement, ce qui est conforme à la politique nationale de santé.

**Tableau 46: Evolution annuelle des dépenses par domaine d'intervention de la stratégie sectorielle de santé (en millions de FCFA)**

Domaine d'intervention	2007	2008	2009
Santé de la mère, de l'adolescent et de l'enfant	10 617	6 135	2 447
Lutte contre la Maladie	66 187	16 143	24 996
Promotion de la Santé	265	934	0
Viabilisation du District de Santé	68 926	75 480	89 296
<b>Total</b>	<b>145 995</b>	<b>98 691</b>	<b>116 739</b>

Source : MINSANTE

L'allocation spatiale de l'aide internationale reste peu efficace à cause de l'insuffisance de la coordination des diverses coopérations par le Ministère de la Santé Publique. Le renforcement des capacités de plusieurs responsables sur la GAR permettra certainement d'atteindre les objectifs d'une bonne gestion, en vue de l'amélioration de la satisfaction des bénéficiaires des services de santé.

La nécessité de se prémunir contre les risques financiers liés aux soins de santé se fait ressentir. En effet, la sécurité sociale (assurée par la CNPS) qui n'intègre d'ailleurs pas encore dans ses prestations la couverture santé, protège uniquement les travailleurs du secteur formel et les fonctionnaires. Cette pratique exclut une partie importante de la population qui se regroupe dans le secteur agricole non formel et le secteur informel non agricole. De même, les compagnies d'assurance privées financièrement inaccessibles pour le plus grand nombre, répondent en partie aux besoins d'assurance santé d'une minorité de salariés.

Face aux difficultés qu'elles rencontrent, les communautés organisent une solidarité autour de mécanismes informels d'entraide. Cette solidarité s'observe au Cameroun au sein des mutuelles de santé et surtout des associations et tontines, dans lesquelles on trouve une rubrique "secours" qui a pour objectif la prise en charge d'une partie des frais médicaux engagés par l'un des membres à jour de ses cotisations. Mais, ces formules demeurent le plus souvent insuffisantes pour palier aux problèmes de financement des soins de santé. L'assurance maladie dont on reconnaît son efficacité dans certains pays s'avère donc être l'outil nécessaire pour cette nouvelle approche.

### 7.3. Implication de la société civile à l'exécution et au contrôle budgétaire

La société civile au Cameroun est composée des associations et clubs, des ONG, des communautés religieuses, des médias et associations des journalistes, des organisations patronales, des syndicats, des instituts de recherche, etc. Outre la conception et les marchés publics, la société civile intervient aussi dans la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des programmes. Elle participe également à des commissions chargées du contrôle et de l'exécution du budget, surtout dans le contrôle des marchés publics.

Ces différents acteurs se regroupent généralement en réseaux pour jouer un rôle de :

- contre pouvoir dans les débats publics ;
- force de pression auprès des décideurs ;
- structure d'interpellation et de proposition dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques publiques et des stratégies de coopération ;
- dénonciation des dérives budgétaires.

La société civile agit uniquement au niveau du budget d'investissement (BIP). Le BIP est un outil qui permet à l'Etat de promouvoir le développement et d'atteindre ses objectifs en matière de lutte contre la pauvreté. C'est ainsi que la société civile participe régulièrement à des commissions chargées du contrôle et de l'exécution du budget, surtout dans le contrôle des marchés publics. Les résultats de la contribution des représentants de cette société à l'exécution et au contrôle budgétaire civile restent encore mitigés.

Afin de suivre les réalisations du gouvernement camerounais et de bannir les maux qui constituent un frein au développement économique et social de l'Etat, la participation de la société civile doit s'améliorer. A cet effet il conviendrait entre autres de mener les actions suivantes :

- collaborer avec les parlementaires, en particulier lors des débats précédant le vote du budget ;
- mettre en place une véritable politique de décentralisation visant à transférer une partie très substantielle de la gestion budgétaire aux collectivités décentralisées de l'Etat ;
- sensibiliser les citoyens aux questions budgétaires afin d'accroître leur intérêt pour celles-ci.

#### **7.4. Consolidation du système d'information sanitaire**

Le secteur de la santé, à l'exemple du système statistique national en général, présente un potentiel très riche en ce qui concerne la production des informations statistiques. Malheureusement l'étude de la traçabilité des dépenses publiques de santé au Cameroun a rencontré quelques difficultés dues essentiellement à la non disponibilité de l'information budgétaire. De plus, les informations sur l'offre et la demande des services de santé restent très peu connues, non actualisées ne permettant pas ainsi de prendre de bonnes décisions. Ceci découle de l'inefficacité de coordination entre les différents structures et programmes verticaux de santé qui produisent l'information (non harmonisation des méthodologies et supports de collecte utilisés).

Au regard de l'importance accordée aux secteurs prioritaires comme la santé pour booster la croissance au Cameroun, le processus de la prise de décision à chaque niveau de l'organisation passe par la mise sur pied d'un système d'information sanitaire efficace. D'où la nécessité de définir un plan de renforcement de capacités du système de santé en vue d'outiller les différents acteurs sur la tenue et la gestion des informations sanitaires. Ce renforcement des capacités permettra de disposer des informations de routine à intervalles réguliers, et de mécanismes destinés à produire des informations utiles :

- statistiques des services de santé,
- données administratives,
- données financières,
- données épidémiologiques,
- surveillance épidémiologique,

- d'autres informations issues des opérations de collecte ponctuelles telles que les enquêtes ménages et les diverses études et recherches.

Pour une meilleure couverture statistique du secteur de la santé, l'approche méthodologique à développer devra intégrer toutes les instances et tous les paliers identifiés, et former le personnel en charge des statistiques suivant le niveau où l'on se trouve.

## 7.5. Offre et demande des services de santé

### 7.5.1. Couverture sanitaire actuelle

Au Cameroun, il existe les formations sanitaires relevant du public, du parapublic (gérées par les organismes publics) et du privé (laïc et confessionnel). L'organisation actuel du secteur public prévoit l'implantation des formations sanitaires jusqu'au niveau périphérique pour desservir le maximum des populations. En 2009, on note une amélioration quant à la couverture des hôpitaux : un ratio de 118330 habitants pour un hôpital, ce qui est appréciable par rapport à la norme de l'OMS qui prévoit un ratio de 100 000 habitants pour un hôpital. Cependant, il ne suffit pas de multiplier les formations sanitaires mais de veiller à leur fonctionnalité notamment la présence des ressources humaines et matérielles suffisantes.

**Tableau 47: Situation des indicateurs de couverture sanitaire par habitant 2009**

Région	Population moyenne par hôpital	Population moyenne par centre de santé
Adamaoua	169 270	7 468
Centre	125 917	5 808
Est	57 283	4 860
Extrême-Nord	145 017	10 775
Littoral	159 211	10 459
Nord	146 445	11 082
Nord-Ouest	112 793	6 332
Ouest	93 962	4 452
Sud-Ouest	153 810	6 786
Sud	43 259	3 104
Norme OMS	100 000	10 000
Ensemble du pays	118 330	6 923

*Source* : Ministère de la Santé Publique, 2009

Les formations sanitaires privées qui accompagnent le gouvernement dans l'offre de service de santé aux populations ont pour la plupart pour promoteur les médecins exerçant dans le public. En effet, plusieurs patients qui consultent les formations sanitaires publiques sont orientés par les médecins vers leurs centres de santé privés pour leur suivi médical. Cependant, de nombreux risques sont soulevés dans cette pratique au rang desquels une charge de travail très importante pour les médecins qui sont obligés de travailler en continu autant dans le public que dans leurs structures privées. Cela pourrait bien avoir des incidences négatives sur leurs performances bien que beaucoup de malades trouvent leur service satisfaisant. L'un des résultats est que de nombreux malades sont insatisfaits du service fourni dans les formations sanitaires publiques à cause du mauvais accueil dont ils font l'objet.

Des efforts supplémentaires doivent donc être faits par le gouvernement pour former et recruter davantage de personnel médical en l'occurrence les médecins, les chirurgiens dentistes et les

pharmaciens afin de combler le gap par rapport aux normes de l’OMS. L’espoir reste permis quand on sait que des actions sont en cours de mise en œuvre dans le sens de l’ouverture de nouvelles facultés de médecines et de nouvelles spécialités.

**Tableau 48: Situation des indicateurs de couverture médicale dans le sous secteur public**

Indicateurs	2007	2010	Norme OMS
Nombre d’habitants pour 1 Médecin	13 685	14 418	10 000
Nombre d’habitants pour 1 chirurgien dentiste	472 298	606 441	105 882
Nombre d’habitants pour 1 Pharmacien	484 727	718 744	15 000
Nombre d’habitants pour 1 Infirmier	2 239	2 545	5 000
Nombre d’habitants par personnel médico-sanitaire	1 868	2 190	3 000

Source : MINSANTE 2009

✓ **Un défi d’équité dans la répartition des formations sanitaires**

L’équité reste également une préoccupation fondamentale pour le système de santé camerounais.

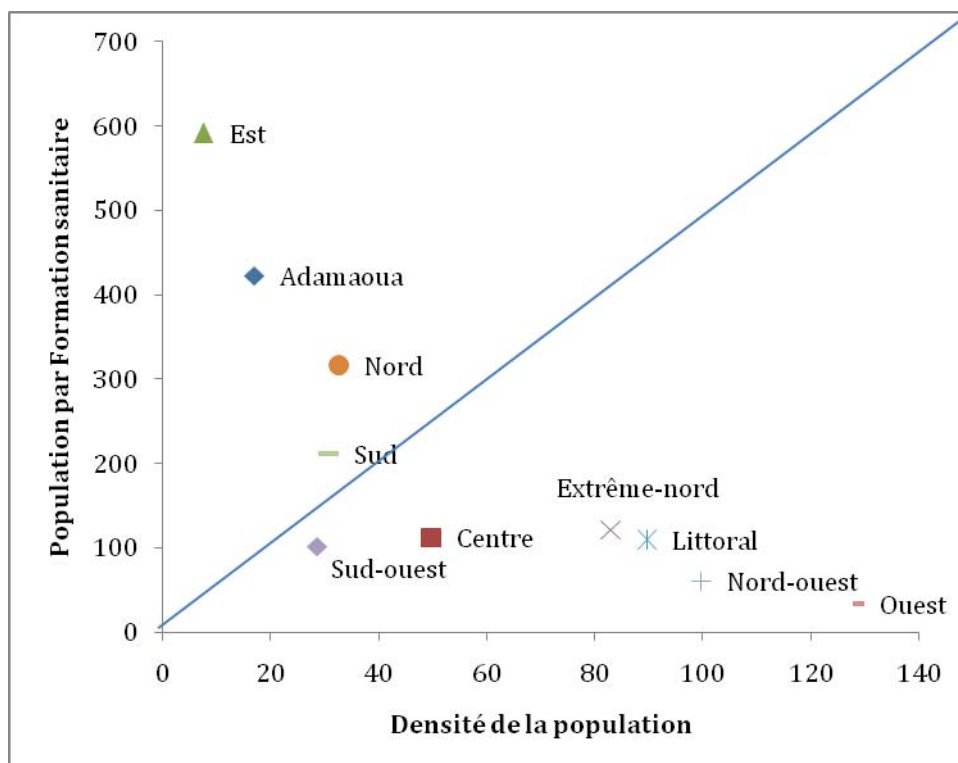
Sur la base des projections obtenues à partir des données du Recensement Général de la Population et de l’Habitat (RGPH3) et des informations issues de la carte sanitaire, l’analyse de la répartition des formations sanitaires à travers le territoire national révèle une forte iniquité qui permet de distinguer deux grands groupes :

- iii) Le groupe des mieux servis caractérisé par une densité de la population élevée et un ratio population/formation sanitaire faible, c’est-à-dire une concentration en FS élevée par rapport à la population. Font partie de ce groupe et par ordre décroissant de dotation en formations sanitaires, les régions de l’Ouest, du Nord-ouest, du Littoral, de l’Extrême-Nord, du Centre et du Sud-Ouest.
- iv) Le groupe des défavorisés caractérisé par un ratio population/formation sanitaire élevé et une densité faible. Appartiennent à ce groupe et suivant leur faible dotation en formations sanitaires, les régions de l’Est, de l’Adamaoua, du Nord et du Sud.

Dans ce classement, les régions du Centre et du Littoral devraient certainement migrer vers les groupes les plus défavorisés si on exclut Yaoundé et Douala qui concentrent beaucoup de district de santé et les formations sanitaires à couverture nationale.



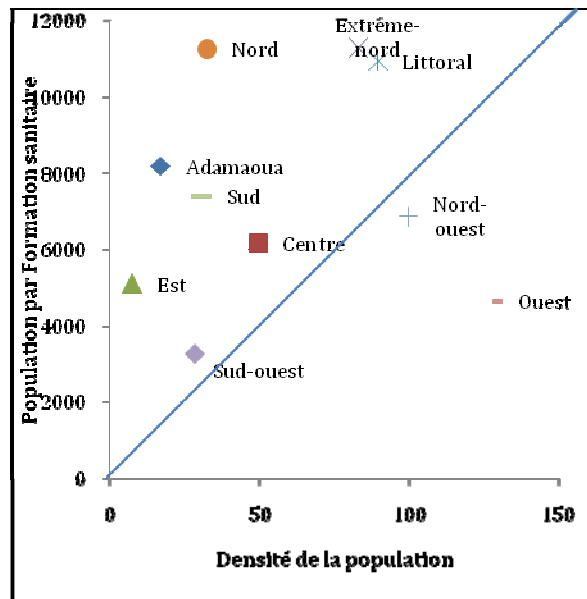
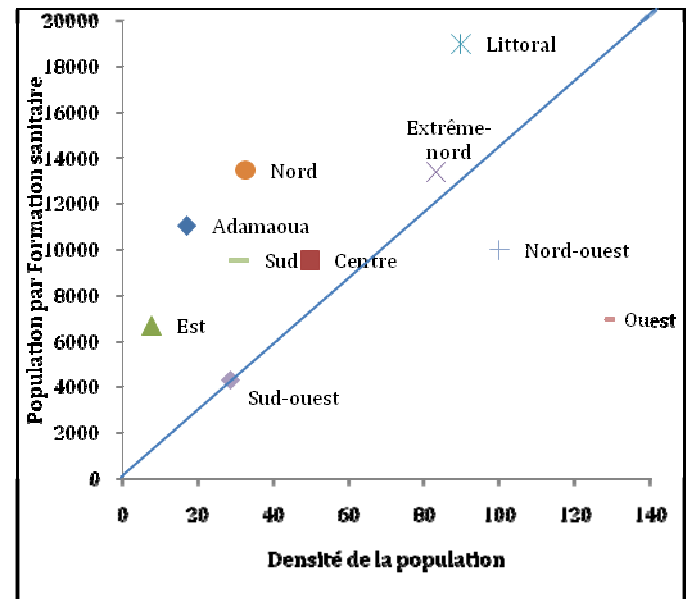
**Graphique 8 : Equité dans la répartition des formations sanitaires**



Source : BUCREP/RGPH et MINSANTE, 2009

Si l'on s'intéresse aux soins de santé primaires, seules les régions de l'Ouest et du Nord-Ouest restent dans le groupe dont la concentration des centres de santé est plus forte que celle de la population. Même en se limitant aux centres de santé publics, les changements observés n'apportent pas de modification en termes de composition des groupes précédents.

En tout état de cause, les régions du Nord, de l'Extrême-Nord et du Littoral s'affichent comme celles où l'accès aux soins de santé primaires fait face à une faible dotation en centres de santé. En moyenne, dans ces trois régions, plus de 10 000 personnes sont desservies par un centre de santé.

**Graphique 9: Equité dans la répartition des centres de santé****Graphique 10: Equité dans la répartition des CSI publics**

Source : BUCREP/RGPH et MINSANTE

### 7.5.2. Formation, déploiement et motivation du personnel de santé

Au Cameroun, la formation du personnel médico-sanitaire est assurée par le MINSANTE qui gère et supervise uniquement les écoles publiques et privées agréées placées sous sa tutelle. Le MINEFOP autorise également la création et l'ouverture des écoles de formation des personnels médico-sanitaires. Les universités d'Etat et les universités privées sont chargées de la formation du personnel médical sous la houlette du Ministère de l'Enseignement Supérieur. Depuis près de deux décennies (1990-2009) ces écoles ont formé environ 30 338 personnels médico-sanitaires, mais au 31 décembre 2008 seul le dixième est utilisé dans les services de santé.

Le gel des recrutements imposé par le Programme d'Ajustement Structurel a eu pour conséquence la diminution des effectifs du personnel de santé. Par ailleurs la baisse drastique des salaires survenue dans la Fonction Publique a accentué la fuite des cerveaux ; ce qui a eu pour conséquence de creuser davantage le déficit créé par les départs à la retraite et les décès.

Suite au plaidoyer du Gouvernement au cours des années 2002-2007, les bailleurs de fonds ont autorisé les recrutements sur les fonds issus des initiatives d'allègement de la dette (PPTe et C2D). La situation précaire de ces personnels (longues périodes sans salaire) a pour conséquence la fuite des cerveaux, désertion du personnel de santé, le manque d'engouement et de motivation au travail, la persistance du phénomène de corruption dans les FS.

Pendant la même période, d'autres personnels ont été recrutés localement par les structures sanitaires (par le biais des comités de gestion des mairies et les autorités administratives locales). Ces personnels dits en situation précaire émargeaient aux budgets des établissements utilisateurs ou des mairies.

Bien que les recrutements se soient accentués dans le secteur, le déploiement du personnel sur l'étendue du territoire n'est pas toujours optimal. En effet, la gestion centralisée de ce personnel au niveau national empêche toute maîtrise de ce personnel dans son déploiement comme dans sa gestion quotidienne. Par ailleurs, la majeure partie du personnel sanitaire manque de motivation en raison de l'absence de visibilité dans le statut, le profil de carrière, les primes, les moyens, le cadre de travail.

L'intéressement du personnel à travers l'aspect financier reste un élément crucial pour son implication dans le travail. Ainsi, si le personnel est intéressé aux résultats obtenus par la formation sanitaire et par son travail dans cette formation sanitaire, il pourra être incité à travailler mieux. Aussi, quand le lien entre le revenu et le travail fourni sera réellement perceptible, on pourrait s'attendre à un autre type de comportement de la part du personnel.

### **7.5.3. Equipement des formations sanitaires**

Le niveau d'équipement des formations sanitaires est fonction de leur catégorie. Au cours de ces dernières années, des moyens considérables ont été engagés par pour relever le plateau technique des hôpitaux de référence du secteur public. Malgré les efforts des pouvoirs publics pour l'amélioration de l'offre des services de santé l'on relève encore un important déficit en équipement médical dans les FS du niveau périphérique (CSI, CMA, HD) qui sont les plus proches de la population.

Par ailleurs, il est important de signaler que beaucoup de ces équipements ne sont pas toujours fonctionnels en raison de leur vétusté et des pannes. Les coupures brusques d'électricité doublées de la mauvaise utilisation des équipements acquis sont citées comme sources de dysfonctionnement. Par exemple, le nouveau centre d'hémodialyse dont la construction dans la ville de Bamenda a nécessité des moyens importants a vu ces appareils endommagés suite à une coupure d'électricité. Cette situation interpelle le gouvernement et les principaux gestionnaires des structures de santé sur la mise en place d'un dispositif de maintenance dans chaque formation sanitaire disposant d'un matériel médical de grande importance. En effet, l'absence dans ces formations sanitaires du personnel technique qualifié pour l'entretien/réparation des équipements médicaux acquis reste un problème majeur. Dans cette optique, l'Etat devrait penser à ouvrir dans les écoles nationales des spécialités pour la formation du personnel de maintenance des équipements médico-sanitaires.

### **7.5.4. Disponibilité des médicaments**

Le système national d'approvisionnement en médicaments essentiels est chargé d'assurer l'acquisition, le stockage et la distribution des médicaments essentiels dans les FS sur toute l'étendue du territoire national. Il englobe les centrales d'achat publique (la CENAME) et privée. En sa qualité de centrale d'achat publique, la CENAME est chargée d'assurer la régularité de l'offre de médicaments de qualité à moindre coûts dans les structures d'approvisionnement intermédiaires (CAPP) et dans les pharmacies et pro-pharmacies des FS. Elle est aussi chargée de signaler tout dysfonctionnement dans le réseau de distribution du médicament.

Malgré les dispositifs de surveillance que cette structure met en place, la disponibilité du médicament dans les formations sanitaires continue d'être une préoccupation au regard des conclusions sur le suivi de quelques médicaments essentiels. En effet, le dispositif de distribution mis en place par le MINSANTE dont la CENAME est chargée de la mise en œuvre, doit permettre à toutes les formations sanitaires de posséder en permanence un stock minimum. Il y a lieu de relever pour le décrier qu'en 2009, 30% environ de formations sanitaires n'ont pas disposé du stock minimum de médicaments requis. La rupture de stock va parfois jusqu'à 19 jours, preuve que la qualité de ces réseaux de distribution reste à parfaire.

## **7.6. Gouvernance hospitalière**

C'est l'ensemble des mesures prises pour assurer le bon fonctionnement d'une structure sanitaire. La gouvernance ici est cernée à travers les pratiques dans les FS.

✓ ***Affichage des prix de consultation***

La dernière enquête PETS avait recommandé qu'il soit instauré dans les formations sanitaires un système d'affichage des prix des consultations pour faciliter l'information du patient et éviter des actes de corruption qui pourraient engendrer des désagréments. Le problème demeure. En effet, pour près de 43% de patients interrogés, les tarifs de consultation ne sont pas affichés. Quand bien même ils sont affichés, ils le sont à des endroits pas très visibles au public.

✓ ***Les coûts pratiqués et ceux préconisés dans les prestations de service***

Les coûts des soins dans les hôpitaux aujourd'hui, sont loin d'obéir au décret **n°87/529 du 21 avril 1987** fixant la nomenclature générale des actes médicaux ; décret modifié par un arrêté ministériel (MINSANTE) du 8 juin 1994 portant fixation de la liste des produits et prestations des services dont les prix et tarifs sont soumis à la procédure d'homologation préalable des prix suite aux effets induits de la dévaluation et le progrès de la technologie. Dans les formations publiques par exemple, les coûts des soins varient selon que l'on sollicite un hôpital de référence, un hôpital de district, un CMA, ou un CSI d'une part et la qualification du personnel que l'on souhaite consulter d'autre part.

## **7.7. Synthèse des principaux problèmes soulevés par les enquêtés**

En exploitant les différentes réponses des responsables des structures sanitaires enquêtées ou consultées au sujet des problèmes de traçabilité de la dépense publique, et celles des bénéficiaires des services de santé sur leur niveau de satisfaction, on peut relever en substance les problèmes suivants :

✓ ***Sur le circuit de la dépense***

- Faible participation des responsables des services déconcentrés et des structures de dialogue à la préparation du budget ;
- Non respect du chronogramme de préparation du budget ;
- Prise en compte insuffisante au niveau des services centraux des besoins exprimés par les structures ;
- Forte concentration de la gestion du BIP ;
- Forte distraction des ressources au niveau des Contrôles financiers et des autorités administratives ;
- Forte asymétrie de l'information entre les responsables des formations sanitaires et les bénéficiaires ;
- Connaissance insuffisante ou mauvaise application des principes de gestion budgétaire par certains responsables ;
- Indisponibilité totale ou partielle d'archives sur l'information budgétaire ;
- Non respect des délais d'exécution budgétaire et retard dans la réception des autorisations de dépenses ;
- Faible poids décisionnel des gestionnaires au sein des commissions locales de marchés ;
- Mauvaise qualité de la dépense ;
- Difficulté persistante dans la programmation d'une enquête de type "Budget Tracking" à périodicité régulière.

✓ **En rapport avec le niveau de satisfaction des bénéficiaires**

- Insuffisance des équipements nécessaires pour offrir des soins dignes du plateau technique de la formation sanitaire sollicitée ;
- Problème d’assainissement dans les formations sanitaires ;
- Insuffisance de l’offre en énergie électrique surtout en zone rurale ;
- Rupture fréquente des stocks des médicaments essentiels dans les formations sanitaires ;
- Insuffisance de personnel sanitaire qualifié dans les formations sanitaires ;
- Non affichage des tarifs officiels et incompatibilité entre ces tarifs et ceux pratiqués dans les FS ;
- Mauvais accueil des patients dans les formations sanitaires et surtout celles du public ;
- Persistance de certaines maladies (la grippe et le paludisme).

**7.8. Recommandations**

Dans l’optique de la définition d’une matrice d’actions devant améliorer la gestion des finances ainsi que l’accès aux services de santé de qualité améliorée, les recommandations suivantes peuvent être formulées :

✓ **Sur le circuit de la dépense**

- Associer davantage les responsables des services déconcentrés et des structures de dialogue à la préparation du budget ;
- Déconcentrer la structure technique de préparation du budget ;
- Prendre en compte les besoins réels exprimés par les structures de santé ;
- Permettre aux responsables des structures de définir leurs priorités ;
- Créer un comité Planification–Programmation–Budgétisation–Suivi (PPBS) au sein du MINSANTE ;
- Décentraliser autant que possible la gestion du BIP ;
- Revoir le rôle des Contrôles financiers et des autorités administratives dans le circuit de la dépense ;
- Systématiser la mise à la disposition du public (par le biais des structures de dialogue comme les comités de gestion) de l’information sur les ressources budgétaires et leur utilisation ;
- Rendre disponible le manuel de procédures budgétaires et comptables et faciliter son acquisition et son utilisation aux responsables ;
- Mettre en place un système d’archivage des documents budgétaires ;
- Améliorer les délais de transmission des autorisations de dépenses ;
- Rehausser le poids décisionnel des ordonnateurs au sein des commissions locales des marchés ;
- Etoffer suffisamment les cahiers de clauses techniques pour écarter les prestataires aventuriers ;

- Considérer les capacités financière et technique des soumissionnaires lors de l’attribution des marchés ;
  - Mettre en place un mécanisme d’appropriation de l’exercice "Budget tracking" au Ministère de la Santé publique.
- ✓ ***En rapport avec le niveau de satisfaction des bénéficiaires***
- Equiper adéquatement les formations sanitaires ;
  - Améliorer la qualité de l’offre des services de santé surtout dans les zones rurales et difficiles d’accès ;
  - Promouvoir des méthodes modernes d’évacuation des déchets tout en respectant la protection de l’environnement ;
  - Assurer l’accès de toutes les FS en eau de boisson ;
  - Assurer l’accès de toutes les FS en électricité ;
  - Rendre disponibles les médicaments essentiels, vaccins et consommables, ainsi que des tests de laboratoire à tous les niveaux de la pyramide sanitaire en particulier dans les zones rurales et celles d’accès difficile ;
  - Rendre disponible et motiver le personnel qualifié dans les FS surtout dans les zones rurales et celles d’accès difficile ;
  - Définir clairement un dispositif d’orientation des patients dans la FS ;
  - Améliorer la qualité des équipements des FS pour répondre à la demande et intensifier la lutte contre certaines maladies prioritaires telles que le Paludisme.

## **BIBLIOGRAPHIE**

### **Ouvrages et publications**

1. INS-Cameroun, Enquête sur le suivi des dépenses publiques et la satisfaction des bénéficiaires dans les secteurs de l'éducation et de la santé, avril 2004.
2. ISTEEBU/PAGE/INS-Cameroun, Enquête sur le suivi des dépenses publiques et le niveau de satisfaction des bénéficiaires dans les secteurs de l'éducation, de la santé et de la justice en république du Burundi, 2008.
3. INS, Enquête Camerounaise auprès des Ménages, 2007.

### **Textes de loi & règlement**

1. Cameroun, Loi N°2007/006 du 26 décembre 2007 portant régime financier de l'Etat.
2. Cameroun, MINEPAT, Rapport d'exécution physico-financière au 31 décembre 2009, février 2010.
3. Cameroun, Circulaire N°10/001/MINFI du 08 janvier 2010 portant instructions relatives à l'exécution et au contrôle de l'exécution du budget de l'Etat et des organismes subventionnés pour l'exercice 2010.
4. Loi des Finances de la république du Cameroun, année 2009.
5. Journal des projets de la république du Cameroun, chapitres 15, 25 et 40, année 2009.



## ANNEXES

### Annexe 1 : Problèmes soulevés par les enquêtés et leurs suggestions

#### Principaux problèmes des enquêtés

- *Au niveau des formations sanitaires*
  - Crédit insuffisant/budget faible
  - Manque d'eau
  - Retard dans la réception du carton
  - Manque d'électricité
  - Les fournisseurs livrent avec un pourcentage élevé
  - Manque d'infrastructure
  - Lenteur administrative
  - Personnel vieillissant
  - Manque de liquidité
  - Absence/insuffisance des équipements
  - Retard des fournisseurs
  - Vente illicite des médicaments aux malades
  - Tracasseries dans le paiement
  - Absence de logement d'astreintes pour le personnel
  - Salaire irrégulier
  - Insécurité
  - Non respect des besoins
  - Taxes élevées
  - Mauvaise évaluation des priorités
  - Mauvaise foi des fournisseurs
  - Insuffisance des médecins
  - Rareté des fournisseurs
  - Approvisionnement en médicament
  - Perte de ressources à tous les niveaux
  - Pas de ligne pour carburant et lubrifiant
  - Retard au niveau de l'engagement
  - Détournement de la ligne par la hiérarchie
  - Beaucoup d'activités réalisées hors lignes budgétaires
  - Retard du comptable/Tracasseries du comptable
  - Excès des procédures pour le paiement
  - Problème d'enclavement
  - Conflits avec les contrôleurs financiers
  - Disparition (détournement)
  - Prix appliqué (ceux de la mercuriale élevé)

- Long circuit d'exécution du budget
  - Moyens financiers limités des fournisseurs
  - Fournisseur imposé par la hiérarchie
  - Arrivée tardive des décisions de paiement
- ***Solutions aux problèmes rencontrés dans les FS***
    - Recrutement de personnel qualifié
    - Dotation en moyen de transport/Désenclavement
    - Dotation en moyen de communication
    - Renouveler les infrastructures
    - Budget de plus en plus substantiel
    - Dotation en caisse d'avances
    - Equipement des FS/aménager les locaux
    - Construction et équipement des FS
    - Réduction des intervenants dans le circuit
    - Améliorer le salaire en fonction du rendement
    - Formation et recyclage du personnel
    - Construction et extension des FS
    - Réfection des bâtiments
    - Affectation du personnel qualifié
    - Rajeunir le personnel
    - Maintenir les lignes de crédit
    - Créer les pharmacies
    - Motivation du personnel
- ***Les mesures susceptibles d'améliorer l'accès aux soins de santé dans la FS***
    - Réduire les coûts des médicaments
    - Recycler le personnel de santé
    - Création des mutuelles
    - Harmonisation des tarifs
    - Amélioration de l'accueil
    - Réduction des coûts de soins
    - Améliorer la capacité d'accueil
    - Renforcer les effectifs du personnel soignant
- ***Les mesures susceptibles d'améliorer la qualité des soins dans la localité***
    - Amélioration du revenu du personnel de la santé
    - Recyclage du personnel
    - Motivation du personnel
    - Sanction des personnels indécents
    - Recrutement de plus de personnel de santé
    - Amélioration du suivi des patients
    - Allocation des subventions considérables
    - Amélioration du plateau technique

- Dotation des formations sanitaires en médicaments

### **Principaux problèmes des enquêtés**

- ***Au niveau des services déconcentrés***
  - Approvisionnement en médicament
  - Insuffisance du personnel
  - Manque d'électricité
  - Manque d'infrastructure
  - Absence de moyens de locomotion
  - Personnel vieillissant
  - Absence/Insuffisance des équipements
  - Retard carton
  - Indiscipline du personnel
  - Propositions non prises en compte par la hiérarchie
  - Organigramme inadapté

### ***Solutions aux problèmes rencontrés dans les SDI***

- Recrutement du personnel qualifié
- Dotation en moyen de transport/désenclavement
- Dotation en moyen de communication
- Renouveler les infrastructures
- Budget de plus en plus substantiels
- Dotation en caisse d'avance
- Equipement/aménagement des locaux
- Equipement des structures
- Réduction des intervenants dans le circuit
- Améliorer les salaires en fonction du rendement
- Formation et recyclage du personnel
- Réfection des bâtiments
- Diviser les centres de district
- Affectation du personnel qualifié
- Rajeunir le personnel
- Maintenir les lignes de crédit
- Créer les pharmacies
- Motivation du personnel
- Dotation en électricité/eau
- Décentralisation de la gestion

### ***Mesures les plus susceptibles d'amélioration l'accès aux soins de santé dans la localité***

- Création des mutuelles
- Harmonisation des tarifs
- Amélioration de l'accueil
- Réduction des coûts de soins
- Améliorer la capacité d'accueil
- Renforcer les effectifs de personnel soignant

- Recruter le personnel soignant

***Mesures les plus susceptibles d'amélioration l'accès aux soins de santé dans la localité***

- Améliorer le revenu du personnel soignant
- Recycler le personnel
- Motivation du personnel
- Sanction des personnes indélicates
- Recruter plus de personnel de santé
- Amélioration du suivi des patients
- Allocation des subventions considérables
- Amélioration du plateau technique
- Dotation des formations sanitaires en médicaments

***Principaux problèmes des enquêtés***

***Au niveau des bénéficiaires ménages***

- Le favoritisme dans le service/ le clientélisme du personnel
- Le mauvais accueil réservé aux patients
- L'absentéisme des médecins/spécialistes
- L'indifférence du personnel soignant
- Mauvaise qualité du service
- Vétusté des locaux
- Coût des soins élevé
- Mauvaise gestion des déchets hospitaliers
- Insuffisance du personnel soignant
- Manque d'eau
- Manque d'électricité

***Mesures les plus susceptibles d'amélioration la qualité des soins de santé dans la localité***

- Améliorer l'accueil des patients
- Primer les personnels consciencieux
- Promouvoir l'assiduité des médecins/spécialiste
- Bien rémunérer le personnel
- Former/recycler le personnel
- Recruter du personnel soignant
- Améliorer l'entretien des locaux
- Renforcer le plateau technique des formations sanitaires
- Equiper/Réhabilité les Formation sanitaires

***Actions à entreprendre par le Gouvernement pour améliorer l'accès aux soins de santé***

- Recruter du personnel sanitaire
- Construire les formations sanitaires
- Équiper les formations sanitaires
- Faciliter l'accès aux médicaments
- Former plus de médecins/autres personnels de santé
- Lutter contre la corruption et les détournements

- Encourager et primer le personnel sanitaire
- Organiser des campagnes de prévention des maladies
- Généraliser les actions de sécurité sociale

***Principaux problèmes des enquêtés***

***Au niveau des bénéficiaires malades***

- Le favoritisme dans le service/le clientélisme du personnel
- Le mauvais accueil réservé des patients
- L'absentéisme des médecins/spécialistes
- L'indifférence du personnel soignant
- Mauvaise qualité de service
- Coût de soins élevé
- Vétusté des locaux
- Améliorer l'accueil des patients
- Primer les personnels consciencieux
- Promouvoir l'assiduité des médecins/spécialistes
- Bien rémunérer le personnel
- Former/bien recycler le personnel
- Recruter du personnel soignant
- Améliorer l'entretien des locaux

***Mesures les plus susceptibles d'amélioration la qualité des soins de santé dans la localité***

- Améliorer l'accueil des patients
- Primer les personnels consciencieux
- Promouvoir l'assiduité des médecins/spécialistes
- Bien rémunérer le personnel
- Former/bien recycler le personnel
- Recruter du personnel soignant
- Améliorer l'entretien des locaux

## Annexe 2 : Tableaux Supplémentaires

**Tableau 49: Pourcentage des formations sanitaires disposant de services de base**

	Electricité	Eau courante	Laboratoire d'analyse médicale	Morgue	Salle de consultation	Salle d'opération	Pro-pharmacie
<b>Catégorie des formations sanitaires</b>							
HD	94,7	83,8	97,4	47,4	100,0	92,1	92,1
CMA	87,5	51,6	93,8	6,3	100,0	43,8	96,9
CSI	54,3	30,0	69,1	1,1	95,7	17,0	94,7
<b>Milieu d'implantation</b>							
Urbain	90,0	70,9	95,0	17,5	97,5	52,5	92,5
Rural	50,6	21,8	66,3	8,4	97,6	26,5	96,4
<b>Zone d'enquête</b>							
Douala	100,0	87,5	100,0	18,8	100,0	62,5	87,5
Yaoundé	87,5	50,0	87,5	,0	100,0	50,0	75,0
Adamaoua	46,2	30,8	76,9	23,1	100,0	38,5	92,3
Centre	87,5	31,3	81,3	18,8	100,0	56,3	93,8
Est	53,3	7,1	60,0	6,7	93,3	26,7	93,3
Extrême nord	38,5	27,3	69,2	15,4	92,3	23,1	92,3
Littoral	71,4	53,8	71,4	21,4	100,0	35,7	100,0
Nord	41,7	25,0	75,0	,0	100,0	25,0	91,7
Nord ouest	80,0	80,0	93,3	13,3	100,0	26,7	100,0
Ouest	73,3	53,3	86,7	6,7	100,0	33,3	100,0
Sud	69,2	25,0	61,5	23,1	100,0	38,5	100,0
Sud ouest	85,7	76,9	100,0	,0	85,7	57,1	100,0
<b>Ensemble</b>	<b>70,1</b>	<b>46,8</b>	<b>80,5</b>	<b>12,8</b>	<b>97,6</b>	<b>39,6</b>	<b>94,5</b>

Source : PETS Cameroun, 2010

Tableau 50: Pourcentage des formations sanitaires disposant d'équipements de base par zone d'enquête

	Boite d'accouchement	Congélateur/réfrigérateur	Equipement de vaccination	Matériel du système de stérilisation a sec	Matériel du système de stérilisation a eau	Table d'opération	Cyalitique	Boite chirurgicale	Boite pour césarienne	Tables d'accouchement	Microscopes fonctionnels	Lit d'hospitalisation/d'observation	Etuves
<b>Catégorie des formations sanitaires</b>													
HD	89,2	89,2	78,9	89,5	71,1	86,8	68,4	84,2	78,9	97,4	100,0	100,0	48,6
CMA	75,0	93,8	93,8	65,6	43,8	36,7	26,7	46,7	33,3	96,9	100,0	100,0	45,2
CSI	70,2	80,9	90,4	46,8	40,4	15,1	9,3	25,6	11,6	81,9	79,8	91,5	26,6
<b>Milieu d'implantation</b>													
Urbain	78,5	89,9	87,5	77,5	52,5	44,2	39,0	51,9	42,9	91,3	96,3	97,5	46,3
Rural	72,3	80,7	89,2	43,4	43,4	28,9	15,8	35,5	21,1	85,5	80,7	92,8	23,5
<b>Zone d'enquête</b>													
Douala	93,8	100,0	100,0	87,5	50,0	50,0	50,0	50,0	43,8	93,8	100,0	100,0	31,3
Yaoundé	75,0	87,5	87,5	87,5	50,0	37,5	37,5	62,5	62,5	87,5	100,0	87,5	50,0
Adamaoua	75,0	83,3	84,6	61,5	46,2	41,7	33,3	58,3	41,7	92,3	84,6	100,0	15,4
Centre	75,0	87,5	87,5	56,3	56,3	43,8	37,5	56,3	37,5	93,8	93,8	93,8	43,8
Est	66,7	53,3	80,0	40,0	40,0	28,6	7,1	21,4	28,6	66,7	73,3	86,7	,0
Extrême nord	84,6	84,6	76,9	53,8	38,5	18,2	9,1	36,4	18,2	92,3	100,0	100,0	38,5
Littoral	57,1	85,7	92,9	57,1	42,9	28,6	28,6	21,4	21,4	92,9	78,6	100,0	21,4
Nord	91,7	75,0	83,3	33,3	50,0	25,0	16,7	33,3	25,0	83,3	83,3	83,3	33,3
Nord ouest	73,3	100,0	93,3	53,3	53,3	40,0	20,0	40,0	26,7	86,7	100,0	93,3	60,0
Ouest	66,7	86,7	93,3	73,3	33,3	30,8	23,1	46,2	23,1	93,3	86,7	100,0	13,3
Sud	69,2	76,9	84,6	46,2	46,2	44,4	33,3	44,4	33,3	84,6	61,5	92,3	23,1
Sud ouest	78,6	100,0	92,9	78,6	71,4	50,0	28,6	64,3	35,7	92,9	100,0	100,0	100,0
<b>Ensemble</b>	75,5	85,3	88,4	60,4	48,2	37,0	27,3	44,2	32,5	88,4	88,4	95,1	35,2

Source : PETS Cameroun, 2010

**Tableau 51: Répartition (en %) des bénéficiaires ménages suivant la catégorie et statut de la FS fréquenté et par région**

Région	Catégorie de la FS			Statut actuel de la FS		Effectif
	HD	CMA	CSI	Public	Privé	
Douala	37,7	39,6	22,6	56,6	43,4	53
Yaoundé	52,6	23,7	23,7	65,8	34,2	38
Adamaoua	36,6	7,3	56,1	65,9	34,1	41
Centre	40,8	28,6	30,6	65,3	34,7	49
Est	29,6	44,4	25,9	85,2	14,8	27
Extrême Nord	35,0	12,5	52,5	77,5	22,5	40
Littoral	32,6	13,0	54,3	82,6	17,4	46
Nord	35,7	7,1	57,1	100,0	0,0	42
Nord Ouest	29,4	23,5	47,1	66,7	33,3	51
Ouest	30,6	18,4	51,0	81,6	18,4	49
Sud	22,0	9,8	68,3	73,2	26,8	41
Sud Ouest	23,7	15,8	60,5	60,5	39,5	38
<b>Milieu d'implantation</b>						
Urbain	23,7	10,1	18,1	35,7	16,1	267
Rural	10,3	10,1	27,8	37,1	11,1	248
<b>Ensemble</b>	<b>34,0</b>	<b>20,2</b>	<b>45,8</b>	<b>72,8</b>	<b>27,2</b>	<b>515</b>

Source : PETS Cameroun, 2010



**Tableau 52: Répartition des patients selon le motif de consultation, la catégorie, le milieu d'implantation**

Zone d'enquête	Paludisme /fièvre/mal de tête	Grippe/toux	Maladies diarrhéiques	Soins bucco dentaires	Planning familial	Soins prénatal	Soins postnatal	Vaccination	Test du VIH/SIDA	Examens et autre test	Fractures ou malformation des os	Autre	Ensemble
Douala	38,9	6,8	6,8	3,1	0,6	6,2	0,0	1,9	0,6	5,6	1,2	28,4	100,0
Yaoundé	31,2	9,2	6,4	5,7	0,0	2,8	2,8	2,8	0,0	5,7	2,8	30,5	100,0
Adamaoua	38,8	5,1	8,2	4,1	0,0	6,1	3,1	6,1	0,0	0,0	2,0	26,5	100,0
Centre	41,5	0,0	13,2	1,9	0,9	3,8	0,0	0,9	0,0	3,8	,9	33,0	100,0
Est	40,5	2,7	9,5	0,0	0,0	9,5	2,7	8,1	0,0	1,4	5,4	20,3	100,0
Extrême- Nord	44,4	19,8	10,8	0,7	0,3	2,1	1,7	1,4	0,0	1,4	1,7	15,6	100,0
Littoral	44,0	9,0	3,0	1,0	0,0	1,0	2,0	0,0	0,0	4,0	2,0	34,0	100,0
Nord	47,2	5,6	6,9	0,9	0,4	1,3	0,9	2,2	0,0	0,4	2,2	32,0	100,0
Nord - Ouest	45,1	13,8	3,1	2,6	0,5	0,0	0,0	3,6	1,0	2,1	1,5	26,7	100,0
Ouest	44,1	9,0	4,8	4,3	0,5	2,1	0,5	2,7	0,0	3,7	2,7	25,5	100,0
Sud	40,4	6,4	9,2	8,3	0,0	2,8	0,0	1,8	0,9	10,1	5,5	14,7	100,0
Sud – Ouest	43,4	5,0	5,0	0,0	0,0	3,1	1,9	0,0	0,0	0,6	3,8	37,1	100,0
<b>Milieu de résidence</b>													
Urbain	41,9	8,9	6,6	3,0	0,4	2,6	1,3	2,4	0,2	3,7	2,5	26,6	100,0
Rural	43,4	9,6	8,3	1,4	0,2	3,4	1,0	2,2	0,3	1,4	2,2	26,7	100,0
<b>Statut de la FS</b>													
Public	42,3	6,2	7,1	2,4	0,4	3,4	1,4	3,3	0,3	3,8	3,1	26,4	100,0
Privé	41,8	7,7	7,0	2,8	0,4	2,8	1,4	1,6	0,0	2,6	1,9	30,0	100,0
<b>Ensemble</b>	42,1	6,7	7,0	2,6	0,4	3,2	1,4	2,7	0,2	3,4	2,7	27,7	100,0

Source : PETS Cameroun, 2010

**Tableau 53: Tarif moyen (en FCFA) de la consultation dans les FS d'après les malades rencontrés sur place**

	Milieu d'implantation								Ensemble			
	Urbain				Rural							
	HD	CMA	CSI	Total	HD	CMA	CSI	Total	HD	CMA	CSI	Total
Douala	2800	2858	2600	2774	.	.	.	.	2800	3065	2600	2857
Yaoundé	1640	1678	1183	1571	.	.	.	.	1640	1678	889	1471
Adamaoua	11125	.	3000	8909	480	300	3831	2796	6153	300	3152	4041
Centre	1893	.	1357	1714	2000	578	157	776	1921	578	743	1229
Est	.	.	.	.	0	343	250	279	517	450	250	417
Extrême Nord	1754	250	267	1071	200	250	361	329	1643	250	314	824
Littoral	2338	950	1000	1438	1300	.	790	936	1713	1300	916	1226
Nord	600	200	600	500	238	500	275	272	407	300	296	336
Nord Ouest	673	2400	961	1011	.	422	285	341	700	917	569	689
Ouest	880	1100	694	834	550	400	520	511	770	700	574	657
Sud	1500	600	1000	1220	.	300	1210	1167	1500	525	1104	1136
Sud Ouest	633	733	1262	1052	500	.	.	500	589	733	1543	1189
<b>Ensemble</b>	<b>2329</b>	<b>1812</b>	<b>1256</b>	<b>1849</b>	<b>748</b>	<b>426</b>	<b>1002</b>	<b>850</b>	<b>1840</b>	<b>1252</b>	<b>1097</b>	<b>1381</b>

Source : PETS Cameroun, 2010

**Tableau 54: Durée moyenne de la consultation (en minutes) par région et par catégorie de FS (approche malade)**

Région	HD	CMA	CSI	Ensemble
Douala	23,2	31,0	18,3	25,2
Yaoundé	33,5	66,1	35,6	41,7
Adamaoua	40,7	53,3	39,1	40,7
Centre	28,0	23,9	16,5	23,3
Est	25,0	18,8	37,1	25,4
Extrême Nord	29,6	17,0	20,8	23,4
Littoral	24,4	36,3	25,6	26,6
Nord	34,7	25,0	29,0	30,7
Nord Ouest	34,3	21,9	18,2	23,8
Ouest	20,0	46,1	37,6	33,8
Sud	43,3	26,3	23,0	27,8
Sud Ouest	24,4	28,3	22,5	23,9
<b>Ensemble</b>	<b>29,9</b>	<b>31,7</b>	<b>26,5</b>	<b>28,7</b>

Source : PETS Cameroun, 2010

**Tableau 55: Répartition des patients suivant le groupe socioéconomique, le milieu et le type de formation sanitaire visitée.**

	Milieu d'implantation								Ensemble			
	Urbain				Rural							
	HD	CMA	CSI	Total	HD	CMA	CSI	Total	HD	CMA	CSI	Total
Cadre	18,2	27,3	4,5	50,0	13,6	4,5	13,6	31,8	31,8	36,4	31,8	100,0
Employé/ouvrier qualifié	45,2	19,4	12,9	77,4	6,5	3,2	9,7	19,4	54,8	22,6	22,6	100,0
Employé/ouvrier semi qualifié	30,3	12,1	9,1	51,5	12,1	3,0	18,2	33,3	48,5	15,2	36,4	100,0
Manœuvre	16,7	16,7	23,3	56,7	0,0	6,7	26,7	33,3	16,7	26,7	56,7	100,0
Employeur/compte propre	22,3	4,9	18,0	45,1	4,4	9,2	29,1	42,7	32,5	16,0	51,5	100,0
Aide familial, Apprenti	21,6	10,8	27,0	59,5	2,7	5,4	27,0	35,1	24,3	16,2	59,5	100,0
Chômeur	19,6	12,5	19,6	51,8	10,7	7,1	14,3	32,1	33,9	25,0	41,1	100,0
Etudiant	22,2	13,3	31,1	66,7	2,2	11,1	17,8	31,1	26,7	24,4	48,9	100,0
Autre inactif	25,9	7,4	11,1	44,4	14,8	7,4	24,1	46,3	42,6	22,2	35,2	100,0
<b>Ensemble</b>	<b>23,7</b>	<b>10,1</b>	<b>18,1</b>	<b>51,9</b>	<b>6,6</b>	<b>7,6</b>	<b>23,2</b>	<b>37,4</b>	<b>34,0</b>	<b>20,2</b>	<b>45,7</b>	<b>100,0</b>

Source : PETS Cameroun, 2010

**Tableau 56: Répartition (en %) des ménages suivant leur appréciation sur les caractéristiques physiques des formations sanitaires visitées**

	HD	CMA	CSI	Ensemble
<b>Jugement général sur l'état des locaux de la FS</b>				
En très bon état	16,0	13,5	11,4	13,4
En bon état	36,6	36,5	28,8	33,0
Dans un état acceptable	33,1	37,5	41,1	37,7
En mauvais état	11,4	8,7	15,3	12,6
En très mauvais état	2,9	3,8	3,4	3,3
<b>Opinion sur l'état des toilettes de la FS</b>				
Très propres	8,6	7,7	10,2	9,1
Propres	33,1	36,5	41,9	37,9
Indifférent/ ne sait pas	14,9	15,4	21,2	17,9
Sales	24,0	28,8	9,3	18,3
Très sales	14,3	5,8	3,4	7,6
Inexistant	2,3	1,0	5,5	3,5
Passable	2,9	4,8	8,5	5,8
<b>Jugement général sur les conditions d'hygiène et de salubrité</b>				
Très bonnes	17,1	6,7	14,0	13,6
Bonnes	54,3	56,7	61,9	58,3
Indifférent/ ne sait pas	12,6	14,4	11,4	12,4
Mauvaises	12,6	17,3	11,0	12,8
Très mauvaises	3,4	4,8	1,7	2,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : PETS Cameroun, 2009

**Tableau 57: Appréciation de l'ensemble des frais payés dans la formation sanitaire par rapport au résultat suivant le GSE du chef de ménage**

	Très excessif	Excessif	Suffisant/normale	Peu	Négligeable	Ensemble
Cadre	0	3,4	5,0	4,0	4,5	4,3
Employé/ouvrier qualifié	6,1	4,6	5,8	8,0	13,6	6,1
Employé/ouvrier semi qualifié	12,1	6,9	6,4	4,0	0,0	6,5
Manœuvre	0	5,7	6,7	4,0	4,5	5,9
Employeur/travailleur à compte propre	48,5	39,1	39,9	36,0	36,4	40,0
Aide familial/Apprenti	9,1	4,6	7,3	8,0	13,6	7,3
Chômeur	12,1	11,5	11,1	8,0	9,1	11,0
Etudiant	6,1	9,2	8,5	16,0	4,5	8,6
Autre inactif	6,1	14,9	9,3	12,0	13,6	10,4
Ensemble	100	100	100	100	100	100

Source : PETS-2

**Tableau 58: Appréciation de la qualité des services dans la FS suivant le statut, la catégorie, le milieu d'implantation**

	Type de la FS				Statut actuel de la FS			Milieu d'implantation		
	HD	CMA	CSI	Total	Public	Privé	Total	Urbain	Rural	Total
<b>Qualité du personnel que vous avez consulté</b>										
Médecin	57,7	51,9	14	36,5	30,9	51,4	36,5	47,6	24,6	36,5
Infirmier	24	26	57,6	39,8	43,2	30,7	39,8	31,8	48,4	39,8
Personnel de santé (infirmier, sage femme, ...)	16,6	20,2	26,3	21,7	23,2	17,9	21,7	19,1	24,6	21,7
Stagiaire	1,1	1	0,8	1	1,33	0	1	0,7	1,2	1
Autre	0,6	1	1,3	1	1,33	0	1	0,7	1,2	1
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
<b>jugement de l'accueil dans cette FS.</b>										
Très satisfaisant	28,6	20,2	32,3	28,6	24,9	38,6	28,6	28,1	29,1	28,6
Satisfaisant	61,1	71,2	63	64	67,1	55,7	64	62,5	65,6	64
Indifférent	7,4	3,8	3	4,7	5,1	3,6	4,7	5,6	3,6	4,7
Insatisfaisant	2,9	4,8	1,7	2,7	2,9	2,1	2,7	3,7	1,6	2,7
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
<b>opinion sur la consultation</b>										
Complète/bonne	89,1	94,1	89,3	88,8	94,1	90,2	89	89	91,5	90,2
Légère/superficielle	9,2	4,9	9,4	9,4	5,9	8,4	9,1	9,1	7,7	8,4
Mauvaise	1,7	1	1,3	1,9	0	1,4	1,9	1,9	0,8	1,4
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Source : PETS Cameroun, 2010

**Tableau 59: Répartition (en %) des ménages suivant leur appréciation sur les caractéristiques physiques des formations sanitaires visitées**

	HD	CMA	CSI	Ensemble
<b>Jugement général sur l'état des locaux de la FS</b>				
En très bon état	16,0	13,5	11,4	13,4
En bon état	36,6	36,5	28,8	33,0
Dans un état acceptable	33,1	37,5	41,1	37,7
En mauvais état	11,4	8,7	15,3	12,6
En très mauvais état	2,9	3,8	3,4	3,3
<b>Opinion sur l'état des toilettes de la FS</b>				
Très propres	8,6	7,7	10,2	9,1
Propres	33,1	36,5	41,9	37,9
Indifférent/ ne sait pas	14,9	15,4	21,2	17,9
Sales	24,0	28,8	9,3	18,3
Très sales	14,3	5,8	3,4	7,6
Inexistant	2,3	1,0	5,5	3,5
Passable	2,9	4,8	8,5	5,8
<b>Jugement général sur les conditions d'hygiène et de salubrité</b>				
Très bonnes	17,1	6,7	14,0	13,6
Bonnes	54,3	56,7	61,9	58,3
Indifférent/ ne sait pas	12,6	14,4	11,4	12,4
Mauvaises	12,6	17,3	11,0	12,8
Très mauvaises	3,4	4,8	1,7	2,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : PETS Cameroun, 2009

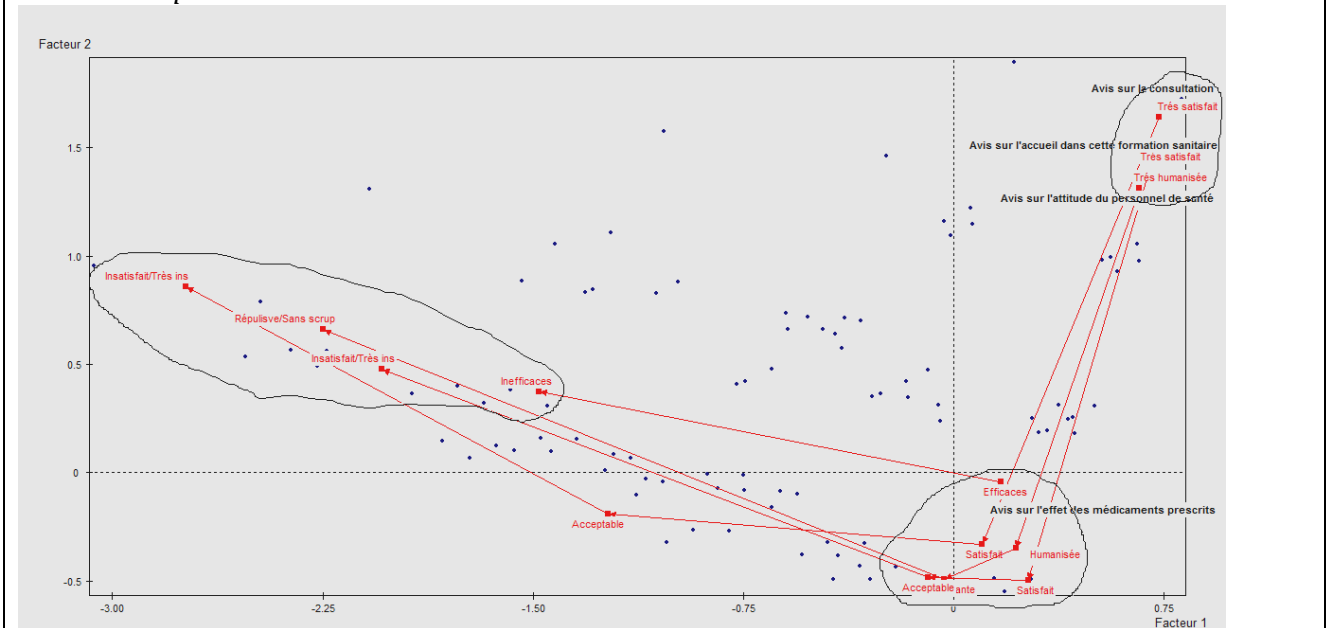
Tableau 60 : Analyse en correspondance multiple

COSINUS CARRES			MODALITES		COORDONNEES					CONTRIBUTIONS						
IDEN	LIBELLE		P.REL	DISTO	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2
3	4	5														
8 . Avis sur l'accueil dans cette formation sanitaire																
S301	Très satisfait		4.15	3.82	-0.63	-1.38	0.08	0.09	0.01	4.3	25.7	0.1	0.2	0.0	0.10	0.50
0.00	0.00	0.00														
S302	Satisfait		8.30	1.41	-0.28	0.48	-0.69	0.25	-0.09	1.6	6.1	17.5	2.3	0.4	0.05	0.16
0.34	0.04	0.01														
S303	Acceptable		5.30	2.77	0.07	0.49	1.06	-0.22	-0.30	0.1	4.2	26.3	1.2	2.4	0.00	0.09
0.40	0.02	0.03														
S304	Insatisfait/Très ins		2.26	7.87	2.03	-0.38	-0.10	-0.56	1.02	23.8	1.0	0.1	3.3	12.0	0.52	0.02
0.00	0.04	0.13														
										CONTRIBUTION CUMULEE = 29.7 37.1 44.1 7.0 14.8						
10 . Avis sur la consultation																
S301	Très satisfait		2.77	6.22	-0.69	-1.66	0.25	-0.01	0.15	3.3	24.8	0.8	0.0	0.3	0.08	0.44
0.01	0.00	0.00														
S302	Satisfait		15.33	0.30	-0.12	0.33	-0.08	-0.15	-0.03	0.6	5.5	0.4	1.5	0.1	0.05	0.36
0.02	0.07	0.00														
S303	Acceptable		1.05	18.00	1.30	0.14	1.37	2.47	1.83	4.6	0.1	8.8	29.8	18.1	0.09	0.00
0.10	0.34	0.19														
S304	Insatisfait/Très ins		0.85	22.47	2.77	-0.77	-1.05	-0.39	-2.20	16.8	1.6	4.2	0.6	21.3	0.34	0.03
0.05	0.01	0.22														
										CONTRIBUTION CUMULEE = 25.3 32.0 14.1 31.9 39.7						
11 . Avis sur l'attitude du personnel de santé																
S301	Très humanisée		3.42	4.85	-0.62	-1.33	0.04	-0.11	-0.29	3.4	19.8	0.0	0.2	1.5	0.08	0.37
0.00	0.00	0.02														
S302	Humanisée		9.95	1.01	-0.23	0.33	-0.54	0.24	0.23	1.3	3.5	12.8	2.7	2.7	0.05	0.11
0.29	0.06	0.05														
S303	Compatissante		4.70	3.26	0.02	0.49	1.14	-0.03	-0.62	0.0	3.7	27.1	0.0	9.4	0.00	0.07
0.00	0.00	0.00														
S304	Répulsive/Sans scrup		1.93	9.36	2.22	-0.53	-0.06	-0.97	0.83	24.4	1.8	0.0	8.4	6.9	0.53	0.03
0.00	0.00	0.00														
										CONTRIBUTION CUMULEE = 29.1 28.7 39.9 11.3 20.5						
23 . AVi_duree_cons_recodé																
V101	Courte		3.77	4.30	0.47	-0.30	0.05	1.46	-0.26	2.1	1.1	0.0	37.5	1.3	0.05	0.02
0.00	0.00	0.00														
V102	Normale		16.23	0.23	-0.11	0.07	-0.01	-0.34	0.06	0.5	0.3	0.0	8.7	0.3	0.05	0.02
0.00	0.00	0.00														
										CONTRIBUTION CUMULEE = 2.6 1.3 0.0 46.3 1.6						
24 . Avis_effetçmedicament																
V201	efficace		17.93	0.12	-0.17	0.04	0.05	-0.07	0.16	1.4	0.1	0.2	0.4	2.4	0.26	0.01
0.00	0.00	0.00														
V202	inefficace		2.07	8.67	1.49	-0.33	-0.43	0.57	-1.41	11.8	0.7	1.7	3.1	21.0	0.26	0.01
0.00	0.00	0.00														
										CONTRIBUTION CUMULEE = 13.2 0.8 1.9 3.5 23.4						

Source : INS/PETS

**Tableau 61 : Classification Ascendante Hiérarchique**

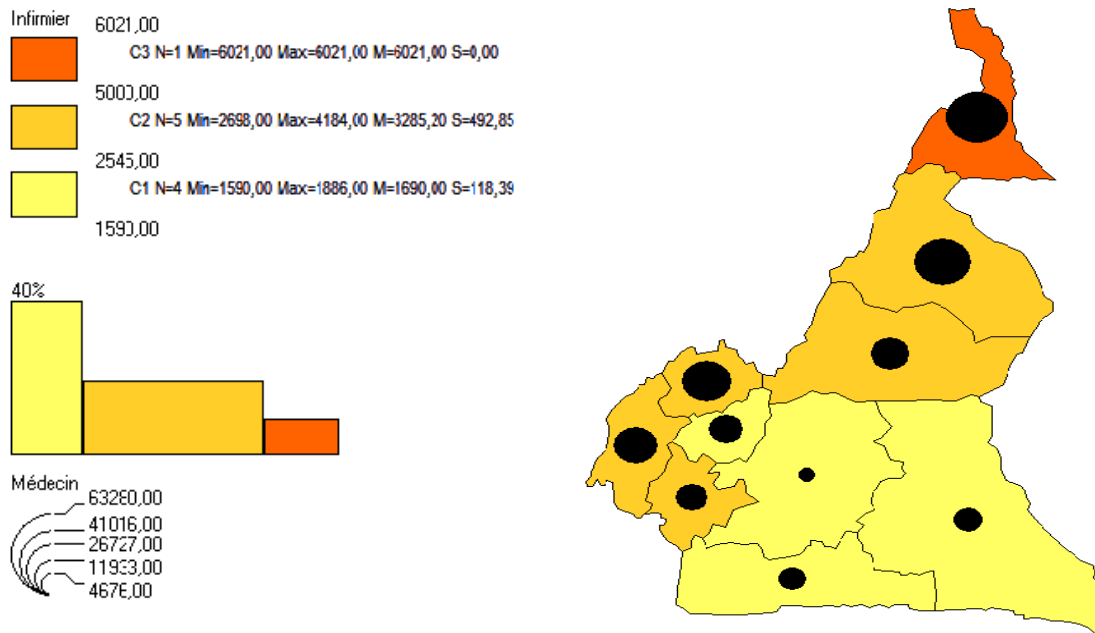
L'axe 1 qui représente l'axe de satisfaction oppose les non satisfaits (situés du côté négatif de l'axe) aux satisfaits (côté positif). De plus, trois variables contribuent à 86,9% de l'inertie totale de cet axe. Ce sont : l'avis sur l'accueil dans la formation sanitaire (31,2%) ; l'avis sur la consultation (25,1%) et l'avis sur l'attitude du personnel de santé.



Source : INS/PETS

### Annexe 3 : Couverture médicale selon les régions

Graphique 1 : Couverture médicale du personnel médecin et infirmier





### Annexe 3 : Liste des intervenants

#### 1. Partenaires techniques et financiers

N°	Nom et prénoms	Administration	Téléphone	E-mail
1	CAILLAUD Fadila	Banque Mondiale	74 28 87 49	fcaillaud@worldbank.org
2	DEME Mamadou	Banque Mondiale		mdeme@worldbank.org
3	XIAO YE	Consultante/BM		

#### 2. Comité de pilotage

Administration	N°	Nom et prénoms	Téléphone	E-mail
Coordonnateur national	1	TEDOU Joseph		
Coordonnateur national adjoint	2	OKOUDA Barnabé		
Coordonnateur technique	3	ABANDA Ambroise	77 60 45 26	Abanda_ambroise@yahoo.fr
MINEDUB	1	NCHINGOU Idrisse	75 92 05 32	
	2	KWEKEU Jules	77 81 41 24	kwekeuj@yahoo.fr
MINESEC	3	AJOUNTIMBA Louis	77 65 73 02	ajountimba@yahoo.fr
	4	NDIP Remes	99 66 46 60	remesndip@yahoo.fr
MINSANTE	5	KENMOGNE Donatien	77 32 90 93	dkenmogne@yahoo.fr
	6	George Eric EBOLO	99 88 40 71	Gerbole2000@yahoo.fr
DGEPIP/MINEPAT	7	AMOUGOU Gabriel	77 72 04 14	Gab_amougou@yahoo.fr
DGB/MINFI	8	MBIENA Abel	77 69 30 26	mbiena2008@yahoo.fr
CTS	9	BAYIHA Claudine	99 91 58 00	babyclo2001@yahoo.fr
CTS	10	NJOH Michelin		
PRCTC	11	LAMERO Jacques	99 92 50 36	jaclamero@yahoo.fr

#### 3. Secrétariat technique (INS)

- | N°  | Nom et prénoms              |
|-----|-----------------------------|
| 1.  | TATSINKOU Christophe        |
| 2.  | TCHAMAGO Olivier            |
| 3.  | KANA Christophe             |
| 4.  | TCHOMTHE Séverin            |
| 5.  | DZOSSA Anaclet              |
| 6.  | AMOUGOU René Aymar Bertrand |
| 7.  | ESSAMBE BOME Vincent        |
| 8.  | MODOU SANDA                 |
| 9.  | NGAH Adèle Zoriphie         |
| 10. | DJEUKWI Vicky Laure         |

**4. Personnel d'appui**

<b>Fonction</b>	<b>N°</b>	<b>Nom et prénoms</b>
Appui administratif et financier	1.	NDJIWOUA KOMBOE Joseph
	2.	OTELE MBEDE Marie Régine
	3.	MENWABO Thérèse
Courrier et liaison	4.	ELOMO Marthe
	5.	TABUE Félix
Secrétariat	6.	MBENTY Jacqueline
Autres personnels d'appui	7.	NHANAG Samuel
	8.	ELANGA MENDOUGA
	9.	NGATTI Ambrouasse
	10.	NANA Jean
	11.	SONGO Martin
Service reprographie	12.	IKOUMA MINDANG
Chauffeur	13.	MENGUELE Gabriel

**5. Equipe d'encadrement régional de l'INS**

<b>N°</b>	<b>Région</b>	<b>Nom et prénoms</b>
1	Adamaoua	DJITUPURI Emmanuel
2	Centre	TCHOUANGTE Robert
3	Est	TAKOUGANG ZEUKENG Eric
4	Extrême-Nord	LIENOU
5	Littoral	TAMCHE Joseph
6	Nord	CHOUNDONG Norbert
7	Nord-Ouest	ZAFACK Martin
8	Ouest	NGO NYEMB
9	Sud	MBARGA OWONA Paul
10	Sud-Ouest	ETO Guy Sylvain

**6. Equipe des superviseurs de collecte des données**

N°	Région	Nom et prénoms
1	Douala	AMOUGOU René Aymar Bertrand
2	Yaoundé	DEFFO G. Guy Ferdinand
3		NGAH Adèle Zorphie
4	Adamaoua	NGATTI Ambrouasse
5		TSOMBOU KINFAK Christian
6	Centre (hormis Yaoundé)	ABANDA Ambroise
7		ESSAMBE BOME Vincent L.
8	Est	KANA KENFACK Christophe
9		NGUENANG KAPNANG Christian
10	Extrême-Nord	TATSINKOU Christophe
11		TSAMO Duplex
12	Littoral (hormis Douala)	MATENE SOB Angélique L.
13	Nord	TIOMO DEMANOU Dieunedort
14		AZEBAZE William
15	Nord-Ouest	DZOSSA Anaclet
16		TINANG NZESSEU Jules
17	Ouest	ELANGA MENDOUGA Etienne Jodelle.
18		KENGNE TAGNE Alex
19	Sud	TCHAMAGO KOUEDOU Olivier
20		FEUJIO VOUFFO Rodrigue
21	Sud-Ouest	TCHOMTHE Séverin
22		DJOSSAYA Dove

## 7. Equipe d'agents enquêteurs et des contrôleurs de collecte des données

### Région d'enquête de DOUALA

N° Nom et prénoms

#### Contrôleurs

- 1 KEMKUINI NEGRO Rosine Epse TAGNE
- 2 SEN NKAKE Esabel
- 3 TCHOUMTA NANA Lénine

#### Enquêteurs

1. DEMDE Sabine Laure
2. DJUELA Nadège Flore
3. DJUIKOOU SOFFO Florence
4. ETAME Elvire Stephane Epse NGOLLO
5. KAPP HEBHANG Christelle
6. KINGUE POH Alexis
7. KOUHALAL EKIBI
8. MOUKETE EPANGLO Innocent Parfait
9. NSSOE OTTO Georges Michel
10. NZINOUE Florence Aimée
11. SOMAN Luc
12. TSAYEM Judith Carole

### Région d'enquête de YAOUNDE

N° Nom et prénoms

#### Contrôleurs

- 1 KABEYENE ZOUAM Rosalie
- 2 AMOUGOU GILBERT Faustin
- 3 ZAMBO Maryline Edwige

#### Enquêteurs

- 1 MOUMEMI AROUNA
- 2 MBAZO'O ENGONGA Antoinette
- 3 EDZIMBI MVONO Prosper
- 4 CHABIFOR KASSE Rodrigue
- 5 MENGUE MENDOUGA Edwige
- 6 KOM LIENOU Michelle
- 7 NELLE NGALLE Emma
- 8 ABANDA Joël
- 9 NGUEWOUO Liliane Carole
- 10 NGONO OSSONGO Marie Joseph
- 11 BELINGA MEZANG Jean Bertrand
- 12 MVONDO Robert

### Région d'enquête de l'ADAMAOUA

N° Nom et prénoms

#### Contrôleurs

- 1 IBRAHIMA Kami Roger
- 2 MANDENG KAMEN Antoine F.
- 3 NGONO Marie Anne

#### Enquêteurs

- 1 AISSATOU AMADOU
- 2 BONDOMA II Sidoine
- 3 CHEICK IBRAHIMA TALL
- 4 DIA ADAMA
- 5 DJAKBA Raphaël
- 6 EMOH SANDJALI Guy Marcel
- 7 GAGNOCK OUSMANOU Serge Armand
- 8 IBRAHIMA MOHAMADOU MOSSA
- 9 MAGAM WANVOUM Tatiana
- 10 NSUN-NFON Adeline
- 11 WELWOU NYAKREO

### Région d'enquête du CENTRE

N° Nom et prénoms

#### Contrôleurs

- 1 EYA BANA Pierre Célestin
- 2 MBASSI NSOMBO Serge Alexis
- 3 MENDANA Patience Régine

#### Enquêteurs

- 1 ATEBA Athanase Joël
- 2 BAKOLON EGNEGUE Michel
- 3 BETSEM NDIOMO Ousmane
- 4 BINGAN Serge
- 5 BITANGOU NDJOMO Gabin
- 6 FEGUE François
- 7 DANG à BIDIAS Michelle
- 8 MBEMBE KIMAYE Elisabeth Patricia
- 9 MEMBANDA BEKONO Amélie
- 10 ETOUNDI MBIA Yolande Michèle
- 11 MBANA MEKE Jacinthe Joëlle
- 12 WETTE NGASSA Clarisse
- 13 ZAMBO BENGONO Firmin
- 14 TOMO NDONG Gaétan Victor

**Région d'enquête de l'EST**

N° Nom et prénoms

**Contrôleurs**

- 1 HAOUA
- 2 OUAFO FOTSING Pierre
- 3 WAMBO WAMBO Guy Colbert

**Enquêteurs**

- 1 AZANG METO Cyrille Stéphanie
- 2 FOKOU SONGOU Sylviane Laure
- 3 GBANMAN Michel
- 4 KWAMOU Antoinette
- 5 LEMDONG NDOZENG Rachelle
- 6 MINDZIE ANDENG Marie Ange
- 7 NOAH BESSALA Gabriel
- 8 POUNGAM RENGOU Hortense
- 9 SOLIFACK Thomas
- 10 TSAD NKOUMBA Duplex
- 11 YONKEU Dorine Towa
- 12 YONKOUA Lisiane Péguy

**Région d'enquête de l'EXTREME-NORD**

N° Nom et prénoms

**Contrôleurs**

- 1 AMADOU Elie
- 2 NYLON Bernard
- 3 NAÏ Israël
- 4 KADARA Paul

**Enquêteurs**

- 1 BELE Janvier
- 2 DIDJA YANGAÏ
- 3 GASSISSOU HAMANA
- 4 BEINE Juliette Clarisse
- 5 NDOUVNA DOUMBA
- 6 TIWE DAMPETE
- 7 AISSA Honorine Kada
- 8 KITMO Samuel
- 9 MOUDJIMAÏ Benjamin Aimé
- 10 ADJI BOUBA
- 11 DJANABOU
- 12 MOFFI Ibrahim
- 13 ABDOULAYE BALLO
- 14 KALWANDA

**Région d'enquête du LITTORAL**

N° Nom et prénoms

**Contrôleurs**

- 1 SIKE ETOA Stella A.
- 2 SONE ENONE Bertin
- 3 TIOGUE François

**Enquêteurs**

1. BILLE BOME Serge Merlin
2. EDIENGO Charlemagne D.
3. EKOLLO Joseph Georges DICKA
4. EWANG Roger
5. KAMGA Oriente Ruphine
6. KAMSEU MOGO Michel
7. MBENDJE Jacques Albert
8. MBOME BISSA Serge Walter
9. NDEWE FILS A. F.
10. NGO NGOK Cathy Ernestine
11. NNANGA NNANGA Robert Jean Noël
12. NTEKI José Arantes
13. TEGNANG WOUMFO Alain Blaise

**Région d'enquête du NORD**

N° Nom et prénoms

**Contrôleurs**

1. HAMAN GODJE Gaspard
2. PADAMA NGUEMBRA
3. SOULEYMANOU

**Enquêteurs**

1. DJANABOU MOUSSA
2. DJAOURO Idriss
3. DJENABOU KOFA
4. DTAINE DTAIDJARE
5. FADIMATOU MADINA OUMATE
6. HAOUA BOUKAR
7. HINGOMBO Casimir
8. MOHAMMED TODOU
9. NZIAKO TCHUEMENI ALAIN THIBAUT
10. ONANA MBALLA Eric Brice
11. OUSMANOU
12. PATOUMA Emmanuel
13. WALGA Pascal

**Région d'enquête du NORD-OUEST****N° Nom et prénoms****Contrôleurs**

1. FRU BERTHA ASA
2. KUDI FELIX UNJI
3. KWALAR LAWRENCE SEATON
4. MIMMA PERPETUA DINGA

**Enquêteurs**

1. ANITA MAKIHGHO NKEH
2. BEBONGKOH DIVINE NKEMATEH
3. CHINANGA JULIET FRI
4. DJILA TCHOUDI ANNE MARIE
5. FLORENCE MBENG FUNGE
6. JIGI GLORY EPSE TSE ATONJI
7. JUDITH SHIRI CHO
8. KEAWI ANDIENSA KARINE
9. KEZWAICHU MARTIN
10. KIEN MANGIE ATONJI
11. KWANDE MERCY CHECHE
12. NGIMNDOH SHIRLY KIYANGFE
13. NNELI EDWIN FRU
14. PEMENZI MFETIE RAFIATOU L.
15. TAMONKIA ALAIN DOREAN
16. TENNU PATIENCE WEOPONG

**Région d'enquête de l'OUEST****N° Nom et prénoms****Contrôleurs**

1. TSAFACK MATSOP Antoine Sygnola
2. SIPOWA rose
3. FAH Clément
4. NOUTSA FOBANG aimé

**Enquêteurs**

1. TENGHO serge Marcellin
2. NOGHENG KOGNE louis
3. OBAME Yves Valery
4. NOMO Boniface
5. KEGNE Lauriette
6. NJUMELI TELEZING jean Gustave
7. NDJABA WANDJA Linda Patricia
8. YONGO Solange
9. MOGHMMYIE FOTSO Etienne Aurélien
10. GUEMKAM TEHOUA Antoinette
11. TSOGO AWONO Mélanie
12. KAMDOM FONON Josseline
13. TCHOUOMKO FOSSI doris laure
14. DEMANOU Sulamite
15. GNEKOU TIEDJONG pascal aubain
16. FEUDJIO Pierre René

**Région d'enquête du SUD****N° Nom et prénoms****Contrôleurs**

1. ETOUNDI ETOUNDI Dieudonné
2. EWOLO Théophile
3. NANAN LEKOGMO Hermann

**Enquêteurs**

1. AMOUGOU MBARGA Estelle C.
2. ENOH ENOH Adrien
3. MOUHIK NDOUMBE Marie
4. MVONDO NKOULOU Michel Armand
5. NDOUMOU Daniel Fabrice
6. NGAMVONG MBARGA Lucie S.
7. NGO NYEKI Emma-Orthance
8. NKO'O EYENGA Michel-Ange
9. NNA ESSAM Nestor D.
10. NNA Roger Charlot
11. OBAA Elise Josiane

**Région d'enquête du SUD-OUEST****N° Nom et prénoms****Contrôleurs**

1. HUMPHRY MUNYENGE NAKOMO
2. NDIFON EGBE Alfred
3. NJONGUO Maurine ZENKEANG
4. Séraphine EBENYE MOKAKE

**Enquêteurs**

1. ADAH Consoler TERKULA
2. ANGEL-BECKY YETTAH NDUMA
3. BERINYUY DZENZEI KIGHAM
4. BETEK QUINTA BAKUME
5. DJEUTSOP DEMFACK Marie
6. EGBE NCHONG Anna
7. Fidalice TEGUM AKOH
8. FIEMENA FESTUS
9. GAMNGONG Eveline KFUKFU
10. LONTSI DJIOGO Alexis
11. LONTSI JATSA Patrick
12. LUM CHINE Pamela
13. NGO KALDJOB Cécile Christelle
14. NGOYANGA Colette AGBOR
15. NNANGA LUCIE Nadège
16. YI RITA NDEH FOMBA

## 8. Equipe de l'exploitation des données

### N° Contrôleurs de codification et de saisie

- 1 BEKOLO Bernard
- 2 EBODE ONANA Aloys
- 3 KOUASSEU L. Thierry
- 4 LISSOUCK MBATSOGO Corine Patricia
- 5 TAME DJOKAM Thierry

### N° Agents de codification

- 1 ABANDA NDJONO Armand Francky
- 2 MENDO Christian Wilfried Yannick
- 3 AMBAH AYI Serge C.
- 4 ANGOULA Alain Thierry
- 5 AVOUZOA ABANDA Jeanne
- 6 EDZIMBI Mvono Prosper
- 7 METOGO Simon Joël
- 8 MEZUI ZUE Thiery
- 9 MVONDO Robert Nicaise
- 10 NDONG TOMO Stevie Handy
- 11 NGOM MAKASSO Stéphane Landry
- 12 SIA Brice Gaël

## 9. Equipe des agents de saisie

### N° Nom et prénoms

- 1 ABESSOLO Marcelin
- 2 AKAMBA Bertrand
- 3 ANGAZOMO Jeanine Rachel
- 4 BEDIASE ABITSEGUI Harlinde Waudru B.
- 5 BIYO BINYAM Sévère André
- 6 DEFFO TCHANGUE Brice
- 7 ENGOLA NDEGUE Jean Merci
- 8 FEUDJIO Séraphine Laure
- 9 MBIA Tècle Charlyse
- 10 MESSOMO ATEBA Philomène
- 11 NGUEDIA KENGNI Aline Babette
- 12 NGO NEMY Rose
- 13 NGONO Charlotte Jeanne
- 14 NOKAM OUAMBO Gwladys
- 15 PAMEN Alix Laurette Diane
- 16 POUOKAM FOTSO Gertrude
- 17 TCHUENGNO FONDJO Pauline Hortense
- 18 TEFFOZE DONGMI Ruth Yolande
- 19 ZANA MBOH Olga Virginie
- 20 ZOBO ATAH Sylvie